

Vergaderjaar 2020–2021

**25 295**

## **Infectieziektenbestrijding**

**Nr. 950**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 februari 2021

De bestrijding van het virus vraagt al heel lang heel veel van mensen. Het verzwaarde maatregelenpakket, waartoe het kabinet op 20 januari jl. heeft besloten, heeft als doel het aantal besmettingen verder terug te brengen, de influx vanuit het buitenland te beperken en de verspreiding van de nieuwe mutanten van het virus te vertragen. Hiermee verbeteren we onze uitgangspositie om de derde golf, die onmiskenbaar op ons afkomt, het hoofd te kunnen bieden.

Na een enorme piek in het aantal positieve testen vlak voor kerst, zien we sindsdien een flinke afname van het aantal positieve testuitslagen. Waar we op 20 december op 13.000 positieve testuitslagen zaten, zitten we nu de afgelopen week in ogenschouw genomen, gemiddeld rond de 4100 besmettingen per dag. Dat is een enorme afname, maar met deze cijfers zitten we nog steeds te hoog. Ook het aantal COVID patiënten in de ziekenhuizen neemt af, zij het heel langzaam. Het reservoir aan besmettelijke personen is nog steeds groot met 113.264. Dat betekent dat ongeveer de 1 op de 154 mensen besmettelijk is.

Hoewel het nog te vroeg is om de effecten van de verzwaring in het maatregelenpakket van 20 januari terug te kunnen zien in de cijfers, kunnen we vaststellen dat de lockdown zijn werk heeft gedaan en nog steeds doet, zij het minder dan we zouden willen.

Dat is voor een deel te verklaren door de Britse mutant van het virus, die in rap tempo aan terrein wint. Steeds vaker zijn mensen besmet met de VK-mutant. Dit was 1,1% in de laatste week van december en 19,8% in de tweede week van dit jaar. De VK-variant breidt zich snel uit en sneller dan eerdere prognoses. Het RIVM schat op basis van modellering in dat de variant in de afgelopen week (27 januari t/m 2 februari) nu al ongeveer twee derde van de besmettingen veroorzaakt. Ook is deze variant bijna 50% besmettelijker. Tevens zijn van de Zuid-Afrikaanse en Braziliaanse varianten gevallen in Nederland aangetroffen. De gemiddelde reproduc-

tiefactor (R), die zich op dit moment net onder de 1 bevindt, wordt beïnvloed doordat de R-waarde van deze mutanten hoger is dan die van het virus dat tot dusver rondging. Voor de oorspronkelijke variant (wildtype) is de R-waarde 0,86, voor de Britse variant 1,28. De samengestelde R-waarde is 0.97 (15 januari 2021). Het OMT geeft aan dat dit betekent dat het aantal besmettingen weer zal gaan stijgen, zelfs als we vast blijven houden aan de huidige maatregelen. Een stijgend aantal besmettingen leidt ook tot nieuwe ziekenhuisopnames, twee tot drie weken later. Over het tijdstip waarop deze stijging inzet zijn de modellen onzeker, maar de piekbelasting in de zorg wordt eerste helft van april verwacht.

Het is dus van groot belang ons aan de maatregelen te blijven houden, omdat we daarmee kunnen voorkomen dat de nieuwe golf besmettingen te hoog wordt. Hoe beter we daarin slagen, hoe sneller we een aantal maatregelen kunnen versoepelen. Zoals aangekondigd in mijn brief van 20 januari jl., zou daarbij het primair onderwijs en de kinderopvang als eerste aan de beurt zijn. Op basis van het OMT-advies, heeft het kabinet uw Kamer per brief van 31 januari reeds geïnformeerd dat het primair onderwijs en de kinderopvang, met uitzondering van de buitenschoolse opvang (BSO) per 8 februari weer open kunnen gaan. Ruimte voor versoepeling is er nu helaas niet. Het kabinet is daarom tot de conclusie gekomen dat het onvermijdelijk is de huidige lockdown bijna helemaal voort te zetten tot en met tenminste 2 maart.

We zullen de maatregelen met elkaar nog moeten volhouden om zo het virus te beteugelen. Daarmee kunnen we beïnvloeden hoe snel de nieuwe variant zich verspreidt en of we de R onder de 1 kunnen houden. We weten nu niet of het huidige pakket, ook met een snelle opmars van de Britse variant, de R onder de 1 houdt. Door eerder en vaker te testen, kunnen mensen die besmettelijk zijn, eerder worden geïdentificeerd en vervolgens geïsoleerd. Mede hierdoor kan verspreiding naar anderen worden voorkomen. Daarmee verbeteren we onze uitgangspositie en zullen we weer in staat zijn om, onder andere door het volledig uitvoeren van het bron-en contactonderzoek, zicht te houden op het virus. Maar zelfs dan is het niet uit te sluiten dat er- tijdelijk- strengere maatregelen nodig zullen zijn.

Het kabinet begrijpt dat mensen behoefte hebben aan perspectief. Daarom is hard gewerkt aan een herijking van de routekaart, waarmee toekomstige maatregelen voorspelbaar worden én waarmee we inzicht krijgen in «de weg terug». Hoewel het licht aan het einde van de tunnel nog ver weg lijkt, komen we er elke dag een beetje dichterbij. In deze brief geeft het kabinet een eerste schets van hoe de komende maanden eruit gaan zien en hoe er stap voor stap meer ruimte komt voor contacten en activiteiten, zodat we voorzichtig ons normale leven kunnen oppakken en weer meer van onze vrijheden kunnen genieten.

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

*Wijziging Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19 en Tijdelijke regelingen maatregelen COVID-19 Bonaire, Saba en Sint Eustatius*

Om de verlenging van het maatregelenpakket en het bestellen en afhalen van artikelen bij winkels mogelijk te maken is een wijziging van de

ministeriële regeling maatregelen covid-19 opgesteld. Hierin zijn ook de voorwaarden omtrent het bestellen en afhalen opgenomen. Hierbij heeft het kabinet van de gelegenheid gebruik gemaakt om een aantal wetstechnische aanpassingen door te voeren. Daarnaast is in de Tijdelijke regelingen maatregelen COVID-19 Bonaire, Saba en Sint Eustatius een verplichte antigeentest of zeer recente PCR-test opgenomen voor reizigers komend uit het Europees deel van Nederland en een uitzondering hierop voor luchtvaartbemanning conform de regeling voor Europees Nederland. De Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Bonaire is tevens aangepast aan een uitbreiding van de routekaart van Bonaire. Alle wijzigingen zijn opgenomen in één regeling. U ontvangt deze regeling bij deze brief.

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

#### *Leeswijzer*

In deze brief ga ik in op:

- Het 97<sup>e</sup> en 98<sup>e</sup> OMT-advies, een passage over het stapsgewijs heropenen van de samenleving, het maatregelenpakket en onderwijs (paragrafen 1–4);
- Het ontmoedigen van reizen, quarantaine, de herijking van de inschalingsystematiek, de routekaart en de weg uit de crisis, en de inzet op naleving van maatregelen door gedragsondersteuning (paragrafen 5–8);
- De stand van zaken van het testen en traceren, digitale ondersteuning, vaccins en innovatieve behandelingen (paragrafen 9–12);
- De zorg voor patiënten in de keten en zorgcapaciteit in het eerstelijnsverblijf (paragrafen 13 en 14);
- Kwetsbare personen met aandacht voor de verpleeghuiszorg, kwetsbare mensen thuis, gehandicaptenzorg en maatschappelijke ondersteuning (paragraaf 14)
- Andere onderwerpen, namelijk PBM, arbeidsmarkt, communicatie, het Caribisch deel van het Koninkrijk, mentale gezondheid, een stand van zaken op Fieldlabs in de evenementenindustrie, de Catshuisstukken van 31 januari, een onderzoek naar COVID-19, veehouderij en luchtkwaliteit, de toepassing van artikel 58s Wpg, sportinfrastructuur en zoönose en schimmels (paragrafen 15–25).

Hiermee voldoe ik aan:

- De motie van het lid Veldman om het mogelijk te maken dat luchtvaartmaatschappijen zelf een alternatief testprotocol maken (Kamerstuk 25 295, nr. 918).
- De motie van de leden Dijkhoff en Klaver om op zeer korte termijn op grote schaal sneltesten in te kopen (Kamerstuk 25 295, nr. 552).
- De motie van de leden Bergkamp en Van Den Berg over het komen tot een oplossing voor mensen die niet terecht kunnen bij hun chiropractor of osteopaat (Kamerstuk 31 016, nr. 315).
- De motie van het lid Klaver om geen generieke sluiting van buurthuizen en bibliotheken door te voeren tijdens de coronacrisis (Kamerstuk 25 295, nr. 693).

- De motie van het lid Van der Staaij c.s. om zolang een tijdelijke maximale groepsgrootte beperking van 30 personen geldt, de mogelijkheid tot ontheffing van de 30 personen regel wordt geboden voor uitvaarten (Kamerstuk 25 295, nr. 702).
- De motie van de leden Van Esch en Van Raan om in de routekaart het kopje buitenlandse reizen toe te voegen en op te nemen per risiconiveau (Kamerstuk 25 295, nr. 645).
- De motie van het lid Hijink om in de routekaart aangeven wanneer een mondkapjesplicht dan wel een mondkapjesadvies geldt (Kamerstuk 25 295, nr. 751).
- De motie van de leden Jetten en Dijkhoff. Verzoekt de regering het overleggen van negatieve coronatest zo spoedig mogelijk ook voorwaardelijk te maken aan het binnen reizen van Nederland (Kamerstuk 25 295, nr. 810).
- De motie van het lid Van Kooten-Arissen om FFP2-mond-neusmaskers beschikbaar te stellen aan alle zorginstellingen waar zorgmedewerkers met FFP2-mond-neusmaskers wensen te werken (Kamerstuk 25 295, nr. 936).
- De motie van het lid Segers c.s. over in overleg treden met landelijk opererende vrijwilligersorganisaties (Kamerstuk 25 295, nr. 643).
- De motie van het lid Jetten c.s. over op dit moment geen nieuwe wettelijke quarantaine verplichtingen en daarmee samenhangende strafbaarstellingen introduceren (Kamerstuk 25 295, nr. 482).
- De motie van het lid Kuzu om kledingbanken te kwalificeren als essentieel (Kamerstuk 25 295, nr. 932).
- De motie van het lid Asscher c.s. over ondersteuning bij het voorkomen van besmettingen en het volhouden van de beperkingen (Kamerstuk 25 295, nr. 700).
- De motie van het lid Kerstens over meer maatwerk voor de sportsector bij coronamaatregelen (Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 56).
- De toezeggingen aan het lid Heerma van 14 oktober jl. en 21 januari jl. om met een uitwerking van de quarantaineplicht te komen.
- De toezegging in de stand van zakenbrief van 20 januari 2021 over verplichte quarantaine voor reizigers (Kamerstuk 25 295, nr. 912).
- De toezegging aan het lid Heerma (CDA) om met een uitwerking van de quarantaineplicht te komen
- De toezegging aan het lid Dik-Faber (CU) om in gesprek met gemeenten, maatschappelijke initiatieven en organisaties te blijven, om daar waar nodig actief te faciliteren en samen te zorgen voor de continuïteit van ondersteuning.
- De toezegging aan uw Kamer om inzicht te geven in inrichting van de communicatie rondom het coronabeleid van het kabinet.
- De toezegging aan het lid Segers om de Kamer te informeren over een verdere uitwerking van het jeugdpakket.
- De toezegging aan uw Kamer om in de tweede helft van januari een nieuwe routekaart aan de Kamer te presenteren, waarin de pakketten steviger zijn.
- De toezegging aan het lid Segers om een helderde routekaart te presenteren, waarmee de maatregelen voorspelbaarder en minder worden.
- De toezegging aan het lid Van Kooten-Arissen om in deze brief inzicht te geven in de inrichting van de communicatie rondom het coronabeleid van het kabinet.

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

OMT adviezen (97<sup>e</sup> en 98<sup>e</sup>)

*97<sup>e</sup> OMT-advies*

Het OMT is 22 januari jl. bijeen geweest om te adviseren over de situatie rondom de COVID-19-uitbraak. Het advies is opgenomen in de bijlage

(Bijlage – advies n.a.v. 97<sup>e</sup> OMT). Hieronder wordt eerst een samenvatting gegeven van het advies, waarna de reactie van het kabinet op het advies volgt.

Het 97<sup>e</sup> OMT advies bestaat uit deel 1 en deel 2<sup>1</sup>.

Uw Kamer is per separate brief van 23 januari jl. over deel 1 van het advies geïnformeerd.<sup>2</sup>

Deel 2 van het advies behelst de volgende onderwerpen:

1. Verloop van de epidemiologie
2. Update onderzoek Lansingerland
3. Update t.a.v. diverse varianten
4. Reizigers
5. Inschalingssystematiek en routekaart
6. Gebruik van PBM in de zorg
7. Gebruik van PBM elders
8. Aanpassing BCO-protocol
9. Bezoekregeling binnen de ouderenzorg

#### *Ad1) Verloop epidemiologie*

Er werd in de afgelopen week een verdere afname gezien in het aantal meldingen, waarbij de landelijke incidentie 210 meldingen per 100.000 inwoners bereikte, hetgeen correspondeert met het risiconiveau «ernstig». De variatie tussen de regio's was groot.

De testvraag is stabiel en in lijn met gerapporteerde klachten (Infectie-radar). Het percentage positieve testen bleef stabiel, maar is nog steeds hoog (11,5%). De instroom in de ziekenhuizen en op de IC daalt langzaam door. De oversterfte is nog sterk verhoogd.

We hebben feitelijk te maken met twee COVID-19-epidemiën. De meest recente betrouwbare schatting van het R-getal is van 7 januari en bedraagt 0.89 (0.87–0.91) op basis van de meldingen. Schattingen van het R-getal op basis van ziekenhuisopnamen en IC-opnamen, geven als waarde 0.97, waarbij de betrouwbaarheidsintervallen groter zijn en de bovengrenzen boven de 1 liggen. Wanneer de Rt's geschat worden voor het wildtype en voor de VK-variant afzonderlijk, dan wordt duidelijk waarom het OMT spreekt van een ronduit zorgelijke situatie. De Rt voor de VK-variant is geschat met het gegeven dat van gevallen met een eerste ziektedag op 6 januari 8,8% besmet was met de VK-variant (schatting op basis van de kiemsurveillance) en bedraagt 1.22 (1.13–1.32). De Rt-schattingen vanaf 1 december 2020 geven aan dat de Rt van de VK-variant ruim 40% hoger is dan het wildtype Sars-CoV-2. De Rt van het wildtype bedraagt 0,86 op 7 januari (0.83–0.88).

De prognoses van IC- en ziekenhuisopnames laten zien dat in de komende weken met de genomen maatregelen de waargenomen gestage daling in IC- en ziekenhuisopnames doorzet. De verwachting is echter dat begin februari de helft van alle nieuwe besmettingen de VK-variant betreft, zowel een toename van de VK-variant als verdere afname van het wildtype draagt hieraan bij. Wanneer de VK-variant het wildtype virus verdringt, en onder de (oude) lock-down maatregelen een Rt van boven de 1,0 houdt, zal de verspreiding van het coronavirus opnieuw toenemen. Zonder de aanvullende maatregelen zoals afgelopen week genomen, leidt deze toename tot een nieuwe, derde golf van besmettingen met meer IC- en ziekenhuisopnames. De modellen zijn onzeker m.b.t. de omvang en de tijd waarop de piek in opnames wordt bereikt. Op basis van de meest

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

<sup>2</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 943

recente gegevens wordt de piekbelasting in de zorg dan in ieder geval pas na medio april verwacht.

Een eerste verkenning van dezelfde prognoses maar met effecten van vaccinatie hebben eveneens nog grote onzekerheidsmarges, maar laten zien dat de zorgvraag flink kan verminderen, vooral als de vaccins niet alleen effectief blijken om ernstige ziekte (en ziekenhuisopnames) te voorkomen maar ook effectief tegen transmissie blijken.

#### *Ad 2) Update onderzoek Lansingerland*

Ten aanzien van het onderzoek in Lansingerland meldt het OMT dat nog niet alle inwoners die willen deelnemen, zijn getest en dat de analyse van de resultaten nog gaande is. Van de eerste 25.000 geanalyseerde monsters uit de gemeente bleken 242 personen positief (1%). De voorlopige resultaten zijn congruent met de daling van het aantal nieuwe gevallen in de rest van Nederland en de VK-variant heeft voornamelijk niet voor een sterke toename van gevallen in gemeente Lansingerland gezorgd. Mogelijk heeft de media-aandacht een positieve invloed gehad op de compliance met de maatregelen en hebben de maatregelen effect op de verspreiding van zowel het wildtype virus als de nieuwe variant.

#### *Ad3) Update t.a.v. diverse varianten*

Ten aanzien van de update van diverse varianten, geeft het OMT aan dat er een duidelijke gestage toename van de VK-variant is te zien in de kiemsurveillance sinds week 51 van het afgelopen jaar, van 1,1% in week 51 tot 8,8% in week 1 van 2021. Voor week 2 lijkt deze stijgende trend zich door te zetten (de cijfers zijn nog niet compleet voor week 2). Naast deze VK-variant werd in de afgelopen week ook 1 maal variant 501Y.V2 (hierna: ZA-variant) van SARS-CoV-2 in de kiemsurveillance aangetroffen. Brononderzoek naar deze bevinding is gaande. Eerder (in week 52) werd één keer eerder een ZA-variant in de kiemsurveillance gevonden; daarnaast zijn 8 gevallen bekend die naar aanleiding van bron-en contactonderzoek op basis van reishistorie verder onderzocht werden. Zeer recente publicaties over deze variant beschrijven aanwijzingen dat deze variant mogelijk minder gevoelig is voor opgebouwde humorale immuniteit door eerder doorgemaakte infectie met de klassieke varianten («immunescape»). Om de verschillende varianten goed in beeld te krijgen, wordt de kiemsurveillance momenteel opgeschaald naar een niveau waarmee met adequate precisie voldoende aanlooptijd gegarandeerd wordt om tijdig te kunnen interveniëren bij detectie van bepaalde varianten. Ook wordt gericht gesequenced op basis van de reishistorie van positief geteste personen en bij bijzondere klinische en epidemiologische signalen.

#### *Ad 4) Reizigers*

Het OMT is van mening dat aan de genoemde landen waarvoor een vliegverbod is ingesteld op dit moment geen landen toegevoegd hoeven te worden, gezien de overige maatregelen die voor reizigers van kracht zijn geworden (een negatieve PCR-testuitslag niet ouder dan 72 uur, plus een negatieve antigeensneltest, niet ouder dan 4 uur voor vertrek, naast het dringend quarantaineadvies (dat op korte termijn verplicht wordt).

#### *Ad 5) Inschalingsystematiek en routekaart*

De vragen over de routekaart worden in het volgend OMT besproken, na voorbereiding hiervan in kleinere groep van het OMT, met aandacht voor een aantal vraagpunten omtrent ouderen.

#### *Ad 6) Gebruik van PBM in de zorg*

Op basis van de wetenschappelijke inzichten op het gebied van infectiepreventie volstaat een chirurgisch mondneusmasker IIR in de zorg voor personen met (vermoeden van) COVID-19, zolang er geen aerosolvormende handelingen worden uitgevoerd. Wel moet er ruimte blijven om zelf een professionele afweging te maken en gemotiveerd af te wijken van de genoemde norm. Het OMT raadt zorgkoepels en beroepsverenigingen aan specifieke situaties in hun settings te benoemen en met de werkgevers afspraken te maken over risico-gericht gebruik van typen medische mondneusmaskers. Daarbij is ook aandacht nodig voor gevoelens van onzekerheid of onveiligheid bij de medewerkers.

#### *Ad 7) Gebruik van PBM elders*

Het OMT adviseert om – totdat er meer bekend is over de rol van kinderen in de verspreiding van variantvirussen – de huidige uitgangspunten voor het gebruik van mondneusmaskers in het onderwijs voorlopig te handhaven. Ook wat betreft het groepsvervoer van (kwetsbare) kinderen naar school of opvang wordt geadviseerd de huidige uitgangspunten voorlopig te handhaven. Het OMT ziet op dit moment geen reden voor stringenter maatregelen met betrekking tot het gebruik van mondneusmaskers in de openbare ruimte. Wel kan volgens het OMT het dringende advies om buiten de gezondheidszorg geen medische mondneusmaskers te gebruiken los gelaten worden, nu ook in de praktijk blijkt dat veel mensen in de publieke ruimte gebruik maken van mondneusmaskers type II of IIR.

#### *Ad 8) Aanpassing BCO-protocol*

Met de R rond de 1, een hoog aantal besmettelijke personen en de opkomst van meer besmettelijke varianten, kwam in het vorig OMT de vraag op met welke aanpassingen het BCO-protocol zou kunnen bijdragen om de verspreiding van VK-variant SARS-CoV-2 te verminderen.

In dat kader adviseert het OMT om:

1. Categorie 2a contacten – de zogenaamde overige nauwe contacten – uit te breiden met personen die cumulatief binnen een periode van 24 uur meer dan 15 minuten binnen 1,5 meter in contact zijn geweest met een besmet persoon («index») in diens besmettelijke periode.
2. Contacten met een kortere blootstellingsduur dan 15 minuten voortaan als categorie 3 contacten te beschouwen
  - Categorie 1 en 2 contacten zo snel mogelijk extra te testen, naast de test vanaf dag 5 in quarantaine. Hierop kan, indien de test positief uitvalt, de quarantaine eerder in isolatie worden overgezet
3. Categorie 3 contacten op dag 5 na blootstelling te testen.

Door eerder en vaker te testen kunnen besmettelijke personen sneller geïdentificeerd en daardoor sneller geïsoleerd worden, waardoor verspreiding naar anderen voorkomen kan worden. Daarbij is het belangrijk dat de snelheid van de contactopsporing verbeterd wordt. Niet alleen de inzet van digitale hulpmiddelen is daarbij belangrijk, maar ook de analyse van de testketenparameters («testdashboard») om daarmee vertragingen in de testketen te kunnen opsporen. Dit kan niet zonder het delen van gegevens door de verschillende bij het testen betrokken partijen.

#### *Ad 9) Bezoekregeling binnen de ouderenzorg*

Op verzoek van Verenso heeft het OMT zich gebogen over de uitwerking van de handreiking «bezoek en sociaal contact, corona in verpleeghuizen» waar sinds 17 september mee gewerkt wordt, nu de VK-variant in Nederland is opgedoken.

Met een bezoekersregeling van 2–3 vaste personen per bewoner per week (de «bezoek-bubble»), waarvan 1 persoon per dag op bezoek komt bij de bewoner, wordt het bezoek voor de bewoner niet te veel beperkt en is het risico op insleep van corona beperkt. Een strakke triage voor de bezoekers, ruimere bezoektijden waardoor spreiding van bezoekers bewerkstelligd wordt, een medisch mondneusmasker en goede handhygiëne zijn daarbij essentieel. Voor vrijwilligers kan qualitate qua eenzelfde beleid, maar dan per unit/afdeling gevolgd worden.

#### BAO advies

Het epidemiologische beeld wordt gedeeld door OMT, er zijn daarover geen vragen. Het BAO geeft het OMT, voor het advies dat zij uit gaat brengen over het openen van het PO, graag mee dat scholen vooral behoefte hebben aan een duidelijk advies. Het BAO is akkoord met het advies t.a.v. reizigers, het doorvoeren van het advies in beleid geeft nog wel operationele uitdagingen voor de GGD. Het BAO is akkoord met het advies t.a.v. persoonlijke beschermingsmaatregelen. Het BAO erkent de onrust onder medewerkers en vraagt om duidelijke richtlijnen en om aandacht te besteden aan de communicatie over het feit dat er ruimte is voor verschillende situaties en persoonlijke afwegingen. Het BAO geeft mee deze aandacht voor communicatie niet alleen via brancheorganisaties te doen. Het BAO kan zich vinden in de adviezen t.a.v. aanpassen BCO en testen. Het BAO geeft wel aan dat de GGDen hiervoor wel echt inregeltijd nodig hebben en het zou helpen als zij ook adem- en antigeen testen kunnen gebruiken voor het testen van deze groepen. De aanpassingen in het beleid zullen met de partners op het gebied van testen en BCO nader uitgewerkt worden en dan pas ingaan. Het BAO kan zich tenslotte vinden in de bezoekersregeling in verpleeghuizen.

In de paragrafen Reizen, Testen en Traceren, Digitale ondersteuning, Kwetsbare personen en PBM wordt nader in gegaan op de wijze waarop het kabinet opvolging geeft aan het OMT-advies voor wat betreft aanvullende reisverboden, het gebruik PBM in de zorg, gebruik van PBM in de publieke ruimte, aanpassing van het BCO-protocol

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

Het 98<sup>e</sup> OMT-advies deel 2 is opgenomen in de bijlage<sup>3</sup>. Hieronder wordt eerst een feitelijke weergave van het advies gegeven, waarna de reactie van het kabinet op het advies volgt. Uw Kamer is per separate brief van 31 januari jl. over deel 1 van het advies geïnformeerd.<sup>4</sup>

Het 98<sup>e</sup> OMT-advies deel 2 behelst de volgende onderwerpen:

1. Verloop van de epidemie
2. Mogelijkheid tot versoepelen maatregelen
3. Inschalingssystematiek en routekaart
4. Gezondheidsrisico's bij demonstraties

#### *Ad 1) Verloop van de epidemie*

In mijn brief van 31 januari jl. is het verloop van de epidemie beschreven. Aangezien dit aanleiding vormt voor de maatregelen die het kabinet nu neemt, wordt dit hieronder nogmaals weergegeven.

Er is een lichte daling in het aantal meldingen van nieuw gediagnosticeerde gevallen van COVID-19. In totaal werden afgelopen week 10% minder meldingen ontvangen dan de week ervoor, het aantal testen dat

<sup>3</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>4</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 948



bij GGD-testlocaties werd afgenomen daalde met 9%. De landelijke incidentie met 188 meldingen per 100.000 inwoners correspondeert nog steeds met het inschalingsniveau «ernstig».

Het percentage positief geteste personen in de teststraten bedroeg over afgelopen week 11,1%. In geen van de regio's komt het percentage positief geteste personen in de teststraten uit boven 16%.

De daling in het aantal meldingen wordt in alle leeftijdsgroepen gezien. Binnen de leeftijdsgroep van 0 tot 19 jaar werd voor de kerstvakantie de hoogste incidentie gezien bij 14–17-jarigen. Voor de schoolsluiting werden jongeren in de middelbare schoolleeftijd vaak besmet door leeftijdsgenoten en besmetten zij in sommige gevallen vervolgens hun ouders; in de kerstvakantieperiode is het aantal besmettingen in deze groep sterk gereduceerd. Na de kerstvakantie zien we bij volwassenen weer een toename van het aantal besmettingen ten gevolge van besmetting op het werk.

Voor wat betreft de belasting van de zorg, is er een zeer langzame daling van het aantal nieuw opgenomen patiënten op de ziekenhuisafdelingen en op de IC. De bezetting van de ziekenhuisafdelingen neemt geleidelijk af, de bezetting van de IC slechts zeer langzaam.

In de verpleeghuizen, woonzorgcentra voor ouderen en instellingen voor personen met een beperking, zijn de aantallen locaties met een nieuwe besmetting stabiel in vergelijking met de voorgaande week. Het aantal besmette bewoners van deze instellingen is licht gedaald. De oversterfte is nog duidelijk verhoogd.

De meest recente schatting van het reproductiegetal  $R_t$ , zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is voor 14 januari gemiddeld 0,96 (0,93–0,98) besmettingen per geval. De schattingen op basis van andere gegevensbronnen kennen een aanzienlijk grotere onzekerheid, ook daar ligt het geschat reproductiegetal rond de waarde van 1 besmetting per geval met een eerste ziektedag rond 14 januari.

Van 1 tot 14 januari is het geschatte reproductiegetal voor de variant VOC202012/01 (VK-variant) 49% hoger dan de oude, klassieke variant; de schatting van het reproductiegetal voor de variant VOC202012/01 op 14 januari komt uit op 1,27 (1,17–1,36). De  $R_t$ -waarde voor het «wildtype» wordt geschat op 0,85 (0,78–0,90). Naar schatting zijn van alle besmettingen met een eerste ziektedag rond 26 januari de helft veroorzaakt door de variant VOC202012/01.

De mobiliteitsgegevens suggereren dat het aantal mensen dat thuis blijft duidelijk meer is dan voor de invoering van de maatregelen van 14 december, maar minder dan in april 2020. Door de avondklok is het aantal mensen dat tussen 21.00 en 4.30 uur reist teruggelopen.

De prognoses op langere termijn, waar ook vaccinatie in wordt meegeënen, hebben zeer grote onzekerheidsmarges. De meest gunstige prognose betreft de situatie waarin de maatregelen die op dit moment gelden worden gecontinueerd en wanneer het vaccin, behalve het individueel beschermend effect tegen ziekte, ook effectief is tegen transmissie. Een voorwaarde hiervoor is dat de vaccins volgens het nu bekende leveringsschema binnen komen en toegediend worden, en er nadrukkelijk geen knelpunten ontstaan m.b.t. de levering. Bij dezelfde voorwaarden als hierboven beschreven, heeft het openen van basisonderwijs en kinderopvang (en bij het continueren van alle maatregelen die nu gelden) al een verhogend effect op de opnames en bezetting op de verpleegafdelingen en op de IC. Alle andere scenario's waarin verdere versoepelingen van de maatregelen worden berekend, leiden in de modellering tot een aanzienlijke tot grote toename van nieuwe opnames en bezetting op de verpleegafdelingen en de IC.

De epidemiologische situatie wordt door het OMT gekenschetst als zeer kwetsbaar; de langetermijnvoorspellingen met doorrekening van het effect van de VK-variant met verhoogd reproductiegetal zijn zeer zorgelijk. Het belang van de extra genomen maatregelen en een goede compliance met de maatregelen wordt hiermee nogmaals onderstreept; dit is ook essentieel om straks het effect van de aangescherpte maatregelen goed te kunnen schatten. Het is van groot belang de communicatie over het naleven van de maatregelen te continueren.

#### *Ad 2) Mogelijkheid tot versoepelen maatregelen*

Zoals is aangegeven, is de huidige epidemiologische situatie nog zeer zorgelijk. Naast het heropenen van het primair onderwijs en de kinderopvang voor kinderen van 0–4 jaar, ziet het OMT op dit moment geen ruimte voor verdere versoepelingen van de maatregelen.

Het RIVM heeft verschillende scenario's voor verdere versoepeling van de maatregelen doorgerekend. Deze scenario's leiden allemaal tot een forse toename van de druk op de zorg en zijn bovenal omgeven met een zeer grote onzekerheid, niet alleen vanwege het te verwachten effect van de VK-variant maar ook vanwege onzekerheid over het (tijds) effect van vaccinatie. Wat betreft dit laatste punt speelt vooral dat nog onduidelijk is of, en zo ja, in welke mate, vaccinatie ook de overdracht van SARS-CoV-2 beperkt.

Het OMT heeft geen bezwaar tegen toepassing van een «click en collect»-systeem in de detailhandel. Dit systeem is niet wezenlijk anders dan het online bestellen van pakketjes die worden afgehaald bij een afhaalpunt of het afhalen van online bestelde maaltijden bij een restaurant. Wel adviseert het OMT om de volgende punten in de uitvoering te borgen: allereerst moet een bestelling geruime tijd (ten minste enkele uren) voorafgaand aan het afhalen worden gedaan, om «funshoppen» te voorkomen. Daarnaast moet geregeld worden dat de bestelling op een vooraf vastgesteld tijdstip afgehaald wordt (in een dedicated «tijdslot»), dit om wachtrijen bij het afhaalpunt te voorkomen. Ten slotte is er voorkeur het afhaalpunt zo in te regelen dat de winkel niet hoeft te worden betreden. Bij het afhalen dient men uiteraard de algemene maatregelen met betrekking tot afstand houden, mondneusmaskergebruik en (contact-)hygiëne op te volgen.

Ten aanzien van het al dan niet verlengen van de avondklok, vindt het OMT het nog te vroeg om daar op dit moment, nog amper zes dagen na invoering, al een evaluatie van het effect en advies ten aanzien van eventuele verlenging uit te brengen. Deze maatregel moet ten minste twee weken ingevoerd zijn om een beoordeling van het effect te kunnen geven.

Het OMT geeft aan dat het niet mogelijk is gebleken om op basis van de modellering een prioritering aan te brengen in de verschillende versoepelingen die staan vermeld in de adviesaanvraag. In de praktijk wordt immers direct een bundel van maatregelen toegepast. Hierdoor is het niet mogelijk om het unieke effect van afzonderlijke maatregelen te bepalen. Dit geldt temeer als de situatie zeer complex is en kleine veranderingen grote gevolgen kunnen hebben op de prognoses, zoals momenteel speelt.

Inschalingssystematiek

Het OMT adviseert om meer indicatoren te gebruiken voor escalatie en de-escalatie om een meer accurate inschatting te kunnen maken over de noodzaak van opschalen of afschalen van het maatregelenpakket per situatie. Concreet gesteld:

- Voor escalatie de R-waarde als indicator toevoegen.  
Veranderingen in het testbeleid en/of de testbereidheid kunnen tot plotse en grote veranderingen in meldingsincidentie leiden, zonder dat de viruscirculatie daadwerkelijk verandert. Omdat de R-waarde niet alleen op basis van meldingen wordt berekend, maar ook op basis van ziekenhuisinstroom en IC-instroom, is de R-waarde een relevante maat om inschaling op te baseren.
- Voor de-escalatie de incidentie, R-waarde en een indicator voor bedbezetting toevoegen.  
Voor de de-escalatie zijn de indicatoren incidentie, in combinatie met de R-waarde en de bedbezetting in de ziekenhuizen en op de IC van belang om een goede inschatting te kunnen maken of afschalen van de maatregelen verantwoord is.
- Daarnaast adviseert het OMT een aantal aanpassingen aan de inschalingswaarden voor escalatie:  
Het aanpassen van de ondergrens voor niveau «ernstig» tot 100 i.p.v. 150, zodat beter kan worden geanticipeerd op een snelle toename en tijdig maatregelen kunnen worden getroffen, omdat landelijke maatregelen pas ingaan als ten minste drie regio's in niveau ernstig zitten.
- Om snel in te kunnen spelen op veranderingen, is het bovendien raadzaam om voor de escalatie de indicator ziekenhuisopnames per dag (in plaats van een week) te blijven gebruiken (net als bij de-escalatie) en al te gaan opschalen als de drempelwaarde 3 of meer dagen overschreden is.

Het OMT adviseert om voor de-escalatie een stappenplan met andere signaalwaarden aan te houden dan voor escalatie en dat niet dezelfde stappen, maar in omgekeerde richting, gevolgd kunnen worden, zoals ook toegelicht in het advies van het 81e OMT (Bijlage bij Kamerstuk 25 295, nr. 659). Het OMT adviseert om maatregelen pas te gaan afschalen als de signaalwaarden van niveau «waakzaam» zijn bereikt, zoals eerder beargumenteerd in het advies van het 88e OMT (Bijlage bij Kamerstuk 25 295, nr. 757). Een essentieel verschil tussen de escalatie en de-escalatie is immers dat de zorg, waaronder ziekenhuizen (en IC's) en verpleeghuizen, in de laatste situatie al hoog belast is.

Het OMT ondersteunt het gecontroleerd en geleidelijk afschalen van maatregelen met kleine stappen binnen de verschillende fasen op de routekaart, omdat op deze wijze op een gecontroleerde manier geleidelijk kan worden afgeschaald. Het OMT adviseert echter hiermee pas te starten als de signaalwaarden het niveau waakzaam hebben bereikt.

Het OMT adviseert om de systematiek van het vaststellen van de maatregelenpakketten met name in de laagste fasen wanneer de maatregelen regionaal gelden, helder vast te leggen. Het OMT adviseert daarom om op alle niveaus landelijk de regie te houden over maatregelen.

## Routekaart<sup>5</sup>

Het OMT geeft aan dat in de huidige versie van de routekaart de maatregelen in de niveaus «waakzaam», «zorgelijk», en «ernstig» te beperkt zijn om verspreiding te controleren, en bij het niveau «zeer ernstig» is de kans groot dat de zorg is of wordt overbelast en de kwetsbaren achteraf onvoldoende beschermd blijken. De routekaart lijkt daarom in haar huidige vorm de doelstellingen van het kabinet niet geheel te kunnen borgen.

Van de maatregelen in niveau «zeer ernstig» weten we dat deze een voldoende effect kunnen hebben op de huidige epidemie door de R-waarde onder de 1 te krijgen en te houden. De maatregelen in de andere niveaus voldoen niet altijd om het aantal besmettingen stabiel te houden of te laten dalen met het klassieke «wildtype» en de huidige mate van naleving.

Het OMT stelt voor de maatregelen voor de niveaus «ernstig» en «zorgelijk» te verzwaren, zodat het mogelijk is om in elk niveau anders dan «waakzaam» het aantal besmettingen ook te laten dalen.

Het OMT adviseert een groeps grootte toe te voegen voor zowel sporten binnen als buiten in het risiconiveau «ernstig». Hierbij denkt het OMT aan een maximum groeps grootte van 8–10 personen, of een elftal. Vanuit modellering is hier helaas niets met zekerheid over aan te geven.

Het OMT adviseert de routekaart en maatregelenstrategie regelmatig te evalueren en aan te passen aan o.a. de toenemende afweer tegen het SARS-CoV-2 onder de bevolking (door doorgemaakte infectie of na vaccinatie) en aan de opkomst en verspreiding van varianten die meer besmettelijk zijn.

Gezien het grillige verloop van de epidemie en de continu veranderende omstandigheden (door vaccinaties, doorgemaakte infecties en opkomende variantvirussen) en voortschrijdend inzicht in de bestrijding steunt het OMT het voorstel de inschalingswaarden en maatregelenpakketten/routekaart elke twee tot drie weken voor te leggen.

### *Ad 4) Gezondheidsrisico's bij demonstraties*

Het OMT geeft aan dat het niet doenlijk is het infectierisico van demonstraties «in het algemeen» aan te geven, door grote verschillen in context. Wel kunnen enkele elementen worden meegegeven die in de overweging van dit risico meespelen. Naast de prevalentie van besmettelijke COVID-19-gevallen in de groep die demonstreert, zijn bepalende factoren de duur van de demonstratie, de groeps grootte en het karakter van de demonstratie (lokaal, regionaal, supraregionaal) met gecontroleerd verloop of niet, met of zonder stemverheffing en binnen en/of buiten.

Er is vooralsnog geen wetenschappelijke onderbouwing voor een verantwoorde groeps grootte of duur van demonstraties. Het lijkt redelijk om deze af te stemmen op het inschalingsniveau.

## BAO-advies

Het BAO kan het advies van het OMT volgen. Het BAO doet een aantal aanbevelingen ten behoeve van beleid. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om het opstellen van regels voor crowd control in winkelcentra, waarbij de bevoegdheden van burgemeesters op grond van de tijdelijke wet worden betrokken. Dit acht het BAO, evenals de voorwaarden die in het OMT

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

advies staan, van belang om click and collect mogelijk te maken. Verder verzoekt het BAO om de effectiviteit van de avondklok te berekenen. Het RIVM worden verzocht om een nomogram voor demonstraties uit te werken.

In de paragrafen Maatregelen en Inschalingssystematiek, routekaart en exit strategie wordt nader in gegaan op de wijze waarop het kabinet opvolging geeft aan het OMT-advies voor wat betreft inschalingssystematiek en routekaart en maatregelen.

#### *Stapsgewijs naar heropening samenleving*

Zoals in de inleiding is geschetst, zien we de effecten van de lockdown terug in een terugloop van het aantal besmettingen. Samen hebben we sinds 14 december het aantal contacten drastisch teruggebracht met verschillende ingrijpende maatregelen. Daarmee kunnen we stellen dat de lockdown zijn werk heeft gedaan en nog steeds doet.

Echter, op de korte termijn stemmen de vooruitzichten niet optimistisch: door de opmars van verschillende mutaties is het aannemelijk dat we een stijging zullen zien in het aantal nieuwe besmettingen. In een flink aantal landen om ons heen zien we dat al gebeuren. Ook wij moeten rekening houden met een derde golf. We weten nog onvoldoende om nu al aan te geven wanneer we die golf verwachten. Maar met de grotere besmettelijkheid van de opkomende mutaties, is het zeer aannemelijk dat deze derde golf er komt. We bereiden ons daarop voor.

Dat voorbereiden doen we door nu nog zo ver mogelijk te zakken met het aantal nieuwe besmettingen. We blijven de komende tijd inzetten op het verminderen van het aantal contactmomenten van mensen om daarmee de verspreiding van het virus verder af te remmen. En we zetten extra stevig in op andere vormen van gedragsbeïnvloeding zoals voorlichting, hulp en gerichte steun.

Te midden van deze onzekerheid voor de kortere termijn, wil het kabinet nu al wel een eerste schets geven van hoe wij denken dat de komende maanden eruit gaan zien. Hoe er stap voor stap meer ruimte komt voor contacten en activiteiten. Iedereen snakt ernaar. De schade van deze strenge lockdown voor ons welbevinden, voor jongeren, voor ouderen, de schade aan de economie is bijzonder groot. Met financieel-economische steun en sociale ondersteuning probeert het kabinet, maar ook gemeenten, maatschappelijke organisaties en vele mensen in hun eigen kring, de ergste nood te lenigen en structurele schade zoveel mogelijk te voorkomen.

Een aantal ontwikkelingen zal de komende maanden samen komen. Op enig moment zal de vaccinatiegraad onder met name ouderen en de kwetsbaarste groepen dusdanig zijn opgelopen dat deze groepen beschermd zullen zijn tegen de gevolgen van het virus. Om uit deze crisis te komen, is vaccinatie onze belangrijkste troef. Inmiddels is er ook een groep mensen die, doordat ze de infectie hebben doorgemaakt, op natuurlijke wijze antistoffen hebben aangemaakt. Samen geeft dat perspectief op bescherming.

Tegelijkertijd kunnen we er samen voor zorgen dat we besmettingen snel opsporen en zo de verspreiding beperken. Veel testen is daarom van groot belang. De testcapaciteit van de GGD is op orde. Ook om, zoals het OMT adviseert, een ruimere groep contacten van mensen die positief getest zijn, te kunnen testen. Dit helpt bijvoorbeeld om de scholen, als ze opengaan, ook open te kunnen houden.

Naast de testcapaciteit bij de GGD-en wil het kabinet stevig inzetten op toegangstesten, waar ook mensen zonder klachten terecht kunnen. Met het inzetten van toegangstesten is er op termijn ruimte om ook bepaalde sociale interactie weer mogelijk te maken. De lessen uit de FieldLabs die halverwege februari van start gaan, leren ons hoe we weer veilig en verantwoord ruimte kunnen geven aan bepaalde evenementen.

Het kabinet heeft de routekaart grondig herzien. Met deze routekaart wordt het voor de samenleving ondanks alle onzekerheden in deze fase van de crisis voorspelbaar welke maatregelen in welke volgorde kunnen worden versoepeld. Waarbij daadwerkelijke besluitvorming zal afhangen van het op dat moment geldende actuele beeld en weging van o.a. sociaaleconomische factoren. We kunnen er nog geen planning aanhangen, daarvoor zijn de onzekerheden te groot. De routekaart is bij te stellen, zodat we om kunnen gaan met nieuwe inzichten en ontwikkelingen. Het kabinet gebruikt daarvoor onder meer de OMT-adviezen. Daarmee blijft deze routekaart en de aanpak actueel en adequaat. Ook betreft het kabinet hierbij maatschappelijke organisaties, branches, werkgevers- en werknemersorganisaties, om werk te maken van slimme heropeningsplannen voor sectoren. Daartoe treedt het kabinet in overleg met sectoren en branches, conform de oproep van uw Kamer.

De routekaart geeft aan hoe de ruimte, die we met elkaar hebben verdiend door ons aan de regels te houden, waarmee het aantal besmettingen omlaag gaat en de belasting van de zorg is verminderd, kan worden besteed door meer activiteiten toe te staan. Deze ruimte zal in eerste instantie heel beperkt zijn: het kabinet zal dan ook eerst – stap voor stap – de zwaarste maatregelen van de lockdown wil loslaten. Bij de keuze welke maatregelen we kunnen loslaten, laten we ons adviseren door het OMT, maar betrekken we ook onder meer de sociaal en economische effecten en impact op welzijn van versoepelingen. Het is uiteindelijk een politieke weging. Het afwegen van het belang van het openen van de scholen ten opzichte van het openen van de detailhandel, of meer ruimte voor sporten, is niet eenvoudig. Het liefst zouden we deze allemaal gelijktijdig mogelijk maken, maar dat is onverantwoord. We verwachten op termijn in enkele stappen terug te gaan naar niveau «zeer ernstig». Daarna kunnen we hopelijk langzaam opschuiven naar de maatregelen van niveau «ernstig». In de routekaart hebben we indicatoren opgenomen wanneer we kunnen versoepelen en wanneer strengere maatregelen nodig zijn. We kunnen namelijk niet uitsluiten dat we tussentijds versoepelingen moeten terugdraaien. Dat willen we liever niet, en daarom zullen we versoepelen voorzichtig doen. Het virus zal nog een tijd de sturende factor zijn.

De indicatoren die we gebruiken hebben betrekking op de belasting van de zorg en de ontwikkeling van het virus. De ervaringen van het afgelopen jaar hebben ons geleerd dat we snel moeten reageren op signalen dat het virus en de nieuwe varianten toenemen. Dan nemen we snel zwaardere maatregelen. En dat we terughoudend moeten zijn met versoepelen, hoe groot de noodzaak daartoe ook is. Als we te snel versoepelen of te laat aanscherpen, is de schade daarna veel groter.

We zullen gaan zien dat we langzaam op een punt komen waarop de combinatie van de oplopende vaccinatiegraad, het kunnen gebruiken van toegangstesten en de nog geldende maatregelen ervoor zorgen dat de druk op de zorg af zal nemen. Daarmee zullen we in een nieuwe fase van de epidemie belanden. Een fase waarin de samenleving en economie een meer sturende rol krijgen en er weer ruimte is om te bouwen aan Nederland en schade en achterstand in bijvoorbeeld onderwijs en zorg in te halen. Die ruimte zullen we eerst met z'n allen moeten verdienen door

ons steeds aan de geldende maatregelen te houden. Ook degenen die al gevaccineerd zijn of corona hebben gehad. We doen dit samen.

### *Maatregelen*

Gezien de huidige zorgelijke epidemiologische situatie, het meest recente OMT-advies heeft het kabinet besloten de huidige lockdown te verlengen tot en met ten minste 2 maart 2021. Naast het onder strikte voorwaarden mogelijk maken van bestellen en afhalen in de detailhandel en de reeds gecommuniceerde heropening van het primair onderwijs en de kinderopvang voor kinderen van 0–4 jaar is er thans, gelet op de epidemiologische situatie, geen enkele ruimte voor aanpassingen. Het kabinet is voornemens om op 23 februari 2021 opnieuw een besluit te nemen ten aanzien van mogelijke voortzetting of aanpassingen van de maatregelen zodat deze op 3 maart 2021 van kracht kunnen worden. Wanneer op dat moment hervatting van fysieke lessen in het voortgezet onderwijs aan de orde is, zal dit per maandag 1 maart 2021 kunnen plaatsvinden.

Hoewel de stap die het kabinet nu zet enige verlichting zal brengen, vooral voor de jongste kinderen en hun ouders en een beperkte groep ondernemers, realiseert het kabinet zich dat dit opnieuw veel van iedereen vraagt. Dit geldt zonder uitzondering voor iedereen. In de vorige paragraaf sprak ik reeds over het belang van bieden van perspectief aan mensen. Onderstaand een toelichting bij de specifieke besluiten op basis van de meest recente OMT-adviezen.

### *Heropening kinderopvang en primair onderwijs per 8 februari 2021, verlenging afstandsonderwijs voortgezet- en hoger onderwijs*

Zoals gecommuniceerd per brief op 31 januari 2021<sup>6</sup> zullen de kinderopvang en het primair onderwijs per 8 februari 2021 weer geopend worden. Voor het voortgezet-, middelbaar beroeps- en hoger onderwijs geldt dat het huidige regime van afstandsonderwijs voortgezet worden. Het OMT adviseert om de buitenschoolse opvang (BSO) niet tegelijk met primair onderwijs en kinderopvang te heropenen, vanwege het risico dat gepaard gaat met de extra contactmomenten in de groepen op de BSO (andere samenstelling groepen dan op basisscholen). Het kabinet heeft dit advies overgenomen. Wel blijft de BSO, zoals nu reeds het geval is, noodopvang bieden voor kinderen van ouders die werkzaam zijn in cruciale beroepen. In de elders in deze brief opgenomen paragraaf «onderwijs» treft u verdere details over de uitwerking van de aanvullende maatregelen die er voor zorgen dat deze belangrijke stap veilig en verantwoord kan plaatsvinden en wordt het perspectief geschetst ten aanzien van het voortgezet onderwijs.

### *De avondklok*

De huidige regeling inzake de avondklok verloopt per 10 februari 2021 om 04.30 uur van rechtswege, omdat die eindtijd in de desbetreffende tijdelijke regeling staat. Gelet op de ingangsdatum van de avondklok kon het OMT het effect daarvan nog niet in zijn meest recente advies betrekken. Vanwege de zorgen over de Britse variant wordt het OMT gevraagd om in zijn eerstvolgende advies in te gaan op de effecten van de maatregelen en op basis van het epidemiologisch beeld te adviseren over de avondklok in de context van het gehele maatregelenpakket, zodat het kabinet daarover opnieuw de balans kan opmaken.

---

<sup>6</sup> Bijlage bij Kamerstuk 25 295, nr. 948

### *Bestellen en afhalen mogelijk in de detailhandel («click and collect»)*

Heropening van de detailhandel acht het kabinet op basis van het meest recente OMT-advies niet mogelijk. Wel biedt het OMT advies ruimte voor het inrichten van «bestellen en afhalen». Het kabinet maakt per 10 februari 2021 «bestellen en afhalen» dan ook mogelijk in de detailhandel. Hiermee kan tegemoet gekomen worden aan de bestaande consumentenvraag om in de buurt aankopen te doen. Bovendien is het voor (lokale) ondernemers beter mogelijk om meer omzet te halen, waarmee de kans op faillissementen wordt verkleind. Met «bestellen en afhalen» kunnen klanten producten bestellen en afhalen op afspraak, gespreid over de dag en binnen een tijdvak van maximaal een uur waarbij de winkel niet betreden mag worden. Dit betekent dat het afhaalpunt aan de deur van de winkel of bijvoorbeeld op het parkeerterrein dient te zijn. Het bestellen moet minimaal een dagdeel (4 uur) plaats vinden voorafgaand aan het afhalen van de bestelling. Klanten dienen individueel de bestelling af te halen, waarbij zij op basis van bestaande regelgeving verplicht zijn in de openbare ruimte 1,5m-afstand van anderen te houden en geen groepen te vormen. Uitgangspunt is dat de afhaallocatie sober wordt ingericht om onnodige aantrekking van winkelgebieden te voorkomen en er bij het afhalen geen fysiek contact tussen klant en winkelpersoneel en tussen klanten onderling plaats vindt en de 1,5m blijft gelden. De klant betaalt de goederen bij voorkeur online, maar kan dat ook doen bij het afhalen van de goederen. In dat geval rekent de klant bij voorkeur contactloos af. Bovendien dient er geen oploop van publiek te ontstaan.

Het in december opgestelde Afsprakenkader Detailhandel en de bijbehorende protocollen zijn nog actueel en inzetbaar. Aanvullend zullen brancheorganisaties hun leden met de implementatie van «bestellen en afhalen» ondersteunen.

Indien nodig kan de burgemeester ten aanzien van openbare plaatsen – in het geval de geldende maatregelen, zoals de veilige afstandsnorm, niet worden nageleefd – door middel van een bevel bijvoorbeeld de weg afsluiten of de aanwezige personen verwijderen (op grond van artikel 58m Twm).

Ook kan de burgemeester wanneer een winkel «bestellen en afhalen»-voorwaarden overtreedt, handhaven met een last onder bestuursdwang of onder dwangsom.

### *Uitzondering kledingbanken van de sluiting van publieke plaatsen*

Kledingbanken zijn een belangrijk onderdeel van het lokale aanbod van minimavoorzieningen en opereren in het gemeentelijk netwerk van hulp- en welzijnsorganisaties. Mensen die in armoede leven, kunnen worden aangemeld en doorverwezen voor gratis kleding en schoeisel door hulporganisaties. Daarom, en ter uitvoering van de motie Kuzu<sup>7</sup>, heeft het kabinet besloten om een uitzondering te maken voor kledingbanken op de sluiting van publieke plaatsen. Daarmee wordt het voor kledingbanken per 10 februari 2021 mogelijk om alsnog kleding te verstrekken. Een dergelijke kledingbank mag uiteraard geen tegenprestatie vragen en geen commercieel karakter kennen.

### *Brede maatschappelijke toets op mogelijke maatregelen*

Het kabinet is zich er van bewust dat de verlenging van de huidige lockdown grote gevolgen heeft voor iedereen in Nederland. Ten behoeve van ondersteuning van de economie en ondernemers, heeft het kabinet

<sup>7</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 932



inmiddels aanvullende steun toegezegd en hierover met uw Kamer het debat gevoerd. De gevolgen van de maatregelen reiken echter verder dan de economie. In het debat met uw Kamer op 5 januari 2021, heb ik aan het lid Van der Staaij toegezegd dat indien het nodig is nieuwe maatregelen te nemen, het kabinet inzichtelijk zal maken wat de impact van die maatregelen is, vooral ook in niet-economische zin. Daarnaast hebben in het debat van 21 januari 2021 verschillende van uw leden aandacht gevraagd voor de mentale gevolgen van de maatregelen.

Om een dergelijke brede afweging bij de bespreking van de verschillende maatregelen mogelijk te maken, hanteert het kabinet een zogenaamde dwarsdoorsnijdende toets. Hierin zijn de te voorziene effecten benoemd van mogelijke maatregelen op de volksgezondheid (inclusief mentaal welzijn), de economie, de maatschappij, communicatie, gedrag en uitvoering en handhaving. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van input door onder andere de ministeries van VWS, SZW, EZK, FIN, de gedragsunit van het RIVM, het SCP, het NKC, de Nationale Politie, de veiligheidsregio's en de VNG.

#### *Herstel omissie*

Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om een omissie in de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 te herstellen. Hierdoor zullen de openingstijden van winkels in de levensmiddelenbranche, bijvoorbeeld bij een tankstation, aansluiten bij de tijden van de thans geldende avondklok (20.45 en 4.30 uur).

#### *Stand van zaken thuiswerken en sluiting bedrijfspand bij bronbesmetting*

Om de verspreiding van het coronavirus af te remmen, is het van groot belang dat contacten tot een minimum worden beperkt. Een belangrijke manier om dat te doen is door thuis te blijven. Dit betekent ook dat mensen wordt geadviseerd, waar dat mogelijk is, thuis te werken. Zo wordt het aantal contacten dat mensen hebben onderweg van en naar kantoor of op het werk gereduceerd. Thuiswerken is dus één van de manieren om verspreiding van het coronavirus tegen te gaan. Er wordt daarom veel gedaan aan het stimuleren van thuiswerken, onder andere door werkgevers- en werknemersorganisaties naar hun achterban.

De Kamer heeft op 21 januari jl. de motie van de leden Klaver en Ouwehand aangenomen waarmee de regering wordt verzocht om met spoed een wettelijke grondslag te creëren om bij het niet naleven van coronamaatregelen, waardoor een bronbesmetting ontstaat, te kunnen reageren met een tijdelijke sluiting van het bedrijfspand (Kamerstuk 25 295, nr. 924). In reactie hierop heeft het kabinet op 26 januari jl. de Kamer geïnformeerd over het voornemen van het kabinet om een dergelijke grondslag te creëren. Dit voornemen heeft betrekking op het opnemen van een gerichte bepaling van tijdelijke duur in de Wet publieke gezondheid. Het kabinet werkt momenteel een wetsvoorstel uit. Daarbij verwacht het kabinet het wetsvoorstel binnen een maand aan uw Kamer aan te kunnen bieden.

Tevens heeft het kabinet in diezelfde brief de Kamer geïnformeerd over de invulling van de aangenomen motie van het lid Marijnissen c.s.<sup>8</sup>, waarmee de regering wordt verzocht om met werkgevers en werknemers duidelijke criteria op te stellen voor thuiswerken, die breed uit te dragen en daar ook de inspectie SZW en andere toezichthouders nauw bij te betrekken, zodat meldingen binnen enkele dagen opvolging krijgen. Het

<sup>8</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 926

kabinet is in gesprek gegaan met werkgevers- en werknemersorganisaties om samen met hen algemene criteria op te stellen met als doel het belang van thuiswerken verder te benadrukken en het thuiswerken te stimuleren. Momenteel lopen deze gesprekken. Deze algemene criteria – opgesteld met werkgevers- en werknemersorganisaties – kunnen een handvat vormen voor individuele werkgevers en werknemers ten behoeve van de afwegingen rondom thuiswerken. De uitwerking van de criteria per individuele organisatie is aan de ondernemer in samenspraak met de medezeggenschap. Zoals toegezegd, informeert de Minister van SZW uw Kamer op zeer korte termijn over de concrete uitwerking. Vervolgens zal het kabinet inzetten op het breed bekend maken van de criteria in samenspraak met werkgevers- en werknemersorganisaties.

Naast het bekendmaken van de criteria, lijkt er ruimte om meer te communiceren dat thuiswerken de norm hoort te zijn. Daarbij wordt ook gekeken naar andere manieren en vormen van communicatie dan tot nu toe. In de week van 23 januari is onder de koepel «alleen samen krijgen we corona onder controle»- een nieuwe tv- en radiospot gestart om het thuisblijven, waaronder thuiswerken te stimuleren. Deze campagne kent ook inzet op sociale media. Aanvullende inzet wordt nu overwogen om te zorgen dat – ook als maatregelen niet worden verlengd – de naleving van de thuiswerkmaatregel op voldoende niveau is.

Als onderdeel van het bredere pakket aan maatregelen om thuiswerken te bevorderen, verkent het kabinet nader de mogelijkheid om op grond van artikel 58g van de Wet publieke gezondheid plaatsen aan te wijzen waar groepsvorming verder moet worden beperkt. Op dit moment geldt dat groepsvorming binnen een besloten plaats boven 30 personen per zelfstandige ruimte is verboden.

#### *Beperken sociale contacten*

Komende periode bezie ik of verduidelijkingen of aanscherpingen nodig zijn van de regels over het beperken van de sociale kring. Ik denk bijvoorbeeld aan een dringend advies om niet meer dan een nader te bepalen aantal verschillende personen in een bepaalde periode te ontmoeten. Ik zal dit betrekken in de afweging over het brede pakket aan maatregelen.

#### *Onderwijs*

##### *Primair onderwijs en kinderopvang*

Op basis van het OMT-advies, heeft het kabinet uw Kamer per brief van 31 januari reeds geïnformeerd dat het primair onderwijs en de kinderopvang per 8 februari weer open kunnen gaan, met uitzondering van de buitenschoolse opvang (BSO). Om eraan bij te dragen dat deze heropening verantwoord kan plaatsvinden, heeft het RIVM een generiek kader aan richtlijnen en adviezen opgesteld. Deze worden in overleg met de betreffende sectoren uitgewerkt in de sectorale protocollen en servicedocumenten. Deze informatie is naar verwachting morgen beschikbaar voor scholen en opvanglocaties. De veiligheid van leraren, pedagogisch medewerkers, leerlingen en ouders blijft in alle onderwijs- en opvangsectoren voorop staan; het kabinet realiseert zich dat mensen zich hier zorgen over maken. Het generiek kader van het RIVM is er juist voor bedoeld zodat aanvullende maatregelen kunnen worden getroffen om het onderwijs en de kinderopvang veilig en verantwoord te laten plaatsvinden, bijvoorbeeld door een scherper testbeleid, en adviezen om de contacten te beperken tussen personeel en leerlingen.

### *Voortgezet onderwijs*

Het voortgezet onderwijs kan helaas nog niet worden heropend; het volgende moment van besluitvorming vindt plaats op 23 februari waarna het voortgezet onderwijs hopelijk kan worden heropend per 1 maart. Dit betekent dat tot die tijd het huidige regime van kracht blijft, waarbij onderwijs op afstand de norm is, maar uitzonderingen blijven gelden voor bepaalde groepen leerlingen:

- examenleerlingen krijgen fysiek onderwijs nu ze zich op hun examens aan het voorbereiden zijn;
- voorexamenleerlingen maken op school hun schoolexamens;
- leerlingen die praktijkgerichte vakken krijgen, volgen dit onderwijs fysiek;
- leerlingen in een kwetsbare positie komen ook naar school.

Het OMT heeft in zijn 98<sup>e</sup> advies aanvullende maatregelen opgenomen, noodzakelijk voor het veilig open kunnen stellen van het voortgezet onderwijs. Het gaat hierbij onder andere om het 1,5 meter afstand houden tussen leerlingen, het beperken van contactmomenten tussen leerlingen en een verdere opschaling van (snel)testen. Om waardevolle praktijkervaring op te doen met de voorgestelde aanvullende maatregelen van het RIVM zullen de ongeveer 35 middelbare scholen, die op dit moment deelnemen aan pilots waar sneltesten worden ingezet, worden toegestaan om volledig te heropenen. Op deze scholen krijgen alle leerlingen hierdoor, in bepaalde mate, de kans op fysiek onderwijs op school. Uit deze ervaringen zal moeten blijken hoe de combinatie van maatregelen uit het generiek kader eraan bij kan dragen om de scholen verantwoord weer te openen. Hierbij moeten scholen in het voortgezet onderwijs er rekening mee houden dat deze maatregelen voor een langere periode kunnen gaan gelden.

### *Ontmoedigen van reizen*

Iedere reisbeweging brengt een risico mee dat het coronavirus zich verspreidt. Uit dat oogpunt heeft het kabinet verschillende maatregelen genomen om reizen te ontmoedigen en noodzakelijke reizen veiliger te maken. Op 23 januari heb ik uw Kamer geïnformeerd over de uitwerking van deze maatregelen voor luchtvaartbemanning. In deze brief informeer ik u nader over de quarantaineplicht, die ook voor reizigers zal gelden, en de daarbij behorende registratieverplichting. Hierna zal ik ingaan op het OMT-advies over aanvullende vliegverboden en de resultaten van de evaluatie van de corridor tussen Amsterdam en Atlanta.

### *Aanvullende vliegverboden*

Tijdens het debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus van 21 januari 2021 heeft het kabinet toegezegd het OMT te vragen of het OMT het noodzakelijk acht om ook voor Portugal, Dubai of eventueel andere landen een vliegverbod of andere maatregelen in te stellen. In zijn 97<sup>e</sup> advies (deel II) heeft het OMT aangegeven dat er op dit moment geen landen hoeven te worden toegevoegd aan de lijst met landen waar nu vliegverboden voor gelden, gezien de dubbele negatieve testverplichting die op dit moment al is ingeregeld en het dringend advies tot thuisquarantaine. Het kabinet neemt op dit moment dan ook geen aanvullende maatregelen voor reizigers uit hoogrisicogebieden, naast de al aangekondigde maatregelen zoals het verplichten van de quarantaine, een verplichte registratie en een negatieve PCR-testuitslag voor inreizende automobilisten.

Ten aanzien van de aangenomen motie van de heer Veldman<sup>9</sup> om het mogelijk te maken dat luchtvaartmaatschappijen zelf een alternatief testprotocol maken, hebben Minister van Nieuwenhuizen en ik u op 23 januari 2021 nader geïnformeerd<sup>10</sup>. Van de luchtvaartmaatschappijen KLM, TUI en Corendon heb ik inmiddels een alternatief testprotocol ontvangen. Deze alternatieve testprotocollen zijn – met in achtneming van het 97e OMT-advies deel I – goedgekeurd en in de Staatscourant gepubliceerd. Deze motie is dan ook afgedaan.

#### *Evaluatie corridor Atlanta – Amsterdam*

Op 4 december jl. is uw Kamer door mij en de Minister van Infrastructuur en Waterstaat geïnformeerd over de travel-corridor tussen Atlanta en Amsterdam. De corridor is op een aantal vluchten tussen Atlanta-Schiphol vanaf medio december gestart om veilig reizen mogelijk te maken voor groepen reizigers die zijn uitgezonderd van de strenge reisrestricties zoals het EU-inreisverbod. Inmiddels is een met deze corridor vergelijkbaar regime ingevoerd voor alle vliegvluchten vanuit hoogrisicogebieden naar Nederland, namelijk een PCR- en sneltest voor vertrek en de mogelijkheid bij een negatieve testuitslag op dag vijf de quarantaine te beëindigen.

Op basis van de eerste beelden uit de onafhankelijk evaluatie van een onderzoeksbureau – die met deze brief is meegezonden – zal de proef met de corridor in de huidige vorm worden gecontinueerd. De komende maand zal de corridor verder worden geëvalueerd om een definitieve conclusie te trekken over het corridorconcept, ook ten opzichte van het reguliere testbeleid rondom vliegvluchten. Tevens kan dan worden bezien of de corridor kan worden uitgebreid naar andere bestemmingen. Hierbij worden de inwerkingtreding van de verplichte quarantaine voor reizigers uit hoogrisicogebieden en de ontwikkelingen in epidemiologische beeld meegenomen. Wij zullen uw Kamer hierover informeren.

#### *Kort geding over de negatieve testverklaring*

Op 31 december 2020 heeft de Voorzieningenrechter van de rechtbank Den Haag overwogen dat het niet mogelijk is om een negatieve testverklaring te eisen van reizigers die Nederland als bestemming hebben, op basis van een aanwijzing aan de voorzitter van de veiligheidsregio. De Voorzieningenrechter overwoog hierbij dat het afnemen van een dergelijke test de lichamelijke integriteit betreft. Hiervoor bood de Wet publieke gezondheid zoals deze op dat moment gold, naar het oordeel van de Voorzieningenrechter onvoldoende grondslag is. De Voorzieningenrechter was van oordeel dat hiervoor een geconcretiseerde wettelijke grondslag nodig. Hierop heeft het kabinet aangekondigd in hoger beroep te gaan tegen deze uitspraak.<sup>11</sup> Vervolgens is mede dankzij de bijzonder bereidwillige medewerking van Tweede en Eerste Kamer – die voor de behandeling van dit wetsvoorstel het reces hebben onderbroken – ook artikel 58p van de Wet publieke gezondheid aangepast teneinde iedere discussie over de grondslag inzake de verplichte negatieve testuitslag voor zover nodig te beslechten.<sup>12</sup> Op 28 januari 2021 heeft de Voorzieningenrechter Den Haag in een uitspraak geoordeeld dat het verlangen van een negatieve PCR-test in het recentelijk gewijzigde artikel 58p Wpg «(inmiddels) uitdrukkelijk is geregeld.» Gelet op bovenstaande omstandig-

<sup>9</sup> Kamerstuk 25 295 nr. 918

<sup>10</sup> Bijlage bij Kamerstuk 25 295, nr. 943

<sup>11</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 907

<sup>12</sup> Zie de Wet van 8 januari 2021 tot wijziging van de Wet publieke gezondheid in verband met een verduidelijking van de tijdelijke grondslag voor het stellen van regels over de toegang tot en het gebruik van voorzieningen voor personenvervoer (Stb. 2021, nr. 3).

heden heeft het kabinet besloten niet in hoger beroep te gaan tegen de uitspraak van de Voorzieningenrechter van 31 december 2020.

*Kabinetsappreciatie over de herziening van Raadsaanbeveling 2020/912 en 2020/1475 van 29 januari 2021*

Daarnaast deel ik u mee dat in de kabinetsappreciatie over de herziening van Raadsaanbeveling 2020/912 en 2020/1475 van 29 januari 2021 een passage staat die niet volledig juist is: «Onder het huidige kabinetsbeleid zijn diplomaten, grenswerkers en -studenten, personen onder de 13 jaar en transitpassagiers vrijgesteld van zowel de snel- als PCR-testverplichting. Van zeevarenden en transportmedewerkers wordt verlangd dat zij bij aankomst een sneltest aanbieden.»

Onder het huidige kabinetsbeleid zijn passagiers uit hoogrisicogebieden die in Nederland overstappen niet vrijgesteld van de PCR- en sneltestverplichting. Deze categorie reizigers dient voorafgaand aan inreizen een sneltest en een PCR-test te overhandigen. Passagiers die naar Nederland vliegen en met hetzelfde vliegtuig doorvliegen, zonder uit te stappen, zijn wel uitgezonderd op de PCR- en sneltestverplichting. Voorts wil ik graag verduidelijken dat zeevarenden en transportmedewerkers uit hoogrisicogebieden voorafgaand aan vertrek naar Nederland een sneltest dienen af te nemen. Voor de verplichte sneltest geldt dat er maximaal 4 uur mag zitten tussen het moment van afname van de test en het aan boord gaan van het vliegtuig of de veerboot. Voor transportmedewerkers die per veerboot reizen uit het Verenigd Koninkrijk geldt dat de test maximaal 24 uur oud mag zijn voor het aan boord gaan van de veerboot.

*Quarantaine*

Ten aanzien van quarantaine geef ik invulling aan de toezegging in de stand van zakenbrief van 20 januari 2021 over verplichte quarantaine voor reizigers.

Tijdens het debat over de ontwikkelingen rondom het Coronavirus in de Tweede Kamer op 21 januari jl. is toegezegd de opties voor het invoeren van een quarantaineplicht uit te werken, namelijk een algemene quarantaineplicht voor iedereen die positief getest is en een quarantaineplicht door middel van een individuele beschikking.

*Quarantaineplicht voor positief geteste personen*

Quarantaine is ingrijpend in het persoonlijk leven waarbij de meeste mensen zich proberen te houden aan de quarantaineregels. Uit cijfers van de RIVM gedragsunit<sup>13</sup> blijkt dat de naleving van quarantaine verbeterd kan worden. Ruim 7 van de 10 positief getesten houdt zich aan de «thuisquarantaine».

In de verbetering van de quarantainenaleving ligt de belangrijkste focus op het ondersteunen van al die mensen die bereidwillig zijn, maar hindernissen ervaren.

Er is een groep mensen die willens en wetens de maatregelen niet nakomt en, doordat ze positief getest zijn, een risico vormen bij het terugdringen van de verspreiding van het Coronavirus. Denk hierbij bijvoorbeeld aan aan de mensen die toch naar het werk gaan.

Om een stok achter de deur te hebben om dit risico te verkleinen, wordt onderzocht of een betere juridische borging van quarantaine door middel

---

<sup>13</sup> RIVM gedragsunit 9<sup>e</sup> ronde 18-01-2021 <https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/maatregelen-welbevinden>

van een quarantaineplicht, een sluitstuk is in de gehele aanpak van ondersteuning

Het doel is om de verspreiding van covid-19 tegen te gaan door afzondering van positief geteste personen. Het gaat om personen die positief zijn getest bij de GGD of een andere (commerciële) partij.

Voor deze doelgroep van positief geteste personen is gekozen om niet de algemene quarantaineplicht maar een individuele quarantaineplicht per beschikking, bij het niet vrijwillig in quarantaine gaan, verder uit te werken. De quarantaineverplichting per beschikking kan voor de kleine groep van niet-nalevers worden ingezet. Dit kan gaan om mensen die, ondanks dat ze positief getest zijn, naar het werk gaan of andere gedragingen zoals illegale feestjes, verrichten.

Daarbij moet worden voorzien in een aantal uitzonderingen voor de verplichte quarantaine zoals bijvoorbeeld in het geval van noodsituaties.

#### *Quarantaineplicht voor reizigers*

Het doel van de quarantaineplicht voor reizigers is de beperking van het risico op verspreiding van coronabesmettingen door inkomende reizigers uit hoog-risicogebieden. Momenteel wordt een wettelijke verplichting voor quarantaine na een reis in een hoogrisicogebied uitgewerkt.

#### *Registratieplicht voor reizigers*

Naast de genoemde voorbereiding van de wetswijziging ten behoeve van de quarantaineverplichting wordt er in hetzelfde wetsvoorstel ook gewerkt aan een registratieplicht voor inreizigers. Ter ondersteuning van de naleving van de quarantaineplicht voor de genoemde groep reizigers dient er zicht te zijn op wie Nederland binnenkomt uit een hoog-risicogebied en waar deze persoon in Nederland de periode van de quarantaineplicht doorbrengt. Daarvoor is een digitaal registratie systeem voor inkomende reizigers nodig. Momenteel worden de uitvoeringsmogelijkheden verkent. De voorkeur van het kabinet gaat uit naar een zo «licht» mogelijke variant waarbij de privacybescherming en security aspecten zo goed mogelijk worden geborgd.

#### *Wetgevingstraject*

Op dit moment wordt parallel aan bovenstaande verkenningen gewerkt aan een wetsvoorstel tot wijziging van hoofdstuk Va van de Wet publieke gezondheid, het hoofdstuk waarin de tijdelijke maatregelen staan ter bestrijding van COVID-19. In het wetsvoorstel worden de uitkomsten van bovenstaande verkenningen verwerkt. Ook voorziet het wetsvoorstel in de mogelijkheid om een negatief testbewijs te verplichten voor alle inreizigers, conform de eerder door uw Kamer aangenomen motie<sup>14</sup>.

#### *Inschalingssystematiek, routekaart en de weg uit de crisis*

*Inschalingssystematiek: hoe de risiconiveaus worden bepaald en hoe wordt bepaald of maatregelen regionaal of landelijk moeten gelden*

#### Maximaal controleren met een vernieuwde systematiek van inschaling

Vanaf het begin van de epidemie is de strategie van het kabinet gericht op het maximaal controleren van het virus. Daarbij staan twee doelen centraal: (1) Het zo goed mogelijk beschermen van mensen met een

<sup>14</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 664.

kwetsbare gezondheid en (2) zorgen dat de zorg niet overbelast raakt. Nu verschillende varianten op het virus ons land zijn binnengedrongen, moeten we extra inzet tonen om het aantal besmettingen fors te verlagen en de verspreiding van de virusvarianten maximaal te vertragen. Daarom is het van belang om zo precies mogelijk zicht op en inzicht in het virus te houden en in te grijpen wanneer dit nodig is.

Om tijdig in te kunnen grijpen is de inschalingsystematiek verbeterd. Deze systematiek zorgde er al voor dat we per regio de ontwikkelingen nauwgezet kunnen volgen en regio's in één van de vier risiconiveaus (waakzaam, zorgelijk, ernstig, zeer ernstig) kunnen indelen om vervolgens op basis van de routekaart maatregelen te kunnen nemen. Nieuw is dat de systematiek vereenvoudigd is zodat voorspelbaarder is wat er gebeurt op basis van het epidemiologisch en zorgbeeld. De criteria voor inschaling zijn van een achttal indicatoren teruggebracht tot alleen het aantal besmettingen en het aantal ziekenhuisopnames. De cijfers zijn via het coronadashboard voor iedereen te volgen. Op basis van deze indicatoren worden regio's ingeschaald. Deze werkwijze maakt het mogelijk om per regio passende maatregelen te nemen en maakt het beleid beter voorspelbaar. Voor een visuele weergave van de vernieuwde inschalings-systematiek wil ik u verwijzen naar de hieronder weergegeven schematische weergave of naar de website van het coronadashboard<sup>15</sup> (zie bijlage bestuurdersversie inschalingsystematiek)<sup>16</sup>. Het OMT wordt elke drie weken gevraagd advies uit te brengen of de signaalwaarden en indicatoren nog bij de situatie passen. vanwege een ander testbeleid, hogere vaccinatiegraad of andere virusvarianten in de toekomst niet meer passend zijn. Of vaker, indien nodig. Ook toetst het OMT regelmatig of andere hoofdindicatoren beschikbaar komen. Zo blijft de systematiek wel voorspelbaar, maar ook flexibel genoeg om in te kunnen spelen op veranderingen.

#### Hoe de inschalingsystematiek werkt

De nieuwe systematiek volgt 4 stappen.

##### *Stap 1 – Inschaling*

Er zijn vier risiconiveaus: waakzaam, zorgelijk, ernstig en zeer ernstig. Op basis van de 2 indicatoren (aantal ziekenhuisopnames per 1 miljoen inwoners per week<sup>17</sup> en aantal positieve testuitslagen per 100.000 inwoners per week) wordt een veiligheidsregio ingedeeld in één van deze vier risiconiveaus. Dat gebeurt in principe elke twee weken en vaker als het nodig is. Dat zal met name bij oplopende cijfers ( $R > 1$ ) het geval zijn.

Stappen 2, 3 en 4 gaan over de besluitvorming over de maatregelen. Daarvoor geldt dat maatregelen altijd worden vastgesteld op basis van politiek-bestuurlijke afweging. Bij stap 4 zijn de zorgcijfers en de R-waarde richtinggevend, maar bij alle stappen wordt altijd het hele beeld gewogen: ziekenhuisopnames, ziekenhuisbezetting, R-waarde, besmettingen, besmettingen onder kwetsbare groepen, sterfte, naleving, vaccinatiegraad, mutanten, etc.

<sup>15</sup> <https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/over-risiconiveaus>

<sup>16</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>17</sup> Vanwege afrondingen op hele getallen wordt dit cijfer omgerekend naar 1 per miljoen inwoners per week

### *Stap 2 – Maatregelen op regionaal niveau*

Zolang veiligheidsregio's zijn ingedeeld in de risiconiveaus «waakzaam» of «zorgelijk» gelden de maatregelen op regionaal niveau. Dit geldt ook nog op het moment dat één of twee regio's in het risiconiveau «ernstig» staan. Deze maatregelen worden weliswaar regionaal toegepast, maar landelijk opgelegd.

### *Stap 3 – Meer maatregelen in het hele land*

Zodra drie of meer regio's in risiconiveau «ernstig» of drie of meer regio's in risiconiveau «zeer ernstig» zitten, gelden de maatregelen die horen bij deze twee risiconiveaus voor het hele land. Dus ook voor regio's die op dat moment nog in risiconiveau «waakzaam» of «zorgelijk» zitten.

### *Stap 4 – Minder maatregelen in het hele land*

In de laatste stap kunnen maatregelen weer afgeschaald worden conform de strategie om uit deze crisis te komen. Daarbij volgen we ook weer de lijnen van de routekaart. We volgen het Reproductiegetal en hoe groot de druk op de zorg nog is door naar het aantal ziekenhuisopnames en IC opnames per dag, gedurende twee weken te kijken. Alle maatregelen blijven landelijk van kracht totdat de signaalwaarden horend bij niveau «waakzaam» zijn bereikt. Dat betekent dus dat er in deze laatste stap ook landelijke maatregelen gelden als er al enkele regio's in niveau «waakzaam» zitten. Uitgangspunt van de systematiek is dat meer maatregelen zo snel als nodig worden ingesteld en dat het verlichten van maatregelen voorzichtig en stapsgewijs gaat.

### *Routekaart; welke maatregelen kunnen gelden per risiconiveau?*

Op verzoek van de Kamer (o.a. de leden Segers en Jetten) en naar aanleiding van het 81e en 88e OMT-advies is de routekaart herijkt. In de herijkte routekaart zijn communicatie, handhaafbaarheid, maatschappelijke en economische aspecten en gedragseffecten meegewogen. De consistentie tussen de thema's en risiconiveaus is vergroot.

De nieuwe routekaart is op verschillende punten verbeterd t.o.v. de oude routekaart. Allereerst was de oude routekaart te licht op de lagere risiconiveaus (vooral risiconiveau 1 «waakzaam» en 2 «zorgelijk»), waardoor we bij de start van de tweede golf te snel doorschoten en het virus teveel kans kreeg om zich door het hele land wijd te verspreiden. In de nieuwe routekaart hebben deze risiconiveaus een zwaardere basis gekregen. Daarnaast kan de nieuwe routekaart gebruikt worden voor zowel opschalen als afschalen, dus zowel voor de weg omhoog als de weg terug. Ook was de oude routekaart niet volledig genoeg, waardoor ad hoc nieuwe maatregelen uitgewerkt moesten worden. In de nieuwe routekaart zijn ook maatregelen opgenomen waarover we geleerd hebben dat ze nodig zijn bij hoge besmettingsniveaus. Tenslotte worden met de nieuwe routekaart discussies over de te nemen regionale maatregelen voorkomen, omdat met de nieuwe routekaart de maatregelen op landelijk niveau worden afgekondigd. Zo kan sneller dan voorheen gehandeld worden en wordt kostbare tijd bespaard.

De routekaart bestaat uit vier risiconiveaus: waakzaam, zorgelijk, ernstig en zeer ernstig. In het risiconiveau zeer ernstig zijn – afhankelijk van het epidemiologische beeld – mogelijke verzwaringen weergegeven die als extra maatregel zouden kunnen gelden. De risiconiveaus bevatten algemene regels voor iedereen en specifieke regels voor bedrijven,



instellingen en sectoren. Ook bevat de routekaart aandachtspunten voor handhaving en toezicht.

De routekaart wordt, net als de inschalingsindicatoren, elke drie weken (of vaker indien nodig) tegen het licht gehouden door het OMT. Door de inbedding in de driewekelijkse besluitvormingscyclus krijgt het OMT ook een rol in de effectiviteit van de routekaart en kunnen tussentijds signaalwaarden worden bijgesteld. Zo beweegt de routekaart straks mee als bijvoorbeeld de vaccinatiegraad verhoogd is en er dus minder maatregelen nodig zijn. Ook kunnen ontwikkelingen, zoals uitkomsten van fieldlabs, worden verwerkt in de routekaart. De maatregelen die gelden per veiligheidsregio zullen op het Coronadashboard te zien zijn.

Kamerlid Hijink heeft mij verzocht om in de routekaart aan te geven wanneer een mondkapjesplicht dan wel een mondkapjesadvies geldt en ook aan te geven wanneer het gebruik van mondkapjes in de publieke binnenruimte niet langer aangeraden wordt. Conform de routekaart geldt de plicht om een mondneusmasker te dragen in publieke binnenruimten, bij alle geïdentificeerde risiconiveaus. De mondkapjesplicht voor publiek gebruik is een essentiële belangrijke aanvullende maatregel, als onderdeel van een breder maatregelenpakket. In het kader van de driewekelijkse toetsing van de routekaart door het OMT, wordt regelmatig gezien of de mondkapjesplicht nog noodzakelijk en proportioneel is. Hiermee geef ik uitvoering aan de motie.

#### *De weg uit de crisis*

De afschaling van maatregelen zal gaan langs de lijn van de routekaart; voorspelbaar en uitlegbaar. Het bredere kader daarvoor wordt geschetst in de exit strategie. Vooral voor de naleving is deze voorspelbaarheid zeer gewenst. Afschaling is aan de orde bij voldoende afname van ziekenhuis- en IC-opnames, maar de weg terug wordt uiteindelijk vooral mogelijk gemaakt door het op elkaar ingrijpen van een oplopende vaccinatiegraad, testbeleid en doordat mensen zelf antistoffen hebben opgebouwd wanneer ze ziek zijn geweest.

De oplopende vaccinatiegraad (vooral onder kwetsbare groepen en ouderen) gecombineerd met het toenemen van opgebouwde antistoffen door het doormaken van de infectie, leidt ertoe dat de druk op de zorg naar verwachting af zal gaan nemen. Daarbij zullen testen ook steeds meer ingezet gaan worden voor de toegang tot werk, studeren en het sociale leven. Ook zullen we lessen trekken uit FieldLabs; lessen die ons leren hoe we op een verantwoorde manier meer ruimte kunnen bieden aan grotere groepen in bijvoorbeeld bioscopen, theaters en bij voetbalwedstrijden.

Eerst zullen we ons richten op het beheerst en georganiseerd uit de huidige, zware lockdown komen. Daarna is alles gericht op het stapsgewijs hervatten van het openbare leven en pas daarna komt er langzaam ruimte voor het toestaan van recreatieve activiteiten. Voordat we het «niveau 0» hebben bereikt zullen we eerst in fase waakzaam terechtkomen en bepaalde maatregelen kennen zoals de 1,5 meter. Als allerlaatste fase worden ge- en verboden opgeheven en gaan we naar de situatie waarin Covid-19 endemisch is. We zullen moeten leren leven met het virus, bijvoorbeeld door het programmatisch vaccineren van risicogroepen.

De inschalingsystematiek vertelt samen met de routekaart wat we moeten doen als de cijfers oplopen of juist dalen. Waar de vorige systematiek vrij precies was met verschillende hoofd- en contextindicatoren die samen richting gaven aan het inschalen van de 25 regio's, is de nieuwe systematiek op nadrukkelijk verzoek van de Veiligheidsregio's en GGD'en veel eenvoudiger en daardoor begrijpelijker en meer navolgbaar

gemaakt. Er is een duidelijk onderscheid gemaakt tussen enerzijds het inschalen en anderzijds de besluitvorming over maatregelen. Het inschalen van de 25 regio's in één van de 4 risiconiveaus gebeurt geheel automatisch op basis van het aantal gemelde positieve testuitslagen en ziekenhuiscijfers per regio. Op basis van die cijfers vindt vervolgens de politiek-bestuurlijke afweging en besluitvorming over maatregelen plaats. In die afweging en besluitvorming wordt altijd het gehele beeld gewogen, dus naast de test- en ziekenhuiscijfers ook zaken als de R-waarde, de incidentie onder kwetsbare groepen (waaronder verpleeghuizen, gehandicaptenzorginstellingen en thuiswonende ouderen), de druk op het bron- en contactonderzoek en de mate van naleving van de adviezen en maatregelen. Maatregelen worden altijd landelijk vastgesteld, óók als het maatregelen in een aantal regio's betreft, conform de Tijdelijke wet maatregelen. Er vindt dus geen regionale besluitvorming meer plaats. Rode draad daarin is dat zwaardere maatregelen zo snel als nodig worden ingesteld en dat het verlichten van maatregelen voorzichtig en stapsgewijs gaat.

Het OMT adviseert om voor escalatie de R-waarde als indicator toe te voegen. De systematiek en het proces zijn zo ingericht dat we snel regio's inschalen en maatregelen toepassen als dat nodig is. Het inschalen gebeurt tweewekelijks of vaker indien nodig. Het nemen van maatregelen gebeurt op driewekelijkse basis of vaker indien nodig. De R-waarde is een betrouwbare maat voor de mate waarin de virusverspreiding toe- of afneemt, maar is alleen op landelijk niveau beschikbaar en loopt altijd enkele weken achter. Voor de inschaling is deze indicator daarom minder geschikt, maar voor de besluitvorming over maatregelen wordt deze zoals boven beschreven wel meegewogen.

Waar het OMT adviseert voor de-escalatie de incidentie, R-waarde en een indicator voor ziekenhuisbezetting te hanteren als indicatoren, kiest het kabinet er voor om deze voor zowel escalatie als de-escalatie van maatregelen mee te wegen voor de besluitvorming. Hiermee kunnen deze factoren afzonderlijk gewogen worden bij verlichten en verzwaren van maatregelen. Dit sluit aan bij het advies van het OMT om een stappenplan met andere signaalwaarden aan te houden dan voor escalatie en dat niet dezelfde stappen in omgekeerde richting gevolgd kunnen worden. De ondergrens van niveau «ernstig» is conform advies aangepast van 150 naar 100 positieve testuitslagen per 100.000 inwoners per week. Het Kabinet neemt het advies van het OMT niet over om voor escalatie de ziekenhuisopnames per dag te hanteren in plaats van per week en al te gaan opschalen als de drempelwaarde 3 of meer dagen overschreden is.

Vanuit epidemiologisch oogpunt is het OMT advies om maatregelen pas af te schalen als de signaalwaarden van niveau «waakzaam» bereikt zijn en om risiconiveaus 2 en 3 nog meer te verzwaren logisch en begrijpelijk, omdat het meer zekerheid zou bieden in de bestrijding van het virus. Echter, vanuit andere invalshoeken dan louter die van infectiepreventie is het noodzakelijk om behoedzaam, stap voor stap, af te schalen. Zwaardere maatregelen helpen niet per definitie in de bestrijding van het virus. Daarnaast brengen nog zwaardere maatregelen maatschappelijk en economisch grote schade toe, die niet geheel met flankerend beleid is te mitigeren.

Het OMT geeft in haar advies aan om in de routekaart bij Sport in risiconiveau 3 een groepsgrootte toe te voegen voor zowel sporten binnen als buiten. Het OMT adviseert een aantal van 8–10 of een elftal. Ik neem dit OMT advies over en hanteer de groepsgrootte van maximaal een elftal. Dit is in de routekaart bij Sport in risiconiveau 3 toegevoegd.

De inschalingssystematiek en routekaart worden 3-wekelijks, en vaker indien nodig, voor toetsing aan het OMT voorgelegd.

### *Moties en toezeggingen*

Met de herijking van de routekaart en de inschalingssystematiek, die in de bijlage zijn opgenomen, is voldaan aan de volgende moties en toezeggingen:

- De motie van het lid Klaver (Kamerstuk 25 295, nr. 693) om geen generieke sluiting van buurthuizen en bibliotheken door te voeren tijdens de coronacrisis.
  - Verwerkt onder doorstroomlocaties voor wat betreft bibliotheken en buurthuizen; bibliotheken blijven gesloten voor generiek publiek maar kunnen huiswerkbegeleiding aanbieden voor kwetsbare leerlingen.
- De motie van het lid Van der Staaij c.s. (Kamerstuk 25 295, nr. 702) om zolang een tijdelijke maximale groepsmaat beperking van 30 personen geldt, de mogelijkheid tot ontheffing van de 30 personen regel wordt geboden voor uitvaarten.
  - Verwerkt onder uitvaarten (max. aantal personen bij zeer ernstig is 50).
- De motie van de leden Van Esch en Van Raan (Kamerstuk 25 295 motie nr. 645) om in de routekaart het kopje buitenlandse reizen toe te voegen en op te nemen per risiconiveau.
  - Verwerkt in buitenlandse reizen.
- De motie van het lid Hijink om in de routekaart aangeven wanneer een mondkapjesplicht dan wel een mondkapjesadvies geldt (Kamerstuk 25 295 motie, nr. 751).
  - Verwerkt in buitenlandse reizen.
- De motie van de leden Jetten en Dijkhoff. Verzoekt de regering het overleggen van negatieve coronatest zo spoedig mogelijk ook voorwaardelijk te maken aan het binnen reizen van Nederland (Kamerstuk 25 295, nr. 810).
  - Basisregel over mondkapjes opgenomen bovenaan de routekaart. Daarmee hoeft niet ook bij elk relevant thema tekst hierover te worden opgenomen. Er is geen expliciet advies meer om in andere ruimtes dan de verplichte een mondkapje te dragen.
- De toezegging aan uw Kamer om in de tweede helft van januari een nieuwe routekaart aan de Kamer te presenteren, waarin de pakketten steviger zijn.
- De toezegging aan het lid Segers om een helderdere routekaart te presenteren, waarmee de maatregelen voorspelbaarder en minder worden.

Inzet op naleving van maatregelen door gedragsondersteuning

Het kabinet beoordeelt de maatregelen op hun proportionaliteit en effectiviteit. Ook met de opening van het basisonderwijs en kinderopvang blijft er sprake van een zwaar pakket. Dit is noodzakelijk omdat het aantal besmettingen niet snel genoeg daalt. En omdat, zoals hierboven geschetst, de besmettelijker mutaties uit het Verenigd Koninkrijk (VK), Zuid-Afrika en Brazilië in Nederland zijn. We weten uit de landen om ons heen dat deze mutaties de «gewone» virusvariant zullen gaan domineren. De derde golf komt er, we weten alleen nog niet precies wanneer. We hebben een zo gunstig mogelijke uitgangspositie nodig voor de derde golf. We willen immers, om niet het minste geringste voorbeeld te noemen, het heropenen van het onderwijs niet meer hoeven terugdraaien. Het is dan ook noodzakelijk om de R verder te verlagen. Door de onderzoeken en adviezen van de RIVM Gedragsunit weten we dat, hoewel iedereen zijn best doet, er nog steeds veel winst te behalen is door een betere naleving van de maatregelen. Dat we in het VK met de nieuwe variant toch een verlaging van de R zien, komt doordat mensen de

basisregels beter zijn gaan opvolgen, dit dus alles te maken met gedrag. We zullen daarom aanvullend en ondersteunend iets moeten doen om de naleving te verbeteren. Daarom gaat het kabinet hierop inzetten.

Ik wil voorop stellen dat het merendeel van de bevolking zich terdege bewust is van de ernst van deze crisis en er al heel veel aan doet om de maatregelen na te leven. Onderzoek van het RIVM laat zien dat het draagvlak voor de maatregelen stabiel hoog blijft. Tegelijkertijd lukt het mensen niet altijd om de maatregelen uit te voeren en vol te houden. Zo geven 7 op de 10 mensen aan wel thuis te kunnen werken maar dit niet altijd te doen, komen 3 op de 10 mensen op plekken die te druk zijn om 1,5 meter afstand te houden, en laten 4 op de 10 mensen zich bij nieuwe klachten niet meteen testen. Afhankelijk van de situatie zeggen 6 (bij verkoudheidsklachten) en 3 (na positieve testuitslag) op de 10 mensen niet volledig thuis te zijn gebleven terwijl dat in die situatie wel nadrukkelijk de bedoeling is<sup>18</sup>.

Mede uit verdiepende interviews komen verschillende redenen naar voren waarom het mensen niet altijd lukt om zich aan de regels te houden die ze zelf wel steunen. Het gaat hierbij zowel om kennis en motivatie als om hele praktische redenen. Regels zijn niet altijd en voor iedereen duidelijk of de maatregelen zijn in een (werk, thuis en winkel) situatie niet altijd even goed uitvoerbaar. Ook maken mensen soms een andere afweging vanwege gebrek aan kennis over het nut van de maatregel, het onderschatten van eigen klachten of de negatieve impact op welzijn die zij ervaren.

Om te voorkomen dat de huidige maatregelen veel langer of steeds zwaardere maatregelen met steeds grotere sociaaleconomische impact ingezet moeten worden, wil het kabinet nog meer inzetten op een betere naleving van de maatregelen. Als onderdeel van de aanpak voor betere naleving zet het kabinet in op een samenhangende gedragsstrategie voor gedragsondersteuning met de volgende elementen:

#### *Gedragsondersteuning*

Bij gedragsondersteuning gaat het om zaken zoals:

- Het gewenste gedrag praktisch mogelijk maken  
Denk bijvoorbeeld aan het vergemakkelijken van thuiswerken en quarantaine door praktische, sociale ondersteuning en in sommige gevallen ook de steunpakketten, waarin financiële ondersteuning, in overleg met werkgevers en medeoverheden.
- Aanpassingen in de fysieke omgeving gericht op drukte vermijden, afstand houden en handhygiëne  
Denk hierbij aan het zoveel mogelijk weghalen van obstakels in binnensteden door gemeenten en looprichtingen aangeven zodat mensen meer ruimte hebben om elkaar op afstand te passeren, maar ook aan het aantal stoelen in overleg ruimtes en kantines verminderen door werkgevers en tafels en bureaus veel meer op afstand plaatsen bij organisaties waar thuiswerken geen optie is.
- Het benutten van de sociale omgeving  
Bijvoorbeeld door meer aandacht te geven aan mensen die de gedragsregels goed opvolgen, coaches in te zetten die begeleiding kunnen bieden op plaatsen waar naleving lastig is gebleken en

<sup>18</sup> Mensen die een positieve testuitslag hebben gehad gaan vooral naar buiten voor een frisse neus (18%) of om de hond uit te laten (8%). Maar ook 3% gaat naar buiten om boodschappen te doen en 1% om te werken (bron: Onderzoek Gedragsregels en welbevinden – ronde 9; uitgevoerd door RIVM en de 25 GGD'en – Bron: <https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/maatregelen-welbevinden>).

burgerinitiatieven gericht op sociale ondersteuning aan te moedigen en zo nodig een zetje in de rug te geven.

Deze voorbeelden van gedragsondersteuning kunnen zich direct richten op de burger, maar ook op andere partijen, zoals werkgevers, winkels, buurtnetwerken, vrijetijdsorganisaties en medeoverheden. Uit wetenschappelijk onderzoek rond gedrag en gezondheidsbevordering blijkt dit type interventies, waarbij niet alleen de burger maar ook de omgeving centraal wordt gezet, vaak het meest effectief in het realiseren van duurzame gedragsverandering. Daarbij zetten we versterkt in op communicatie en coaching over de gedragsregels en bestaande protocollen vanuit diverse partijen in de samenleving die dichtbij groepen burgers staan, aangezien dit bijdraagt aan overdracht en acceptatie van de boodschap.

In de afgelopen maanden is hier al de nodige kennis over ontwikkeld, en zijn er in de praktijk ook al diverse mooie voorbeelden ontstaan zoals in Zeist waar een vrouwenvoetbal initiatief «Krachtvrouwen» met elkaar in contact blijft via een serie webinars met interessante sprekers<sup>19</sup>. Of in de uitvaartbranche waarin ingezet wordt op meer oogcontact tijdens afscheidsceremonies nu het fysieke contact risicovol is<sup>20</sup>. Daarnaast hebben we via de recente Behaviour Challenge afgelopen maand een aantal goede voorstellen ontvangen die getoetst worden op effectiviteit en uitvoerbaarheid.

#### *Multidisciplinaire taskforce Gedragsondersteuning & Communicatie*

Het kabinet stelt op korte termijn een multidisciplinaire taskforce met experts in die als taak krijgt om effectieve gedragsondersteuning langs bovengenoemde lijnen door te ontwikkelen en te implementeren in samenwerking met relevante partijen, zoals politie, decentrale overheden, verenigingsleven, retail, bedrijfsleven en burgerfora. Hierbij laat ik ook inventariseren welke interventies, maatregelen of hulpmiddelen gericht op naleving effectief zijn gebleken in andere landen of in eerdere infectieziektenuitbraken die we op dit moment in Nederland nog niet in beeld hebben. De taskforce maakt verbinding met organisaties en mensen die de gedragsondersteuning uitvoeren en ondersteunt waar dat lokaal nodig is.

#### *Testen en Traceren*

##### *Doorontwikkeling teststrategie*

Het testen en traceren blijft belangrijk in de bestrijding van COVID-19 tot het moment dat voldoende mensen gevaccineerd zijn. Tot die tijd zal het test- en traceerbeleid zich verder ontwikkelen en blijft het belangrijk dat alle mensen met klachten zich laten testen. Met het testbeleid streven wij twee doelen na: testen om het virus op te sporen en te bestrijden en testen om de samenleving stapsgewijs te openen. Hieronder licht ik toe welke acties worden ondernomen om deze doelen te realiseren.

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

De kern van het testbeleid is sinds het begin van de uitbraak dat mensen worden getest die het meeste risico op besmetting hebben gelopen en daarmee het virus verder kunnen verspreiden. De basis van het test- en

<sup>19</sup> Bron: <https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/voorbeelden-uit-praktijk/krachtvrouwen-ondersteunen-elkaar>

<sup>20</sup> Bron: <https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/voorbeelden-uit-praktijk/troost-op-afstand>

traceerbeleid blijft dan ook dat mensen met klachten en groepen met een hoog risico op besmetting zich zo snel mogelijk kunnen laten testen. Daar komen binnenkort nieuwe groepen bij, zoals de niet-nauwe contacten uit bron- en contactonderzoek. Daarnaast vullen we het testbeleid aan met risicogericht testen in gebieden en scholen bij hoge infectiedruk.

#### 1a Testen van risicogroepen

In het 96<sup>ste</sup> advies heeft het OMT geadviseerd om de definities van contacten met een besmettingsrisico in het bron- en contactonderzoek opnieuw tegen het licht te houden. In het 97<sup>ste</sup> advies heeft het OMT dit nader uitgewerkt en geadviseerd om het BCO-protocol te intensiveren. Het OMT adviseert de volgende aanpassingen in het BCO-protocol:

- Ten eerste, het OMT adviseert om categorie 2a contacten – de zogenaamde overige nauwe contacten – uit te breiden met personen die cumulatief binnen een periode van 24 uur meer dan 15 minuten binnen 1,5 meter in contact zijn geweest met een persoon (index») in diens besmettelijke periode. Het advies luidt voorts dat deze nauwe contacten zo snel mogelijk dienen te worden getest als zij een bericht krijgen van de GGD of de CoronaMelder en tevens zich op dag 5 van de quarantaine te laten testen. De eerste test heft de quarantaineperiode niet op, de tweede kan dat wel doen wanneer de test negatief blijkt.
- Ten tweede, adviseert het OMT om voortaan personen die met een kortere contactduur dan 15 minuten binnen de 1,5 meter zijn blootgesteld aan een besmettelijke index aan te merken als categorie 3 contact (de zogenaamde niet nauwe contact). Het OMT adviseert dat deze categorie op dag 5 dient te worden getest, zonder dat zij in quarantaine hoeven.

Door eerder en vaker te testen kunnen besmettelijke personen sneller geïdentificeerd en daardoor sneller geïsoleerd worden, waardoor verspreiding naar anderen voorkomen kan worden.

Het advies van het OMT om het BCO te intensiveren zal door het RIVM, in samenwerking met GGD GHOR verder worden uitgewerkt. Zodra RIVM en GGD GHOR dit hebben uitgewerkt, wordt dit ook aangepast in het BCO-protocol van de LCI-richtlijn COVID-19. Deze aanpassingen in het BCO hebben op de korte termijn gevolgen voor de mogelijkheden om in alle gevallen een volledig BCO uit te voeren maar zullen aan de andere kant, samen met de intensivering van het testen van contacten uit het BCO, bijdragen aan het verminderen van het aantal besmettingen.

#### 1b Pilots risicogericht (grootschalige) gebiedstesten

In de Kamerbrief van 12 januari jl. heb ik aangekondigd dat in januari 2021 gestart zal worden met enkele pilots risicogericht (grootschalig) gebiedstesten. Het doel is meer besmettingen op te sporen door op grote schaal proactief te testen, in gebieden waar sprake is van een (structureel) hoge prevalentie van het virus, gecombineerd met het opvolgen met maatregelen. Met deze inzet is de verwachting dat het virus gericht en tijdig kan worden teruggedrongen om verdere verspreiding te voorkomen. In Lansingerland en Rotterdam (Charlois) hebben inmiddels gebiedstesten plaatsgevonden. In Dronten en Bunschoten wordt volgende week gestart met grootschalig testen. Hieronder een nadere toelichting op de voorbereiding en eerste resultaten.

#### *Ad) Uitkomsten Lansingerland*

De grootschalige testcampagne in Lansingerland heeft inzicht geboden in de virusverspreiding in relatie tot de nieuwe variant. Het virus is niet verder door de gemeente verspreid. Bij de uitbraak op de school zijn in eerste instantie alle betrokken gezinnen en leraren getest, daar was de verspreiding hoog. In fase 2 zijn alle betrokken gezinnen van scholen in hetzelfde gebouw getest, daar was de verspreiding beperkt. In de derde fase zijn alle inwoners van de gemeenten uitgenodigd voor een test. De testbereidheid was 63% en dit betekent dat er bijna 40.000 afspraken zijn gemaakt. Uit de eerste analyses blijkt dat het aantal besmettingen in de gemeente vergelijkbaar is met het landelijk gemiddelde. De analyse van de uitkomsten van het onderzoek zijn gedeeld met het OMT ten behoeve van het 98<sup>ste</sup> OMT advies. Deze heb ik op 31 januari middels een brief met uw Kamer gedeeld<sup>21</sup>.

#### *Ad) Rotterdam*

De begeleidingscommissie Grootschalig Risicogericht testen heeft positief geadviseerd om de eerste pilot in Rotterdam plaats te laten vinden. Risicogericht en grootschalig testen in de wijk Charlois is op 26 januari jl. gestart. Op tien locaties in de wijk kunnen inwoners zich zonder afspraak en zonder symptomen laten testen. Daarnaast kunnen de inwoners zich ook laten testen op de XL-testlocatie in Ahoy. Bij de pilot wordt gebruik gemaakt van fijnmazige rioolwatermetingen en clusterdata analyse van de opgespoorde besmettingen. Zo kunnen op wijkniveau, de aanwezigheid van het virus gedetecteerd worden en mogelijke brandhaarden eerder worden herkend. Daarnaast is er veel aandacht voor communicatie, en wordt onderzoek gedaan naar de testbereidheid. De pilot heeft een lastige eerste week gehad. De GGD Rotterdam Rijnmond heeft de locaties in de wijk op 27 en 28 januari in overleg met de veiligheidsregio moeten sluiten vanwege de dreiging van mogelijke rellen. Desalniettemin zijn er in deze eerste week rond de 1500 mensen getest op deze locaties.

#### *Ad) Dronten*

Sinds de Kamerbrief van 12 januari jl. heeft de begeleidingscommissie Grootschalig Risicogericht testen haar tweede advies uitbracht<sup>22</sup>. De commissie is positief over het gepresenteerde plan van aanpak voor de pilot in Dronten en waardeert de onderzoeksmogelijkheden om de testbereidheid en manieren om naleving van isolatie- en quarantainemaatregelen te onderzoeken. In de gemeente Dronten wordt hard gewerkt aan de voorbereiding voor grootschalig testen. Vanaf 8 februari kunnen de inwoners van Dronten van 12 jaar en ouder zich frequent laten testen op meerdere locaties. Met interventies gericht op gedrag worden mensen gestimuleerd om zich bij een positieve testuitslag aan de isolatie- en quarantainemaatregelen te houden. De pilot zal 6 weken lopen.

#### *Ad) Bunschoten*

De voorbereidingen van de pilot in Bunschoten verlopen voorspoedig waarbij het streven is om in de week van 8 februari met de pilot te starten. Het plan is om alle inwoners vanaf 6 jaar, met én zonder corona gerelateerde klachten, via lokale communicatiekanalen op te roepen om zich meerdere keren te laten testen. In aanvulling is er ook een «flexibele locatie», een testbus die gedurende de pilot op verschillende plekken in de gemeente zal staan. Mensen die positief worden getest, kunnen gebruik

<sup>21</sup> Bijlage bij Kamerstuk 25 295, nr. 948

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

maken van het ondersteuningsaanbod van de lokale welzijnsorganisatie «de Boei». Deze welzijnsorganisatie zet zich in om bij positief geteste inwoners onder andere de hulpbehoefte in kaart te brengen en ze praktische ondersteuning te bieden om zich te kunnen houden aan de isolatie- of quarantaineregels. Het doel hiervan is om de mate waarin het virus aanwezig is onder de inwoners te monitoren. Zo kan een beeld gevormd worden van de omvang van de aanwezigheid van het virus in de gemeenschap. Evenals bij de pilots in Rotterdam Charlois en Dronten wordt in de pilot onderzocht hoe we mensen kunnen aanmoedigen om zich, bij een positieve test, aan de isolatie- en quarantainemaatregelen te houden. De eerste resultaten van het onderzoek worden eind maart verwacht.

### 1c Testen in het onderwijs

Met de aanscherping van de RIVM-richtlijnen voor bron- en contactonderzoek wordt het testbeleid uitgebreid. Deze aanpassingen hebben ook invloed op het testen in het primair onderwijs, waaronder ook het speciaal onderwijs, waarover ik uw Kamer in mijn brief van 31 januari jl. heb geïnformeerd. Bij een besmetting op een school worden leraren en leerlingen, die uit BCO-onderzoek van de GGD naar voren komen als nauwe contacten (categorie 2) en overige contacten (categorie 3), geadviseerd om zich zo spoedig mogelijk na een positieve testuitslag en vijf dagen na het laatste contact, te laten testen. Nauwe contacten gaan in quarantaine en kunnen na een test op dag 5 met negatieve testuitslag weer terug naar school.

Als een kind positief wordt getest gaat de hele klas in thuisquarantaine en wordt daarna getest op de 5<sup>e</sup> dag na blootstelling bij de GGD. De kinderen die dan negatief testen kunnen de dag daarna weer naar school. Wanneer een school heeft georganiseerd dat kinderen alleen contact hebben met een deel van de klas door vaste groepen te vormen, kan in overleg met de GGD bekeken worden of een deel van de leerlingen beschouwd kan worden als overige contacten (categorie 3) waarvoor geldt testen op dag 5 na laatste contact en geen quarantaine nodig is. Zij worden in de GGD-teststraat getest met een (LAMP-)PCR-test of een antigeensneltest. De kinderen die op dag 5 negatief testen kunnen de dag daarna weer naar school of naar de opvang. Het wordt dus heel belangrijk dat kinderen met klachten (conform de richtlijnen en handreikingen van het RIVM) thuisblijven en zich laten testen. Zo wordt voorkomen dat de besmettingen worden geïntroduceerd en verspreid, en te vaak hele klassen in quarantaine moeten. Het kabinet is in overleg met de GGD over de uitvoering en zal ook de LCT vragen te adviseren over de verwachte testvraag en het beslag op de testcapaciteit die hieruit voorkomt.

Voor onderwijsmedewerkers met klachten geldt op dit moment dat zij voorrang hebben bij testen en gebruik kunnen maken van de prioriteitsstraten. Het OMT heeft geadviseerd om hier de medewerkers uit de kinderopvang aan toe te voegen en het kabinet heeft dit advies overgenomen. De GGD-en streven ernaar om dit per 8 februari a.s. te implementeren. Hierbij kijken we ook naar de mogelijkheid om leerklachten vaker van sneltesten gebruik te kunnen laten maken, zodat zij bij een negatieve uitslag weer snel voor het onderwijs inzetbaar zijn.

### *Testen om de samenleving te openen (spoor 2)*

In mijn vorige brief gaf ik uw Kamer aan voorbereidingen te treffen om met testen stapsgewijs toegang tot het sociale en economische leven eerder veilig mogelijk te maken. Het gaat hierbij om het testen voor



toegang tot het sociale leven, testen voor veilig werken en testen voor veilig studeren.

### Spoor 2a Testen voor toegang tot het sociale leven

Op grond van een negatieve testuitslag kunnen we mensen na de lockdown sneller mogelijkheden geven om fysiek deel te nemen aan bepaalde culturele, sportieve en sociale evenementen. Het inzetten van toegangstesten is niet zonder meer mogelijk. Allereerst is het van groot belang dat de epidemiologische situatie dusdanig is dat dit ook veilig en verantwoord kan gebeuren. Daarnaast vraagt het inzetten van een testbewijs om een zorgvuldig afgewogen juridisch en ethisch kader. De Gezondheidsraad heeft op 14 januari haar advies «Testbewijzen voor SARS-CoV-2: ethische en juridische voorwaarden» gepubliceerd. De Gezondheidsraad adviseert dat de voordelen en nadelen van de inzet van testbewijzen per voorziening tegen elkaar moeten worden afgewogen om te beoordelen of testbewijzen ethisch en juridisch verantwoord zijn. Voor deze afweging heeft de Gezondheidsraad een kader opgesteld. De voorwaarden in dat kader zijn:

- Testbewijzen moeten noodzakelijk en effectief zijn om de samenleving te heropenen en tegelijkertijd virusverspreiding terug te dringen;
- Testbewijzen moeten de minst ingrijpende maatregel zijn om de doelstelling te bereiken;
- Testbewijzen moeten een proportionele maatregel zijn. Dat wil zeggen dat de gevolgen van het moeten kunnen tonen van een testbewijs in verhouding staan tot het doel dat daarmee wordt nagestreefd;
- Potentiële schadelijke effecten van de maatregel moeten worden geminimaliseerd;
- Iedereen moet gelijke (financiële) toegang hebben tot testmogelijkheden en -bewijzen;
- Het beleid mag niet tot discriminatie leiden;
- Er moet zorgvuldig en in overeenstemming met privacywetgeving worden omgegaan met de (bijzondere) persoonsgegevens van de houder van het testbewijs;
- Het beleid moet vanaf het begin periodiek worden gemonitord en geëvalueerd;
- Het beleid moet helder en begrijpelijk worden uitgelegd aan de bevolking.

De Gezondheidsraad geeft aan dat het afhankelijk is van de context waarin een testbewijs wordt overwogen bepaald of aan alle bovenstaande voorwaarden wordt voldaan. Daarnaast geeft de Gezondheidsraad aan dat de beoordeling of aan deze voorwaarden wordt voldaan bij de overheid ligt. De Gezondheidsraad stelt verder dat testbewijzen aan de ene kant vrijheden kunnen teruggeven maar aan de andere kant vrijheden kunnen beperken. Bijvoorbeeld: In de situatie dat de besmettingsaantallen hoog zijn en er veel beperkende preventieve maatregelen gelden, dan kunnen testbewijzen de mogelijkheid geven om mee vrijheden toe te staan. Echter als de besmettingsaantallen laag zijn en er nagenoeg geen beperkingen gelden dan kunnen testbewijzen juist vrijheden beperken.

Ten slotte adviseert de Gezondheidsraad dat als de overheid besluit het bewijs van een negatieve coronatest in te zetten voor toegang tot bepaalde voorzieningen daarvoor een specifieke (formeel) wettelijke grondslag vereist is als de toegang tot een bepaalde voorziening in het geheel niet mogelijk is zonder negatieve testuitslag. Dat wil zeggen dat er geen redelijk alternatief is, zoals toegang met extra beschermingsmaatregelen voor mensen zonder klachten die zich niet kunnen of willen laten testen. In dergelijke gevallen leidt de toegangsvoorwaarde (tonen van een testbewijs) immers tot een (indirecte) testplicht. Het kabinet zal uw Kamer

naar aanleiding van het advies van de Gezondheidsraad informeren over haar standpunt. Dit gebeurt via de volgende stand van zakenbrief.

Indien wordt besloten tot de inzet van het testbewijs, dan zal dit worden ondersteund door een digitale applicatie. Inmiddels zijn de voorbereidingen voor de bouw van deze applicatie gestart. Bij de ontwikkeling van deze applicatie zal ook, net als bij de ontwikkeling van de Coronamelder app, transparant worden samengewerkt met de tech community Code for NL. Dit betekent dat de community tijdens de ontwikkeling regelmatig tussentijds zal worden geraadpleegd en geïnformeerd. Een community «kick-off» waarin de uitgangspunten van de applicatie centraal stonden heeft inmiddels plaatsgevonden. Overigens wordt ook onderzocht hoe een papieren testbewijs kan worden ingezet.

Om, zodra de epidemiologische situatie en de andere benodigde randvoorwaarden het toelaten, met de inzet van toegangstesten van start te gaan, zijn de Minister van Economische Zaken en Klimaat en ik in gesprek met VNO-NCW en een aantal andere partijen over de opbouw van testcapaciteit voor dit testdoel. Daarbij wordt ook gewerkt aan een ontwerp voor alle benodigde ICT-ondersteuning, met daarbij de nodige aandacht voor privacy en veiligheidsaspecten. VNO-NCW heeft een eerste voorstel gepresenteerd voor het bouwen van een landelijk fijnmazig netwerk van teststraten, verspreid over alle veiligheidsregio's, met een testafnamecapaciteit van in elk geval 175.000 testen per dag. Deze capaciteit wordt stapsgewijze opgebouwd richting 1 mei. Deze week wordt nader overlegd over de opdrachtverlening.

Zoals ik eerder in mijn brief heb vermeld zijn de Fieldlabs pilots voor evenementen inmiddels gepland voor februari. Hierbij zal voorafgaand en na afloop een test bij de deelnemers worden afgenomen.

#### Spoor 2b Testen voor veilig werken

Gezien de huidige epidemiologische situatie blijft het van groot belang om het advies om zoveel mogelijk thuis te werken op te volgen. Dat neemt niet weg dat er bepaalde beroepen zijn waarbij dit gezien de aard van de werkzaamheden niet mogelijk is. Sinds december kunnen werkgevers via bedrijfsartsen en arbodiensten centraal ingekochte sneltesten bestellen om hun werknemers (met klachten) te laten testen. Hiervoor is een toolkit ontwikkeld en gepubliceerd waarin staat aangegeven hoe werkgevers dit op een verantwoorde en veilige manier kunnen doen. Verder is het sinds afgelopen vrijdag 29 februari jl. mogelijk voor arbodiensten en bedrijfsartsen om een vergoeding aan te vragen voor het afnemen van testen conform het huidige testbeleid (testen bij klachten en voor risicogroepen) bij werknemers, waarmee indirect ook werkgevers financieel worden tegemoetgekomen. Ook is de helpdesk live gegaan waar werkgevers en bedrijfsartsen terecht kunnen met al hun vragen. Voor werkgevers en instellingen in de zorg bestaat reeds de mogelijkheid om via het Landelijk Coördinatiepunt Hulpmiddelen (LCH) hulpmiddelen te bestellen. Werkgevers en instellingen kunnen via de LCH gevalideerde sneltesten bestellen. Ik wil graag benadrukken dat testen niet als vervanging van maatregelen kan gelden, maar werkgevers kunnen werknemers wel de gelegenheid bieden om een test te laten afnemen.

Voor de periode ná de lockdown wordt gekeken naar mogelijkheden om meer toegang tot werk in een bepaalde vorm weer meer mogelijk te maken. Met EZK en VNO-NCW wordt gekeken naar manieren om als ondersteuning testen voor veilig werk in te zetten, bijvoorbeeld door frequent te testen. Hier blijven de basismaatregelen zoals afstand houden en handen wassen uiteraard nog wel van kracht.

## Spoor 2c Testen voor veilig studeren

Op 18 januari jl. is de eerste pilot van start gegaan in de regio Groningen, in samenwerking door Rijksuniversiteit Groningen, Hanzehogeschool Groningen en ROC Noorderpoort, waarbij in de eerste fase sneltesten worden afgenomen bij een groep studenten die een tentamen moeten doen. Een negatieve testuitslag geeft dan de mogelijkheid om op locatie het tentamen te doen. Bij een positieve testuitslag kan het tentamen online gemaakt worden, of op een later moment fysiek. Daarnaast zullen de komende weken in nog een aantal regio's pilots op mbo-, hbo- en wo-instellingen starten. Het doel van de pilots is te onderzoeken wat mogelijk is met de toepassing van sneltesten (in combinatie met andere instrumenten, zoals bijvoorbeeld het gebruik van spatschermen of het aanpassen van looproutes) in het hoger onderwijs om stap voor stap meer fysiek onderwijs mogelijk te maken. Over de pilots en de uitkomsten daarvan zal de Minister van OCW uw Kamer binnenkort nader informeren.

### *Testcapaciteit algemeen*

Afgelopen week zijn ca. 29.659 testen per dag afgenomen bij de GGD-testlocaties. In totaal zijn er inclusief de klinische testen ca. 41.000 testen afgenomen. Dit aantal ligt onder de beschikbare testcapaciteit. Ik blijf dan ook iedereen oproepen om zich te laten testen bij klachten. De doorlooptijden van het maken van een afspraak tot het ontvangen van de uitslag blijven onder de 2\*24 uur. De doorlooptijd is licht gestegen ten opzichte van de week daarvoor vanwege het grootschalig testen dat heeft plaatsgevonden in de regio Rotterdam-Rijnmond.

### Roadmap GGD GHOR 3.0

De GGD heeft een nieuwe Roadmap opgeleverd<sup>23</sup>, die inzicht geeft in het aantal en soorten testen die beschikbaar zijn voor de verschillende doelgroepen die getest kunnen worden in de GGD-teststraten. De roadmap laat de ontwikkeling van (zie bijlage) de testcapaciteit van de GGD zien, waarbij in januari op circa 350 locaties in totaal 130.000 testen per dag afgenomen kunnen worden en in maart 175.000 testen per dag.

Vanaf januari worden steeds meer verschillende soorten sneltesten geïmplementeerd in de GGD-teststraten, waaronder de inzet de LAMP-test en de ademtest. Zowel voor de opsporing en bestrijding van het virus als in het stapsgewijs heropenen van de samenleving zien we dat de inzet van deze testen een steeds belangrijkere rol gaan spelen. Een snelle testuitslag maakt duidelijk of iemand wel of niet besmet is en of quarantainemaatregelen opgevolgd moeten worden. De motie van de leden Dijkhoff en Klaver verzoekt het kabinet om op zeer korte termijn op grote schaal sneltesten in te kopen<sup>24</sup>. Hiertoe heb ik Dienst Testen opdracht gegeven. Recent is een laatste aanbesteding afgerond, waarmee ruim voldoende testen beschikbaar zijn om de benodigde testcapaciteit te realiseren. Hiermee heb ik aan deze motie voldaan.

De LAMP-test wordt sinds januari geïmplementeerd in normale GGD-testlocaties en zal vanaf de eerste week in februari ook uitgerold worden in (X)L-paviljoens als eerst inzetbare test. De LAMP-test is een snelle PCR-test waarbij minder tussenstappen moeten worden onderhouden. De uitslag van een LAMP-test wordt na circa 3 uur gegeven, waarmee de doorlooptijden worden verkort. De LAMP-test is zeer nauwkeurig met een sensitiviteit en specificiteit die gelijk staan aan een

<sup>23</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>24</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 552

PCR-test. De LAMP-test kan voor mensen met klachten en mensen zonder klachten worden gebruikt.

Momenteel zijn de ademtesten op drie GGD testlocaties geïmplementeerd. Het is de bedoeling dat deze apparaten op tenminste één testlocatie per GGD-regio beschikbaar komen. Om hier in te kunnen voldoen heb ik Dienst Testen gevraagd om voldoende ademtesten in te kopen. De ademtest toont binnen vijf minuten aan of de uitgeblazen adem geen ademvluchtige organische componenten bevat die kunnen duiden op de aanwezigheid van het coronavirus. De ademtest kan gebruikt worden bij mensen met en zonder klachten als voortest: bij een negatieve uitslag is de ademtest zeer betrouwbaar. Als geen negatieve uitslag gegeven kan worden, is een vervolgtest zoals een PCR-test, antigeen sneltest of LAMP-test nodig.

Op meerdere reeds bestaande GGD-testlocaties en binnen alle GGD-regio's worden antigeen sneltesten gebruikt. Om de fijnmazigheid te verbeteren, wordt geëxperimenteerd met centraal georganiseerde thuisbemonstering, naast de in veel regio's lokaal al georganiseerde thuisbemonsteringsservices. Deze mobiele dienst is beschikbaar voor mensen die niet zelfstandig naar een testlocatie kunnen komen.

Risicogericht (grootschalig) testen zal toenemend worden ingezet bij bijzondere situaties die (tijdelijk) een intensivering van de testinspanning vragen. Om een dergelijke testinspanning te ondersteunen biedt GGD GHOR Nederland via het Landelijk Serviceloket Testen een aantal mobiele testunits en een pool van 800 opgeleide teststraatmedewerkers aan. Ook kan gebruik worden gemaakt van een landelijk callcenter. Om nog fijnmaziger te kunnen opereren wordt de inzet van mobiele units uitgebreid naar 35 in maart 2021.

#### Sequencing

De komst van verschillende nieuwe virusvarianten zoals de Engelse en Zuid-Afrikaanse variant in Nederland brengt de behoefte met zich mee om veel vaker een volledige genoom analyse te doen van de gevonden virussen. Om zicht te houden op circulerende SARS-CoV-2 varianten in Nederland (kiemsurveillance) bepaalt het RIVM wekelijks de sequentie van een aselechte steekproef van monsters uit GGD-teststraten en zorginstellingen. De gegevens van deze analyses worden gebruikt voor RIVM-modellering van de effecten van bijvoorbeeld de VK-variant en dienen als directe input voor het OMT. Daarmee zijn deze gegevens essentieel voor beleid. Bij opvallende observaties in een bepaalde regio wordt de kiemsurveillance lokaal geïntensiveerd.

Er zijn momenteel meerdere (Europese) adviezen over het aantal random geselecteerde monsters per week voor kiemsurveillance. Deze adviezen worden ter harte genomen, waarbij de expertise van het RIVM wordt benut. Daarnaast wordt sequencing ook gebruikt voor andere doeleinden, zoals bij uitbraakonderzoeken en BCO. Om te komen tot een hogere en duurzame capaciteit schaaft het RIVM momenteel op. Daarbij werkt zij samen met Dienst Testen, ErasmusMC en andere laboratoria.

#### *Validaties (snel)testen*

Verschillende bedrijven en onderzoeksinstituten hebben sinds het begin van de pandemie gewerkt aan de ontwikkeling van nieuwe testmethoden. Vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben we sinds het begin van de pandemie verschillende testinnovaties actief ondersteund en gevalideerd. Dit ondersteuningsprogramma heeft geleid

tot een repertoire aan verschillende testmethoden die afhankelijk van de setting betrouwbaar ingezet kunnen worden. Het ondersteuningsprogramma nadert nu haar einde.

Voor de LAMP-test en de ademtest heeft het OMT eerder al bepaald dat de prestaties dusdanig zijn dat de testmethoden breed toepasbaar zijn voor mensen met en zonder klachten. De LAMP-test wordt al op een toenemend aantal plekken gebruikt. Ook met de uitrol van de ademtest in de GGD-teststraten wordt nu gestart, een belangrijke mijlpaal omdat hiermee de eerste test met een weinig invasief karakter beschikbaar komt.

Voor de antigeentesten heb ik u in de vorige stand van zaken brief toegelicht hoe deze testen betrouwbaar gebruikt kunnen worden bij mensen met klachten, bij mensen zonder klachten én bij mensen zonder bekende blootstelling. Validatiestudies naar het gebruik van antigeentesten bij contacten uit BCO en de CoronaMelder bevinden zich momenteel in een afrondende fase. De validatiestudie waarbij antigeentesten gebruikt worden als zelftest bevindt zich ook in de afrondende fase. Na afronding van de validatiestudies zal het OMT de data beoordelen om te komen met een advies over de inzet.

Tenslotte heb ik in mijn laatste stand van zakenbrief aangekondigd dat ik u, naast de ademtest, ook op de hoogte zal houden over andere minder invasieve testmethoden. Recentelijk is een eerste onderzoek verricht naar het gebruik van gorgelen en mondspoelen als monster voor de PCR-test. De resultaten hiervan zijn dusdanig positief dat op korte termijn gestart wordt met een volledige validatiestudie. Zodra hier uitkomsten van bekend zijn zal ik uw Kamer nader informeren.

#### *Bron- en contact onderzoek*

De BCO-capaciteit van de GGD'en en GGD GHOR Nederland is volledig opgeschaald, waardoor er nu ongeveer 7.900 fte klaar staat om bron- en contactonderzoek uit te voeren. De GGD'en kunnen bij ongeveer 4.400 besmettingen per dag elke besmetting opvolgen met regulier BCO of ongeveer 6.400 regulier BCO zonder monitorgesprekken. Op dit moment voeren alle 25 GGD'en regulier BCO uit of regulier BCO zonder monitorgesprekken op dag 5 en dag 10. Ook wordt er, zoals ik u in mijn vorige brief meldde, voortdurend gewerkt aan het efficiënter uitvoeren van het BCO, onder andere door digitale ondersteuning.

#### *Feiten en Cijfers over Testen en Traceren*

**Tabel 1. Feiten en Cijfers over testen en traceren**

<b>Indicator</b>	<b>Week 2</b>	<b>Week 3</b>	<b>Week 4</b>
<b>Omvang</b>			
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen (GGD-testlocaties en klinische testen) <sup>1 2</sup>	379.288 totaal per week 54.184 gemiddeld per dag	342.381 totaal per week 48.913 gemiddeld per dag	287.196 totaal per week 41.028 gemiddeld per dag
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen alleen bij de GGD testlocaties <sup>1</sup>	295.260 testen per week 42.180 gemiddeld per dag	269.024 testen per week 38.432 gemiddeld per dag	207.613 testen per week 29.659 gemiddeld per dag

<b>Indicator</b>	<b>Week 2</b>	<b>Week 3</b>	<b>Week 4</b>
Percentage sneltesten van het totaal aantal afgenomen testen <sup>1</sup> <sub>3</sub>	8,2%	8%	10,4%
Het aantal meldingen positieven en percentage positieve testresultaten <sup>4</sup>	38.776 meldingen bij het RIVM 32.353 positieven uit de GGD-testlocaties 11,0% positieven in GGD-testlocaties	35.635 meldingen bij het RIVM 29.430 positieven uit de GGD-testlocaties 11,0% positieven in GGD-testlocaties	28.628 meldingen bij het RIVM 23.826 positieven uit de GGD-testlocaties 11,4% positieven in GGD-testlocaties
Aantal en percentage opgestarte en afgeronde BCO <sup>4</sup>	91,5% van de contactinventarisaties i.k.v.h. BCO is uitgevoerd, 35.854 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen i.v.m. duur van het BCO.	89,4% van de contactinventarisaties i.k.v.h. BCO is uitgevoerd, 31.645 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen i.v.m. duur van het BCO.	88,2% van de contactinventarisaties i.k.v.h. BCO is uitgevoerd, 25.297 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen i.v.m. duur van het BCO.
Percentage mensen met nieuwe klachten dat bereid is zich te laten testen <sup>5</sup>	50% (meting 4-10 januari)	50% (meting 4-10 januari)	50% (meting 4-10 januari)
<b>Effectiviteit</b>			
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en de testafname <sup>1</sup>	14,1 uur	19,8 uur	16,1 uur
Gemiddelde tijd tussen de testafname en testuitslag <sup>1</sup>	21,3 uur	20,4 uur	17,7 uur
Gemiddelde tijd tussen inplannen testafspraken en testuitslag <sup>1</sup>	35,4 uur	40,2 uur	33,9 uur
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en testuitslag voor prioritair testen (zorgpersoneel en onderwijs via GGD-testlocaties) <sup>1</sup>	24,7 uur	23,5 uur	22,8 uur

<sup>1</sup> Bron: CoronIT en LCDK lab-uitvraag (02/02/2021)

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

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

<sup>4</sup> Bron: Epidemiologische situatie Nederland, RIVM (02/02/2021).

<sup>5</sup> Bron: Trendonderzoek RIVM via <https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/trendonderzoek/naleving-van-en-draagvlak-voor-basis-gedragsregels>

*CoronaMelder*

Naar aanleiding van het 97<sup>e</sup> OMT advies en de opkomst van meer besmettelijke varianten van het coronavirus werkt het RIVM aan een aanpassing in het BCO-protocol van de LCI-richtlijn covid-19. In lijn hiermee heeft ook de Begeleidingscommissie op 19 januari jl. een vijftiende advies uitgebracht (zie bijlage)<sup>25</sup> welke aandacht vraagt voor het mogelijk aanscherpen van parameterinstellingen in CoronaMelder met het oog op het beter en sneller kunnen vinden van besmette personen nu nieuwe virusvarianten hun intrede doen. De instellingen van de app zijn gebaseerd op de LCI-richtlijn. Bij wijziging hiervan zullen ook de instellingen en handelingsperspectieven in de app worden aangepast. Dit met in achtneming van de technische vereisten en haalbaarheid van de aanpassingen. Uiteraard zal ik eveneens Europese ontwikkelingen op dit vlak bij vergelijkbare corona-apps blijven volgen.

Verder is er een pauzefunctionaliteit geïntroduceerd voor alle CoronaMelder gebruikers op Android en iPhone telefoons. Met de pauzefunctionaliteit wordt het mogelijk om de app voor een periode van 1, 2, 4, 8 of 12 uur tijdelijk uit te zetten om in bepaalde situaties onterechte notificaties te voorkomen. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om situaties waarin de gebruiker de telefoon met CoronaMelder tijdelijk niet bij zich draagt maar deze telefoon wel langdurig in de buurt kan zijn van andere telefoons (denk aan kluisjes op school, op het werk of in de sportschool).

In mijn vorige brief<sup>26</sup> heb ik daarnaast met uw Kamer gedeeld dat met een nieuwe update van Apple ook oudere iPhone telefoons ondersteuning zullen bieden voor notificatieapplicaties zoals CoronaMelder. Het realiseren van deze ondersteuning heeft vertraging opgelopen. Op dit moment hebben alleen Zwitserland en Canada een versie van hun app geïntroduceerd die ondersteuning biedt voor oudere telefoonmodellen. Duitsland is voornemens dit binnenkort te doen. Ik zal u informeren zodra CoronaMelder in Nederland voor deze telefoons beschikbaar is.

*GGD Contact*

De GGD GHOR en de GGD'en hebben afgesproken dat de commissie COVID van de DPG Raad het mandaat heeft om maatregelen rond HP Zone te nemen indien dat verantwoord is. Daarbij heeft de DPG Raad besloten om nader te onderzoeken welke alternatieven het meest gewenst zijn. In dit onderzoek spelen techniek, veiligheid en functionaliteit een rol. GGD Contact wordt daarbij meegenomen. GGD Contact bestaat uit een app en een portaal. VWS ondersteunt de GGD bij het uitbouwen en implementeren van het systeem, dat als het voldoet daarna in beheer gaat bij de GGD als opdrachtgever.

GGD Contact versnelt en vereenvoudigt het BCO. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de GGD Contact-app die de besmette persoon kan gebruiken om contactgegevens van nauwe en niet nauwe contacten (conform het BCO-protocol) aan te leveren. Doordat de besmette persoon deze contactgegevens zelf aanlevert, wordt de kans op fouten in gegevensoverdracht kleiner en kan de BCO-medewerker het vervolgproces sneller opstarten. De aangeleverde gegevens komen via een beveiligde sluis bij de BCO-medewerker terecht in een daarvoor gebouwd portaal. Het GGD Contact-portaal wordt de komende weken technisch uitgebouwd tot een

<sup>25</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>26</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 874

totaaloplossing om alle benodigde stappen in het BCO te ondersteunen. Dat betekent vanaf het moment van het binnenkomen van de positieve testuitslag tot aan het ontvangen en nalopen van aangeleverde gegevens en contact leggen met contacten van de besmette persoon. Door deze handelingen te centreren in één ondersteunend portaal wordt gezorgd dat de BCO-medewerker gegevens op één plek kwijt kan. GGD Contact is gebruiksvriendelijker voor de BCO-medewerker en zorgt ervoor dat het BCO-proces efficiënter kan worden uitgevoerd. Bovendien is GGD Contact gebouwd om de bij de huidige epidemie optredende grote volumes gegevens te kunnen verwerken.

Bij de ontwikkeling van GGD Contact is en wordt uitgebreid stilgestaan bij privacy en informatieveiligheid. Daar doe ik geen concessies op. Ook is er specifiek aandacht voor autorisatiebeheer in GGD Contact. Personen krijgen alleen toegang tot dat deel en die informatie van de digitale oplossing die daadwerkelijk nodig zijn voor het werk dat ze doen.

### *Vaccins*

Op 29 januari is het vaccin van AstraZeneca goedgekeurd. Dit is een belangrijke stap, want met dit derde vaccin kunnen we meer Nederlanders vaccineren tegen het coronavirus. Naar schatting zijn nu 375.908 vaccinaties toegediend bij zorgmedewerkers, bewoners van verpleeghuizen en instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking, en thuiswonende 85-plussers. Verschillende zorgmedewerkers in de verpleeghuizen en de directe COVID-zorg in de ziekenhuizen hebben inmiddels ook hun tweede vaccinatie met het vaccin van BioNTech/Pfizer gekregen. Dat zijn belangrijke stappen op weg naar bescherming tegen COVID-19.

Tijdens het plenair debat van 21 januari jl. heb ik met uw Kamer gesproken over de redenen dat Nederland een trager verloop van het vaccinatieprogramma kent dan andere landen. Dit heeft enerzijds te maken met de latere start, anderzijds hebben behoedzame keuzes in het voorraadbeheer geleid tot relatieve achterstand ten opzichte van andere landen. Ik werk op verschillende manieren aan het versnellen van de vaccinatieoperatie. Zoals ik in mijn brief van 20 januari jl. heb toegelicht<sup>27</sup>, doen we dit door het uitstellen van de tweede prik met het vaccin van BioNTech/Pfizer, door minder vaccins op voorraad te houden voor de tweede prik, en door minder spillage aan te houden. Dankzij deze stappen zijn we op 26 januari jl. begonnen met het uitnodigen en vaccineren van de eerste mobiele 90-plussers bij de GGD. Sinds 29 januari jl. krijgen ook de thuiswonende 85-plussers een uitnodiging en vanaf 5 februari ontvangen mensen tussen de 80 en 85 jaar een uitnodiging. Vanaf deze week kunnen de GGD'en tot 230.000 prikken per week zetten.

Vanwege de opkomst van verschillende nieuwe virusvarianten, in het bijzonder de VK-variant, is deze versnelling van extra groot belang. In deze brief zet ik uiteen hoe ik daar aan werk, bijvoorbeeld door het versneld inzetten van de opgebouwde voorraad en niet meer dan de meest minimale voorraad aanhouden. Ik wil benadrukken dat dit leidt tot risico's in de operatie, zoals het moeten afzeggen van afspraken voor de eerste of tweede prik bij een tekort. Ik acht deze risico's echter aanvaardbaar vanwege de te boeken winst: sneller meer mensen kunnen beschermen. Ik verwacht dat we hiermee snel op hetzelfde niveau komen als de landen om ons heen. De belangrijkste factor voor de snelheid blijft echter het aantal vaccins dat geleverd wordt. Hier blijven onzekerheden over bestaan.

---

<sup>27</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 912.



Hieronder ga ik allereerst in op de aankoop van de vaccins door Nederland en de impact die de leveringen en de aanpassingen in het voorraadbeheer hebben op het verder versnellen van de vaccinatieoperatie. Daarmee geef ik invulling aan de toezegging die ik tijdens het debat op 21 januari jl. heb gedaan aan het lid Ploumen (PvdA) over de stappen die ik neem om in een zo kort mogelijke tijd een zo groot mogelijke groep te vaccineren. Daarbij ga ik ook in op het vaccin van AstraZeneca. Het vaccin heeft afgelopen vrijdag de vergunning tot markttoelating van de Europese Commissie gekregen. Deze week zal de Gezondheidsraad zijn advies over de inzet van dit vaccin publiceren.

In deze brief licht ik ook de meest recente ontwikkelingen op het gebied van het dashboard toe. Daarna ga ik in op de publiekscommunicatie en ik sluit af met de internationale ontwikkelingen, de vaccinatieoperatie in de Caribische delen van het Koninkrijk, mede namens de Staatssecretaris van VWS, en het toezicht op de COVID-19 vaccinatie. Daarbij geef ik invulling aan de toezeggingen die ik in het debat van 21 januari jl. heb gedaan. In deze vaccinatieparagraaf doe ik de verzoeken van de vaste commissie VWS af om een schriftelijke reactie inzake de vaccinatiestrategie<sup>28</sup>, en het besluit van het EMA over het prikinterval van het BioNTech/Pfizer-vaccin<sup>29</sup>.

### *Aankoop vaccins door Nederland*

In de afgelopen maanden heb ik uw Kamer zowel via de voortgangsbrieven over vaccinatie, als via separate brieven over de aankoop van vaccins op de hoogte gehouden van ontwikkelingen rond de aankoop van de vaccins en de samenwerking met de Europese Commissie en andere lidstaten. De ontwikkelingen volgen elkaar snel op, en ik blijf er belang aan hechten u steeds te voorzien van de laatste informatie. Zo ook met deze brief.

In deze paragraaf geef ik u allereerst inzicht in het aantal vaccins dat Nederland inmiddels heeft ingekocht onder de verschillende contracten. Zoals u weet koopt Nederland de vaccins gemeenschappelijk in, op basis van op EU-niveau gesloten contracten (*Advanced Purchase Agreements: APA*). Uitgangspunt daarbij is dat de ingekochte volumes in principe over de lidstaten worden verdeeld op basis van een pro-rata-verdeling naar inwoneraantal. Het pro-rata aandeel van Nederland bedraagt 3,89%. Omdat soms ook de landen die deel uitmaken van de *European Space Agency* (ESA) meedoen in de contracten, is ons aandeel soms ook iets kleiner. Niet alle lidstaten willen echter altijd hun pro-rata-deel afnemen. In die gevallen wordt het *surplus* toegekend aan andere landen die hiervoor opteren. De lidstaten zijn verplicht tot afname van het aan hen toegekende aandeel in de verdeling, nadat een positief markttoelatingsbesluit over een vaccin is genomen.

Tot nu toe hebben de EU-lidstaten overeenkomsten gesloten met een zestal producenten (BioNTech/Pfizer, Moderna, AstraZeneca, CureVac, Janssen en Sanofi). Ten aanzien van al deze overeenkomsten (behalve ten aanzien van die met Sanofi), zijn ook al bindende verdelingen over de lidstaten tot stand gekomen. Er lopen nog onderhandelingen over overeenkomsten met Novavax, Valneva, en een drietal andere vaccinontwikkelaars.

De meeste contracten kennen naast een basisdeel, ook een optioneel deel, dat later ingeroepen kan worden. Ten aanzien van BioNTech/Pfizer en Moderna zijn deze optionele onderdelen van het contract al ingeroepen

<sup>28</sup> Van 28 januari 2021

<sup>29</sup> Van 29 januari 2021

(zie kolom «opties» in tabel 1). Voor andere contracten geldt dat deze optionele onderdelen nog niet zijn opengesteld. Hiernaast kan er ook sprake zijn van top-up contracten, in geval de vraag naar een vaccin groter is dan de beschikbare hoeveelheden uit het basiscontract en/of de opties. Voor BioNTech/Pfizer is zo'n top-up-contract zo goed als rond en ten aanzien van Moderna is deze in onderhandeling (zie hierna).

Nederland opteert altijd voor ons pro-rata-deel en in vrijwel alle gevallen ook voor een aandeel in een eventueel surplus. Alleen bij het surplus van het optiecontract van BioNTech/Pfizer, heeft Nederland niet geopteerd voor het surplus. Dat hebben we echter gecompenseerd door het nemen van een aandeel in het top-up-contract BioNTech/Pfizer (zowel pro rata, als surplus). Zoals u in onderstaande tabel kunt zien, heeft Nederland bijna 6,5 miljoen extra vaccins (surplus) afgenomen, die andere lidstaten niet wilden afnemen.

Onderstaande tabel geeft inzicht in de aantallen vaccins die inmiddels bindend aan Nederland zijn toegewezen, en bijna 7 miljoen aan opties.

**Tabel 2. Overzicht van aantallen vaccins die bindend aan Nederland zijn toegewezen**

Contract	EU-totaal	Nederland pro rata	Nederland surplus	Nederland opties	Nederland totaal
BioNTech/ Pfizer hoofdcontract	300.000.000	7.780.000	623.472	3.838.963	12.242.435
BioNTech/ Pfizer top-up	200.000.000	7.258.778	321.628		7.580.406
AstraZeneca	300.000.000	11.670.000			11.670.000
Moderna	160.000.000	3.071.169		3.071.169	6.142.338
Janssen	200.000.000	7.780.000	3.498.002		11.278.000
CureVac	225.000.000	8.752.500	1.975.893		10.728.393
<b>Totaal</b>	<b>1.385.000.000</b>	<b>46.312.447</b>	<b>6.418.995</b>	<b>6.910.132</b>	<b>59.641.572</b>

Hieruit blijkt dat aan Nederland al bijna 60 miljoen doses zijn toegewezen, goed voor 35,5 miljoen gevaccineerde personen (waarbij voor Janssen is gerekend met één dosis per persoon). Inmiddels hebben de vaccins van BioNTech/Pfizer, Moderna en Astra-Zeneca een marktoelatingsvergunning ontvangen. Ik heb er goede hoop op dat CureVac en Janssen snel volgen.

Naast deze toegewezen volumes, moet het volume van Sanofi nog bindend worden toegedeeld, lopen er nog onderhandelingen over een top-up-contract met Moderna, én onderhandelen de lidstaten nog met een vijftal andere vaccinontwikkelaars. Het is niet zeker dat al deze trajecten uiteindelijk ook tot vaccinleveranties aan Nederland gaan leiden. In potentie gaat het hierbij om nog eens ruim 30 miljoen vaccins. Hiermee koopt Nederland naar mijn idee voldoende vaccins in. Alle vaccins waartoe we ons nu juridisch verplichten zijn opgenomen in de tabel verderop in deze brief, waarin we deze uitzetten over de tijd. Die tabel bevat ook de aantallen van de overeenkomsten die nog niet bindend zijn verdeeld over de lidstaten. De totaalaantallen in bovenstaande en in de latere tabel wijken, daarom van elkaar af.

Overigens blijft Nederland in de markt voor vaccins die vroeg in dit jaar beschikbaar komen, omdat deze helpen om zo snel als mogelijk onze bevolking te beschermen. Tegelijkertijd is het van belang op te merken dat in de contracten die we sluiten ook leveringen plaatsvinden in het vierde kwartaal of zelfs in 2022.

Ik acht ook deze aankopen van belang, omdat mogelijk ook in de winterperiode van 21/22 COVID-19-vaccins nodig zijn.

## *Vaccin AstraZeneca*

Op 29 januari jl. heeft de Europese Commissie – na een positief advies van het EMA – een positief markttoelatingsbesluit genomen over het COVID-19-vaccin van AstraZeneca. Het vaccin is goedgekeurd voor mensen vanaf 18 jaar en kent daar een werkzaamheid van 60%. Wel wordt aangegeven dat er nog weinig data bekend zijn om conclusies te trekken over de effectiviteit bij mensen boven de 55 jaar. Op basis van ervaringen met andere vaccins gaan het EMA en het CBG ervan uit dat het vaccin ook in deze groep bescherming biedt. Het vaccin bestaat uit twee doses. De tweede prik moet vanaf 4 tot en met 12 weken na de eerste prik gegeven worden (vanaf 28 dagen tot aan 84 dagen). Indien de vaccins deze week, na controle op de kwaliteit, worden vrijgegeven, dan kan de levering naar verwachting starten mogelijk vanaf 5 februari. Over de inzet van het vaccin zal ik hierna nader ingaan.

Vorige week bent u reeds kort geïnformeerd over de leveringsproblemen die zijn ontstaan rond het vaccin van AstraZeneca. De leveringen zullen dit kwartaal veel lager uitvallen dan eerder gesteld. Het gaat om minder dan de helft van de vaccins die werden verwacht. Het is, ondanks harde woorden hierover in de media over en weer, van belang dat we vertrouwen kunnen blijven houden in onze relatie met het bedrijf. Daartoe is volledige transparantie over de oorzaak van de sterk tegenvallende leveringen van belang. Deze hebben we ondanks veelvuldige gesprekken met AstraZeneca nog altijd niet schriftelijk ontvangen. Ook moet duidelijk worden waarom geen gebruik kan worden gemaakt van productiefaciliteiten die zijn gevestigd in het Verenigd Koninkrijk en of in de EU geproduceerde vaccins niet naar andere markten zijn gevoerd.

De EU heeft daarom besloten tot de inzet van exportlicenties voor de vaccins die vallen onder de zogenaamde *Advanced Purchase Agreements*, die de EU heeft gesloten met een aantal fabrikanten van vaccins. Het is niet de inzet export te verbieden, maar wel om inzicht te krijgen in welke vaccins de EU verlaten. Maar het allerbelangrijkste is dat er duidelijkheid komt over de levering van vaccins in de komende maanden. Hiertoe zijn de EU en AstraZeneca een dialoog gestart die snel tot resultaten moet leiden. Als met uw Kamer gedeeld, verwachten we in februari 675.000 doses van dit vaccin. Nog niet alle leveringen, ook niet die in februari, zijn geheel bevestigd. De cijfers voor maart zijn ook nog niet bevestigd, maar we gaan vooralsnog uit van vergelijkbare aantallen.

## *Overige overeenkomsten*

Eerder deelde ik met uw Kamer dat Moderna een aanbieding heeft gedaan voor de levering van extra vaccins (top-up-contract). Ik heb aangegeven dat aanbod niet goed genoeg te vinden, aangezien levering ervan pas laat in 2021 kon plaatsvinden. Inmiddels heeft Moderna haar aanbod verbeterd. In dit nieuwe aanbod wordt een deel van de vaccins geleverd in het derde kwartaal.

Ik zal daarom nu wel mee doen in dit nieuwe contract. Ik verwacht dat Nederland op basis van deze overeenkomst de beschikking krijgt over een kleine 8 miljoen extra doses van dit vaccin. Ik zal u binnenkort als gebruikelijk over deze aankoop informeren.

Ook de overeenkomsten met Valneva en Novavax naderen hun afronding. Vooral de vooruitzichten ten aanzien Novavax lijken positief. Indien markttoelating tijdig plaats kan vinden, verwacht Novavax de levering in Q2 te kunnen starten. Valneva verwacht niet voor Q4 te kunnen leveren. Zodra dit kan zal ik positief besluiten over aankoop van deze vaccins en zal ik uw Kamer hierover informeren.

In onderstaande tabel heb ik deze mogelijke aankopen al indicatief toegevoegd. Als lidstaten hebben we bij de start van de onderhandelingen met deze bedrijven de intentie uitgesproken om bij een succesvol vaccin, over te gaan tot afname. De vooruitzichten ten aanzien van de vaccins van Janssen, CureVac en Sanofi zijn voornamelijk ongewijzigd.

Tabel 2 geeft inzicht in het aantal vaccins waaraan Nederland zich contractueel heeft verplicht, mits deze vaccins in de EU worden goedgekeurd en wanneer deze waarschijnlijk beschikbaar komen. Deze tabel wijkt af van de aantallen zoals genoemd in de tabel hierboven, die alleen inzicht biedt in het aantal vaccins wat al bindend is toegewezen.

**Tabel 3. Indicatief leveringsoverzicht per kwartaal 2021 (x 1 mln)**

	dec ('20)	Q1 2021	Q2 2021	Q3 2021	Q4 2021	Q1 '22	Totaal
BioNTech/Pfizer	0,2	2,4	7,8	6,8	2,6	0,0	19,8
Moderna	0,0	0,4	1,4	2,3	2,1	0,0	6,2
Moderna top-up	0,0	0,0	0,0	2,7	5,3	0,0	8
AstraZeneca	0,0	1,4	6,8	3,6	0,0	0,0	11,7
CureVac	0,0	0,0	2,3	2,8	2,8	2,8	10,7
Janssen	0,0	0,0	3,0	6,0	2,3	0,0	11,3
Sanofi	0,0	0,0	0,0	0,0	5,8	5,9	11,7
Novavax	0,0	0,0	0,6	1,0	1,2	1,0	3,8
Valneva	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	1,2
Totaal	0,2	4,2	21,9	25,3	22,1	10,9	84,5

Tabel 3 geeft de leveringen van de drie vaccins die reeds zijn goedgekeurd van week 1 tot en met week 13.

**Tabel 4. Indicatief leveringsoverzicht aantallen doses per week (Q1) 2021**

Weeknummer	BioNTech/Pfizer	Moderna	AstraZeneca	Totaal
1	123.825			123.825
2	154.050	13.200		167.250
3	92.430			92.430
4	191.880	19.200		211.080
5	159.120			159.120
6	159.120	38.400	124.468	321.988
7	193.050	141.600	192.069	385.119
8	200.070		358.410	700.080
9	208.260			
10	218.790			
11	218.790			
12	218.790			
13	218.790			

De in deze tabellen gepresenteerde cijfers zijn voor een belangrijk deel inschattingen en verwachtingen op basis van indicaties van de producenten. Zoals bekend zijn deze cijfers aan sterke schommelingen onderhevig en dienen vooral voor planningsdoeleinden.

#### *Versnellen van de vaccinatieoperatie*

Met het oog op de opkomst van verschillende, meer besmettelijke, varianten van het coronavirus, wil ik maximaal inzetten om de vaccinatieoperatie te versnellen waar dat verantwoord kan. In mijn brief van

20 januari jl.<sup>30</sup> heb ik aangegeven dat ik de volgende wijzigingen in de uitgangspunten van de vaccinatieoperatie doorvoer:

- i. Het verlengen van het interval tussen de eerste en tweede dosis van het BioNTech/Pfizer-vaccin van drie naar zes weken;
- ii. Minder vaccins op voorraad houden. In plaats van 100% vaccins op voorraad te houden voor de tweede vaccinatie, rekenen we nu met een voorraad van ongeveer 50% voor het BioNTech/Pfizer-vaccin.
- iii. In de planning wordt uitgegaan van minder spillage. Door te rekenen met een percentage van maximaal 5%, in plaats van 10%, komen meer vaccins beschikbaar.
- iv. Om te komen tot juiste inschattingen van de benodigde vaccins is de vaccinatiegraad waarmee wordt gerekend aangepast. In plaats van 75% wordt dit 85%. Dat is goed nieuws, want dit betekent dat meer mensen zich laten vaccineren dan werd voorzien.

Door deze stappen te zetten in het voorraadbeheer en de planning kunnen we sneller meer mensen een eerste vaccinatie aanbieden. Zo is gestart met het uitnodigen en vaccineren van de groep 90-plussers en wordt inmiddels ook de groep 85-plussers uitgenodigd voor een vaccinatie bij de GGD. Vanaf 5 februari verwacht ik de eerste uitnodigingen voor de groep 80-plussers. In onderstaande paragrafen ga ik in op de stappen die ik verder

#### *Voorraadbeheer*

De aanpassingen aan bovenstaande uitgangspunten verdienen nadere uitleg die hieronder volgt. Ik laat mij bij deze aanpassingen adviseren door het RIVM, het OMT en de Gezondheidsraad. Het RIVM heeft vanaf het begin van de vaccinatieoperatie gebruik gemaakt van ondersteuning van Defensie en logistiek dienstverlener Movianto. Ook wordt het RIVM ondersteund door onder meer Unilever voor wat betreft de logistieke planning. Daarnaast laat het RIVM zich op dit moment adviseren over de logistiek en het planningsproces. Dit gebeurt onder de vlag van de Topsector Logistiek en met betrokkenheid van leden van VNO-NCW (zoals logistieke specialisten uit bedrijven als ASML en Heineken), onder leiding van prof. dr. ir. Jan C. Fransoo, hoogleraar *Operations and Logistics Management* aan Tilburg University en de TU Eindhoven. Op basis hiervan worden voorstellen gedaan voor het mogelijk verbeteren van plannings- en logistieke processen, zowel om bij te dragen aan mogelijke versnellingen op de kortere termijn, alsook om meer en regelmatige scenarioplanning mogelijk te maken voor de middellange termijn. Hierbij is niet alleen het RIVM, maar zijn ook de GGD GHOR Nederland en de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) nauw betrokken.

In het kader van bovengenoemde aangepaste uitgangspunten, vraagt met name de veiligheidsvoorraad de aandacht. We streven een voorraad na die zo klein mogelijk is als verantwoord haalbaar. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de fysieke voorraad (alle voorraad vaccins die bij de logistiek dienstverlener ligt) en de beschikbare voorraad (de voorraad die daadwerkelijk kan worden uitgereden naar priklocaties). Het onderscheid tussen deze bestaat er in dat voorraad die net is aangekomen bij de logistiek dienstverlener niet onmiddellijk kan worden uitgereden, omdat op grond van wettelijke vereisten diverse controlestappen en administratieve handelingen verricht moeten worden. Dit proces kan 2 tot 3 dagen duren. Gedurende die tijd is dit deel van de voorraad geblokkeerd.

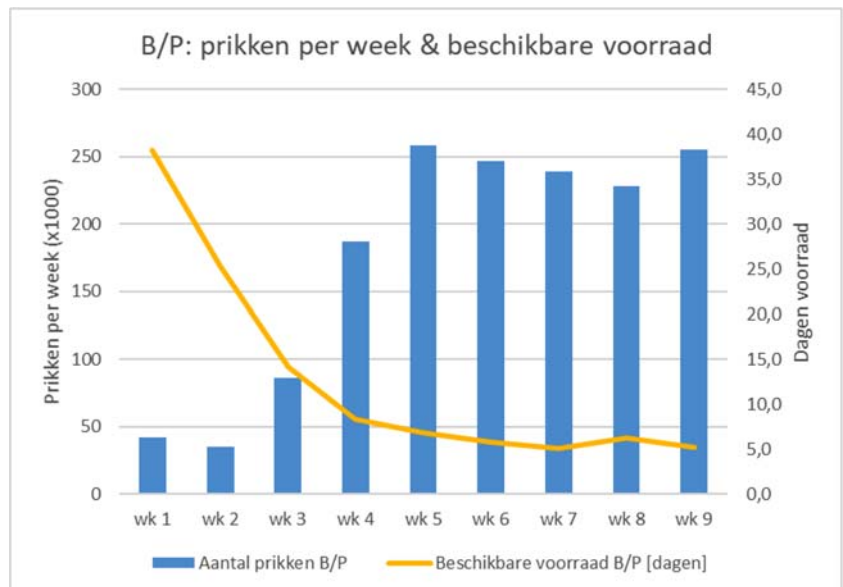
Het is risicovol om voorraad terug te brengen naar nul (d.w.z. alle beschikbare voorraad direct uit te rijden voor vaccinaties). De reden

---

<sup>30</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 912.

hiervoor is dat leveringen van wisselende omvang zijn. Dit betekent dat helemaal geen voorraad aanhouden bij een tegenvallende levering ertoe kan leiden dat afspraken voor 1<sup>e</sup> of zelfs 2<sup>e</sup> prikken verzet moeten worden. Behalve tot logistieke en planningsissues, kan dit leiden tot spillage. Bovendien kan het mogelijk een risico opleveren voor de effectiviteit van de vaccinatie als de tweede vaccinatie buiten het bewezen effectieve prikinterval terecht komt. Met een geringe beschikbare voorraad voorkomen we dit.

Bij het zo beperkt mogelijk houden van de voorraad, gaat het dus om de beschikbare voorraad. De wenselijke omvang van een veilige beschikbare voorraad hangt af van de omvang en de betrouwbaarheid van de leveringen. Hoe groter en wisselender de leveringen zijn, des te groter de beschikbare voorraad moet zijn. Omgekeerd geldt dat als de ervaring leert dat leveringsbetrouwbaarheid groter wordt, de veiligheidsvoorraad omlaag kan. Als het interval tussen eerste en tweede prik erg lang is, is het niet doelmatig een voorraad voor de tweede prik aan te houden. Het RIVM adviseert hierbij over de grootte van de aan te houden beschikbare voorraad. Voor het BioNTech/Pfizer vaccin en het Moderna vaccin streven we naar een veilige beschikbare voorraad die op elk moment genoeg is om minimaal 5 dagen te kunnen prikken. Daarmee bestaat het risico dat afspraken moeten worden afgezegd voor de tweede prik, of bestaat het risico dat deze gegeven wordt buiten het bewezen effectieve interval. Dit risico wordt genomen gelet op het belang van het zo snel mogelijk kunnen vaccineren van zoveel mogelijk mensen. Voor het AstraZeneca-vaccin houden we er, in afwachting van het advies van de Gezondheidsraad, rekening mee dat het prikinterval tussen de eerste en tweede vaccinatie aanzienlijk langer zal zijn dan dat van het BioNTech/Pfizer-vaccin en het Moderna-vaccin. Vanwege dit lange prikinterval gaan we er vooralsnog vanuit dat we voor het AstraZeneca vaccin geen voorraad zullen aanhouden.



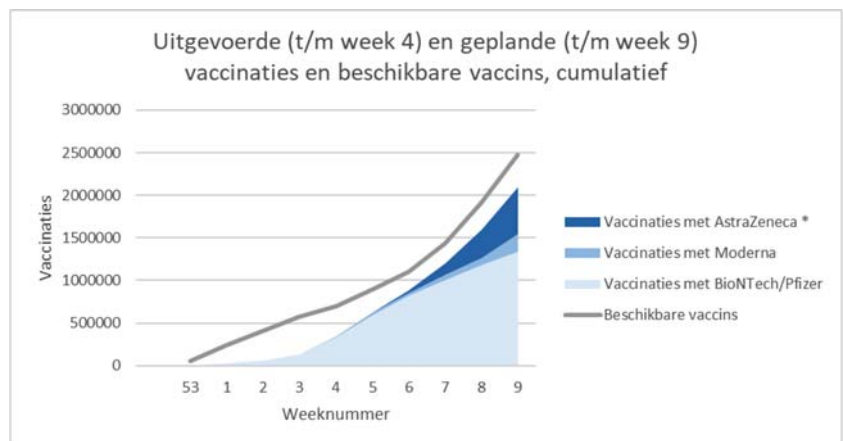
Figuur 1. BioNTech/Pfizer voorraad uitgedrukt in prikdagen en aantallen prikken per dag.

In figuur 1 is weergegeven hoe de voorraad BioNTech/Pfizer, uitgedrukt in termen van voor hoeveel dagen prikken er voorraad is, verandert in de tijd. De balken geven het aantal gezette (t/m week 4) en geplande vaccinaties met het BioNTech/Pfizer vaccin per week weer. De lijn geeft de beschikbare voorraad weer. Zoals hierboven aangegeven streven we voor

het BioNTech/Pfizer vaccin een beschikbare voorraad van minimaal 5 prikdagen na. De wijziging van het voorraadbeheer die afgelopen week is doorgevoerd, is duidelijk terug te zien in deze figuur. Omdat de leveringsschema's voor Q2 nog door de fabrikant afgegeven moeten worden, wordt de inplanning van uitleveringen pas gedaan nadat deze beschikbaar komt de komende weken.

### Gevolgen voor de snelheid van prikken

De gevolgen van het aangepaste beleid, in termen van de toename van de snelheid van vaccineren, staan weergegeven in figuur 2. De grijze lijn geeft het cumulatieve aantal geleverde (t/m week 4) en verwachte doses vaccins weer (BioNTech/Pfizer, Moderna en AstraZeneca), op basis van de laatste leveringsschema's en gecorrigeerd voor 5% spillage. De drie vlakken geven de cumulatieve gezette (t/m week 4) en geplande vaccinaties weer (van de drie goedgekeurde vaccins). De figuur laat zien dat de komende weken het aantal gezette prikken steeds dichter toegroeit naar het aantal geleverde vaccins. De snelheid van prikken groeit dus sneller dan de snelheid van levering, als gevolg van bovengenoemde maatregelen.



Figuur 2. Aantal vaccinaties per week afgezet tegen het aantal geleverde vaccins

\* Het eerste leveringsmoment van het AstraZeneca vaccin is onzeker

Deze figuren zullen voorlopig ook op het Coronadashboard getoond worden en krijgen wekelijks een update.

Uw commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft mij, naar aanleiding van een bericht in het NRC van 28 januari jl. waarin is aangegeven dat tot nu toe 750.000 vaccins zijn binnengekomen waarvan er nauwelijks 185.000 zijn gezet, gevraagd mijn uitspraak dat alle doses in Nederland in een bovenarm zitten of zijn ingepland toe te lichten, en aan te geven wat dit betekent voor de vaccinatiestrategie (28 januari 2021). Alle tot nu toe binnengekomen vaccins zijn toegediend dan wel ingepland voor eerste of tweede vaccinatie. Er is dus geen beschikbare voorraad waarvan nog niet vaststaat voor wie of welke groepen die bestemd is, bovenop de veiligheidsvoorraad. Hier geldt dat de omvang van de voorraad op dit moment weliswaar snel kleiner wordt maar nog wel groter dan wenselijk is en dus het aandeel *in de agenda* nog te groot is vergeleken met het aandeel *in de bovenarm*. Daarom heb ik eerdergenoemde maatregelen getroffen om het voorraadbeheer minder conservatief te maken, en daarmee meer mensen sneller gevaccineerd te laten worden. Hiermee kom ik tegemoet aan bovengenoemd verzoek om toelichting.

Eén van de uitgangspunten die vorige week gewijzigd is, is het prikinterval tussen de eerste en tweede vaccinatie van BioNTech/Pfizer. Het Europees Geneesmiddelenagentschap (EMA) heeft op 28 januari jl. de productinformatie van het BioNTech/Pfizer vaccin aangepast om zijn positie over het interval tussen de eerste en tweede dosis te verhelderen. Ik begrijp dat deze wijziging geen basis heeft in nieuwe feiten of onderzoeken. In de productinformatie van het vaccin van BioNTech/Pfizer en het Moderna-vaccin werden verschillende bewoordingen gebruikt en dit leidde tot verwarring. Voor het BioNTech/Pfizer-vaccin werd geadviseerd om de tweede prik na *tenminste* drie weken te geven, maar er werd geen maximale termijn genoemd. Voor het Moderna-vaccin wordt geadviseerd de tweede prik 28 dagen na de eerste dosis te geven. Het type bewoording in de productinformatie van het vaccin van BioNTech/Pfizer is nu gelijkgetrokken aan die van het Moderna vaccin: het wordt aanbevolen de 2<sup>e</sup> dosis van het Pfizer vaccin *na* drie weken na de eerste dosis te geven. In de productinformatie van het BioNTech/Pfizer-vaccin was al vermeld dat in de klinische studies de tweede prik tussen de 19 en 42 dagen na de eerste prik was gegeven. De meeste deelnemers ontvingen de tweede prik tussen 19 en 23 dagen.

Vanwege deze verandering in de productinformatie van het BioNTech/Pfizer-vaccin heb ik Gezondheidsraad gevraagd mij met spoed te adviseren te adviseren of deze aanpassing gevolgen zou moeten hebben voor het vaccinatieschema, en zo ja welke. In de betreffende spoedaanvraag heb ik de Gezondheidsraad tevens gevraagd zijn visie te geven op de keuze van verschillende landen om ons heen ten aanzien van uitstel van de tweede vaccinatie. Hiermee kom ik tegemoet aan het verzoek van de vaste commissie voor VWS te reageren op het besluit van het EMA over het prikinterval (29 januari 2021). Voor het Moderna-vaccin houd ik vooralsnog een interval van vier weken aan. Voor het vaccin van AstraZeneca houd ik, tenzij de Gezondheidsraad anders adviseert, een interval van 10 weken aan.

#### *Inzet AstraZeneca*

De Gezondheidsraad zal deze week zijn advies publiceren over de inzet van het AstraZeneca-vaccin en eventuele contra-indicaties. In mijn adviesaanvraag heb ik specifiek aandacht gevraagd voor de leeftijdsgroep 60–70 jarigen. In mijn brief van 12 januari jl.<sup>31</sup> heb ik namelijk aangegeven dat ik het vaccineren van de groep 60-plussers wil versnellen en dat ik daarom overweeg om ook het AstraZeneca beschikbaar te stellen voor deze groep. Dat zou betekenen dat zij minder lang hoeven te wachten op een vaccin. In dit kader heb ik de Gezondheidsraad gevraagd te bezien wat de meest effectieve strategie is om ziektelast te beperken in deze groep, gegeven de effectiviteit van het AstraZeneca-vaccin en de vaccinatiesnelheid. Het RIVM is gevraagd om de gezondheidswinst van de inzet van het AstraZeneca-vaccin versus het BioNTech-Pfizer/Moderna-vaccin te modelleren. Tot slot heb ik de Gezondheidsraad aanvullende vragen gesteld over de nadere invulling van de doelgroep 18–60-jarigen met een medische indicatie.

Hoewel ik op dit moment nog niet beschik over het advies van de Gezondheidsraad over AstraZeneca-vaccin, acht ik het wenselijk op basis van de nu beschikbare informatie een aantal scenario's voor de inzet van dit vaccin te schetsen.

<sup>31</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 874



Er zijn verschillende scenario's voor de inzet van het AstraZeneca-vaccin mogelijk, rekening houdend met de lagere leveringen in de komende weken. Hieronder licht ik drie scenario's toe, die ook zijn bekeken door het RIVM. Ook variaties op deze scenario's, die op deze drie «hoofdscenario's» zijn terug te voeren, zijn de revue gepasseerd.

- i. AstraZeneca vanaf medio februari inzetten voor zorgmedewerkers  
In dit scenario krijgen 60-plussers een mRNA-vaccin, vanwege de hoge werkzaamheid voor deze doelgroep. Dit scenario is in lijn met de eerdere adviezen van de Gezondheidsraad waarin is aangegeven dat de groep 60-plussers zoveel mogelijk met de beschikbare mRNA vaccins gevaccineerd dient te worden. De vaccins van AstraZeneca worden, zoals eerder aan uw Kamer gecommuniceerd, gereserveerd voor de zorgmedewerkers uit het resterende deel verpleeghuiszorg, gehandicaptenzorg, wijkverpleging en Wmo-ondersteuning<sup>32</sup>, de bewoners en medewerkers van instellingen in de intramurale GGZ, en daarna de 18–60 jarigen met een medische indicatie. Het voordeel van dit scenario is dat zorgmedewerkers die met de meest kwetsbare groepen werken zo spoedig mogelijk wordt gevaccineerd. Bovendien wordt de continuïteit van zorg ondersteund, die reeds onder druk staat door een hoog ziekteverzuim en door opkomst van onder andere de VK-variant en naar verwachting verder onder druk komt te staan. De Gezondheidsraad heeft eerder in zijn advies van 24 december jl. ook aangegeven dat het AstraZeneca-vaccin gebruikt kan worden voor zorgmedewerkers buiten de acute zorg, ten behoeve van de zorgcontinuïteit. Een nadeel van dit scenario is dat, vanwege de verwachte leveringen van BioNTech/Pfizer en Moderna, het langer duurt voordat de groep jongste ouderen (60–65 jarigen) een vaccin krijgt aangeboden omdat zij moeten wachten op een mRNA-vaccin.
- ii. Scenario 2: AstraZeneca vanaf medio februari prioritair inzetten voor de groep 60–65 jarigen (circa 1.117.798 mensen<sup>33</sup>).  
In dit scenario wordt het vaccin AstraZeneca prioritair ingezet voor de 60–65 jarigen. Deze leeftijdsgrens is vastgesteld op basis van de ons beschikbare informatie over de werkzaamheid van het vaccin. Boven 65 jaar is weinig bekend over de effectiviteit van dit vaccin. Voordeel van dit scenario is dat op basis van de huidige leveringsschema's deze hele groep naar verwachting eind maart een eerste vaccinatie heeft ontvangen. Natuurlijk is dit afhankelijk van de daadwerkelijke leveringen. De verwachting is dat deze groep sneller gevaccineerd kan worden dan wanneer zij moet wachten op beschikbaarheid van de mRNA-vaccins. Het inzetten van AstraZeneca-vaccins voor de doelgroep 60–65 jarigen draagt daarmee bij aan het sneller beschermen van de totale groep 60-plussers en het verminderen van het aantal ziekenhuisopnames. De ziektelast gaat immers vanaf 60 jaar omhoog. Gezien de ontwikkelingen rond de verschillende varianten van het virus, met een mogelijke forse toename in het aantal besmettingen als gevolg van de Britse variant in februari/maart, is het snel kunnen beschermen van deze groep van belang. Ook voldoet dit scenario aan de eerdere adviezen van de Gezondheidsraad om de 60-plussers met voorrang te vaccineren en te beschermen. Volgens berekeningen van het RIVM zou het snel vaccineren van deze groep al deze maand kunnen leiden tot een daling in het aantal ziekenhuisopnames. Een nadeel van dit scenario is dat – gegeven de verminderde leveringen van AstraZeneca – dit betekent dat de vaccinatie van de

<sup>32</sup> Zie <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-vaccinatie/volgorde-van-vaccinatie-tegen-het-coronavirus/volgorde-vaccinatie-zorgmedewerkers>

<sup>33</sup> Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS statline: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/37325/table?dl=31B4F&ts=1605783108679>)

zorgmedewerkers uit het resterende deel verpleeghuiszorg, gehandicaptenzorg, wijkverpleging en Wmo-ondersteuning pas eind maart kan starten. Ook de groep bewoners en medewerkers van instellingen in de intramurale GGZ en 18–60 jarigen met een medische indicatie ontvangen in dit scenario pas later een vaccinatie.

iii. Scenario 3: AstraZeneca vanaf medio februari parallel inzetten voor diverse groepen

In dit scenario wordt parallel gestart met het vaccineren van enkele groepen. Het gaat hierbij om de 60–65 jarigen, die met voorrang worden gevaccineerd vanwege de redenen die onder scenario 2 zijn genoemd en de resterende groepen zorgmedewerkers uit de verpleeghuiszorg, de gehandicaptenzorg, wijkverpleging en Wmo-ondersteuning. Dat geldt ook voor de intramurale GGZ-cliënten en hun medewerkers. Daarna wordt gestart met de doelgroep 18–60 jarigen met een medische indicatie. Voordeel van dit scenario is dat het vaccineren bij meer groepen tegelijkertijd kan starten. Nadeel is dat de afronding van alle afzonderlijke groepen gemiddeld aanzienlijk langer zal duren. Ook geldt in dit scenario voor de groep 18–60 jarigen met een medische indicatie dat zij later starten. Vanwege de onzekerheden in de leveringen van AstraZeneca zal tussen de groepen een verdeling gemaakt moeten worden (naar rato, of anders).

De onzekerheid over de leveringen van het AstraZeneca-vaccin betekent dat elk scenario ook beperkingen met zich meebrengt. Hoe meer groepen tegelijk worden gevaccineerd, hoe langer dit zal duren voor dat iedereen gevaccineerd is. Wel is het zo dat bij het vaccin van AstraZeneca een lange prikinterval tussen de eerste en tweede vaccinatie kan worden aangehouden (zoals eerder gesteld, gaan we vooralsnog uit van 10 weken).

Ik wil het advies van de Gezondheidsraad afwachten voordat ik een definitief besluit neem over het te kiezen scenario. Daarbij wil ik zo dicht mogelijk blijven bij de vaccinatiestrategie zoals door het kabinet vastgesteld. Het advies van de Gezondheidsraad brengt naar verwachting nog diverse uitvoeringsvraagstukken met zich mee, die het RIVM momenteel met verschillende uitvoeringspartijen onderzoekt. Alles afwegend zal ik zo spoedig mogelijk na publicatie van het advies van de Gezondheidsraad een besluit nemen over de inzet van dit vaccin. Dan kan ik ook invulling geven aan de motie van de leden Sazias en Van Otterlo (50PLUS) die verzocht heeft om alle vaccins die nog goedgekeurd moeten worden en die in gelijke mate geschikt blijken voor ouderen ook binnen deze groep in te zetten<sup>34</sup>.

Eerder heb ik gemeld dat ik in aanloop naar de lente een eerste vaccin aangeboden wil hebben aan de meest kwetsbare mensen en mensen die voor hen zorgen. We zetten alles op alles om deze groep zo snel mogelijk te beschermen. Mijn definitieve besluit over de inzet van het AstraZeneca-vaccin zie ik ook in dat licht. Ik zal u zo spoedig mogelijk na het verschijnen van het advies van de Gezondheidsraad informeren over dit besluit. Daarmee kom ik tegemoet aan mijn toezegging aan het lid Wilders (PVV) tijdens het plenair debat van 21 januari jl. om aan te geven waar we staan aan het eind van het eerste kwartaal. Daarbij wil ik nogmaals benadrukken dat de beschikbaarheid en leveringen van vaccins de belangrijkste beperkende factor is. In de brief die ik hiermee aankondig, zal ik ook een nieuwe versie meesturen van de visuele weergave van de vaccinatiestrategie, zoals eerder met uw Kamer gedeeld (d.d. 12 januari 2021).

<sup>34</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 865

*Vaccinatie van bewoners van verpleeghuizen en instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking*

Op basis van de adviezen van de Gezondheidsraad vaccineren we als eerste de meest kwetsbare mensen en de zorgmedewerkers die voor hen zorgen. Op 18 januari jl. is daarom met de inzet van alle partijen vervoegd gestart met het vaccineren van de meest kwetsbare mensen met het vaccin van BioNTech/Pfizer. Het gaat om bewoners van verpleeghuizen en om bewoners van instellingen voor gehandicaptenzorg, waar de specialist ouderengeneeskunde dan wel de arts verstandelijk gehandicapten de primaire medische verantwoordelijkheid draagt. Dit zijn vaak – maar niet uitsluitend – grotere instellingen. Inmiddels hebben ruim 140.000 mensen hun eerste vaccinatie langs deze route gekregen óf krijgen ze deze de komende week.

Ik ben blij met het harde werk van alle betrokkenen. Aangezien het vaccinatieproces aan strikte vervoerseisen en een nauwkeurige voorbereiding moet voldoen, is de hulp ingeroepen van apothekers: bij de vervroegde start waren dat de ziekenhuisapothekers, vervolgens ook de openbare apothekers. Dit betekent dat de zorginstelling haar eigen apotheek kan invoeren voor ondersteuning bij vervoer, ompakken en voorbereiden van het vaccin. Ik dank de apothekers dat ze op zeer korte termijn hun hulp hebben aangeboden. De vervroegde start is goed verlopen en ondertussen worden in een goed georganiseerd proces bij veel zorginstellingen prikken gezet.

Het verlengen van het prikinterval voor BioNTech/Pfizer heeft beperkte invloed op de genoemde groep. Voor de groep cliënten in de twaalf instellingen die in de week van 18 januari jl. begonnen zijn met vaccineren, is reeds een tweede afspraak gepland. Deze cliënten krijgen hun tweede vaccinatie na drie weken toegediend. De groep cliënten van verpleeghuizen en instellingen voor gehandicaptenzorg die op of na 25 januari jl. hun eerste vaccinatie ontvangen, krijgt hun tweede vaccinatie na vier weken (28 dagen) toegediend. Dit is een week later dan de eerder geplande termijn van drie weken. We verlengen de toediening van de tweede vaccinatie niet naar de maximale termijn van zes weken voor deze groep. Dit doen we om te voorkomen dat de groep kwetsbare cliënten te lang moet wachten tot ze door een tweede vaccinatie maximaal beschermd zijn.

Op 25 januari jl. is ook een start gemaakt met een tweede traject, namelijk het vaccineren van de cliënten die in een (meestal kleinschalige) instelling wonen en onder de verantwoordelijkheid van de huisarts vallen. Deze cliënten krijgen het Moderna-vaccin toegediend. Aangezien deze bewoners vaak nog dezelfde huisarts hebben als toen ze nog zelfstandig woonden, komt het voor dat verschillende huisartsen actief zijn in dezelfde instelling. Mede daarom en omwille van een goede logistiek zijn de huisartsenposten (HAP's) ingeschakeld om deze groep bewoners te vaccineren. Moderna is immers een vaccin dat moeilijk vervoerbaar is. De HAP zorgt er met mobiele teams voor dat de vaccins naar de instellingen wordt vervoerd en dat de cliënten op locatie worden gevaccineerd. In de eerste week is gestart in Deventer, Twente en Zoetermeer. Deze week wordt dit vervolgd via de volgende huisartsenposten: Midden-Holland, Huisartsen Utrechtse stad, Huisartsenorganisatie Noord-Kennemerland, Nucleus Zorg Zeeuws-Vlaanderen en Zeeuwse Huisartsencoöperatie. In totaal zullen naar verwachting circa 77.000 bewoners via deze weg gevaccineerd worden.

Vorige week is er de nodige aandacht geweest voor de vaccinatie van mensen in verpleeghuizen waar zowel bewoners wonen die onder de medische verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde vallen en het BioNTech/Pfizer vaccins krijgen als bewoners die onder de medische verantwoordelijkheid van de huisarts vallen en het Moderna-vaccin krijgen aangeboden, waarbij de huisartsenposten zijn ingeschakeld. Dat is vaak historisch zo gegroeid en vraagt om een goede samenwerking tussen de twee beroepsgroepen en dat zien we ook in de praktijk.

Voor beiden groepen gaat het om bewoners met een Wlz-indicatie. Dit sluit aan bij het uitgangspunt dat – gegeven de schaarste van vaccins en de afhankelijkheid van daadwerkelijke leveringen – de meest kwetsbare cliënten als eerste gevaccineerd worden. Daarnaast zijn er ook ouderen die in een verpleeghuis wonen maar *geen* Wlz-indicatie hebben. Zij hebben vaak nog hun vertrouwde huisarts uit de periode dat ze (in een andere wijk) zelfstandig woonden.

Door de verscheidenheid aan woonsituaties, is het in sommige situaties moeilijk een scheidslijn aan te houden welke cliënt onder welk deel van vaccinatie-operatie valt. Dit heeft op sommige locaties voor onduidelikheden en verwarring gezorgd. Zo is ten onrechte het beeld ontstaan dat bewoners van verpleeghuizen op volgorde van hun leeftijd worden gevaccineerd. Dat is niet juist. Dit is alleen het geval bij thuiswonende 60-plussers. Gelet op deze signalen heb ik de afgelopen week veelvuldig overleg gehad met het RIVM, de beroepsverenigingen en de koepels van zorgorganisaties. Dit heeft ertoe geleid dat het RIVM de uitvoerende partijen het volgende heeft laten weten. In een instelling waar de primaire verantwoordelijkheid ligt bij de specialist ouderengeneeskunde kunnen ook de bewoners die onder de verantwoordelijkheid van de huisarts vallen gelijktijdig worden «meegeprikt» en dat gebeurt ook al geregeld. Dat geldt zeker ook voor de omgekeerde situatie waar huisartsen de primaire verantwoordelijkheid hebben en waarbij de uitvoering via de huisartsenposten nu op gang komt. In beide gevallen is ook mogelijk dat bewoners van (kleinschalige) verpleeghuizen die geen Wlz-indicatie hebben in dezelfde ronde als hun medebewoners met een Wlz-indicatie gevaccineerd kunnen worden.

Deze laatste groep – dus bewoners zonder Wlz indicatie – woont samen met bewoners die wel een Wlz-indicatie hebben en gebruik maken van de zorg- en/of welzijnsfaciliteiten van het verpleeghuis. De bewoners wonen er permanent; het betreft bijvoorbeeld ouderen die er wonen via partneropname. Deze bewoners kunnen dus via de instelling «meegeprikt» worden en dat gebeurt dus niet op leeftijd, maar tegelijkertijd met de andere bewoners. Ze krijgen ook een uitnodiging van de GGD om daar geprikt te worden. Het staat deze bewoners en hun familie vrij om de vaccinatieroute te kiezen die zij het meest wenselijk vinden. Bewoners die *niet* in deze groep vallen zijn bewoners die in een aanleunwoning wonen, met een zelfstandig/eigen direct toegankelijke voordeur. Deze bewoners worden opgeroepen door de GGD en/of gevaccineerd door de eigen huisarts als ze niet-mobiel zijn. Dit gebeurt wel op leeftijd, van oud naar jong.

Deze aanvullende afspraken bevorderen een praktische uitvoering van de vaccinatiestrategie, die bovendien verantwoord is, zo heeft de IGJ ook laten weten. Belangrijk is hierbij dat dit afstemming en maatwerk betreft en rekening wordt gehouden met het feit dat leveringen schaars en onzeker blijven.

### *Start vaccinatie thuiswonende ouderen ouder dan 90 jaar en ouder dan 85 jaar*

De vaccinatie van de groep (kwetsbare) ouderen met het BioNTech/Pfizer-vaccin is vanaf 26 januari jl. uitgebreid met de uitnodiging en vaccinatie van de eerste groep thuiswonende mensen ouder dan 90 jaar. Een deel van deze groep van ruim 90.000 mensen wordt gevaccineerd op de centrale locaties van de GGD'en. Dit betreft de groep die voldoende mobiel is om naar een GGD-locatie te komen.

Huisartsen selecteren deze groep mensen en zorgen ervoor dat zij uitgenodigd worden. Zij moeten vervolgens zelf een afspraak maken via het landelijke GGD-callcenter. Om te realiseren dat ouderen naar de GGD-locatie kunnen komen, worden – zoals beschreven in de vorige Kamerbrief – diverse vormen van hulp aangeboden. In de praktijk blijkt dat het vrijwel alle ouderen lukt om met deze hulp naar de GGD-locatie te komen. Thuiswonende 90-plussers die niet worden uitgenodigd om naar de GGD-locatie te komen, krijgen op een later moment een uitnodiging van de huisarts voor vaccinatie met het Moderna-vaccin.

Voor de groep 85–90 jarigen zijn uitnodigingen verstuurd in de periode eind vorige week tot en met begin deze week. De groep 80–85 jaar volgt, zoals eerder in deze brief is aangegeven, vanaf 5 februari.

### Voortgang vaccinatie huisartsen en zorgverlenende medewerkers in de huisartsenspoedzorg

Over de vaccinatie van de huisartsen en bijbehorende zorgverlenende medewerkers in de COVID-spoedzorg heeft de LHV logistieke afspraken gemaakt met het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ). Sinds 22 januari jl. zijn deze vaccinaties gestart in 12 aangewezen ziekenhuizen verdeeld over de ROAZ-regio's. Hiervoor zijn 6000 doses van het Moderna-vaccin beschikbaar. Vervolgens moet een volgende levering van het Moderna-vaccin worden afgewacht. Naar verwachting zal de rest van de in totaal 15.000 huisartsen en medewerkers betrokken bij de directe COVID-spoedzorg kort na 3 februari worden gevaccineerd.

De overige 23.000 zorgverlenende medewerkers in de huisartsenpraktijk worden met het vaccin van AstraZeneca gevaccineerd vanaf het moment dat huisartsen hun doelgroepen daar zelf mee gaan vaccineren.

### Uitbreiding vaccinatielocaties

Op dit moment zijn de 25 vaccinatielocaties van de GGD'en operationeel. Gezamenlijk hebben zij de afgelopen week een prikcapaciteit gehad van 100.000 vaccinaties per week. De prikcapaciteit van deze week bedraagt 230.000. De GGD'en bouwen het aantal locaties uit. In april zullen zo'n 100 locaties van verschillende grootte zijn opgezet. Daarmee is reeds voorzien dat deze locaties in april in ieder geval 450.000 vaccinaties per week kunnen toedienen, en vanaf juni 700.000 vaccinaties per week.

In het tweede kwartaal bestaat de mogelijkheid dat er circa 21,9 miljoen vaccins beschikbaar zijn. In dat geval is het noodzakelijk per week tussen de 1,5 en 2 miljoen vaccinaties te kunnen zetten en soms zelfs meer als de vaccins ongelijkmatig binnenkomen. Zowel huisartsen als de GGD'en hebben aangegeven in het tweede kwartaal ruim op te kunnen schalen. De LHV geeft aan dat huisartsen twee weken voorbereidingstijd nodig hebben om, indien nodig, 2,5 miljoen vaccinaties per week te kunnen toedienen. Daarbij moeten wel een aantal randvoorwaarden op orde zijn. Mocht de capaciteit van GGD'en en huisartsen nog niet voldoende zijn,

dan ligt er nog het aanbod van de ziekenhuizen om capaciteit in te zetten. Dit geeft mij vertrouwen dat in het geval dat nodig is voldoende capaciteit ingezet kan worden.

In het debat van 21 januari jl. is verwezen naar de werkwijze in het Verenigd Koninkrijk waar 24 uur per dag wordt gevaccineerd. Ik heb toen aangegeven dat ik voorstander ben van 24 uur per dag vaccineren. Hierbij volg ik het uitgangspunt: wat geleverd wordt moet zo snel mogelijk worden toegediend. 24 uur per dag vaccineren is op dit moment niet aan de orde, omdat we daar niet voldoende vaccins voor hebben. Met de GGD GHOR Nederland heb ik besproken de optie nader te verkennen op het moment dat de aantallen vaccins dit wel toelaten en het dus ook noodzakelijk wordt om ruimere openingstijden te hanteren. GGD GHOR heeft aangegeven daartoe bereid te zijn als de situatie zich voor gaat doen.

De vaccinatielocaties van de GGD'en zijn nu geopend van 08.00 tot 20.00 uur. Dit zijn ruime openingstijden, en geeft mensen (bezoekers van de locaties en de medewerkers) nog een uur om thuis te komen vóór ingang van de avondklok. Mocht in de nabije toekomst de aantallen geleverde vaccins toenemen en het daarmee noodzakelijk is via de GGD'en 24 uur per dag te vaccineren, dan vallen de bezoekers en medewerkers in geval van de huidige avondklok onder de geldende uitzonderingen voor werk en medische zorg aan zichzelf.

#### *Centrale registratie en ICT*

##### *Stand van zaken CIMS en koppelingen van decentrale systemen met CIMS*

In de vorige voortgangsbrief aan uw Kamer d.d. 12 januari jl.<sup>35</sup> heb ik gemeld dat het centrale informatiesysteem (COVID-19 vaccinatie informatie- en monitoringssysteem, CIMS) in gebruik is genomen. Aan de veiligheid van de koppelingen van de decentrale systemen naar het centraal register is veel aandacht besteed. Het centrale register is met de AP besproken. Eind december is in het kader van de *Data Protection Impact Assessment* zeer uitgebreid onderzoek gedaan, door het RIVM zelf en door externen waaronder de landsadvocaat, naar privacy- en informatiebeveiligingsaspecten van CIMS. Naar aanleiding van deze onderzoeken zijn aanvullende maatregelen genomen om CIMS verder te beveiligen. Inmiddels komt het vullen van het systeem vanuit de verschillende decentrale systemen op gang. De realisatie van de benodigde koppelingen nadert zijn afronding.

In de eerste twaalf zorginstellingen die vaccineren, konden de instellingsartsen per 18 januari jl. registeren in het Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS), Huisartsen Informatie Systeem (HIS) of Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Voor alle andere instellingen geldt dat vanaf de week van 25 januari jl. registratie kon plaatsvinden. Bij kleinschalige woonvormen en mensen met een verstandelijke beperking in een instelling konden de huisartsen vanaf 18 januari jl. selecteren, oproepen en registreren. Per 1 februari 2021 kunnen de data ook worden verzonden naar CIMS. De benodigde aanpassingen ten behoeve van het selecteren, uitnodigen en registreren van patiënten door huisartsen en de koppelingen met CIMS van de overige huisartsinformatiesystemen worden naar verwachting komende twee weken gerealiseerd. Deze aanpassingen zijn niet Europees aanbesteed, omdat de HIS-leveranciers de enige partijen zijn die hun eigen systeem kunnen aanpassen.

<sup>35</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 874

Het systeem van de GGD'en, CoronIT, begint ook vaccinatiedata aan het landelijk register te leveren. De eerste testleveringen vinden deze week plaats en worden op datakwaliteit gecontroleerd.

De invoerapplicatie BRBA die is ontwikkeld en ingezet kan worden als er geen ander bruikbaar systeem voorhanden is, wordt inmiddels gebruikt onder andere ten behoeve van registraties van vaccinaties bij zorgmedewerkers. Een deel van de vaccinatiegegevens van de medewerkers in de directe COVID-zorg die daarvoor toestemming hadden gegeven, is inmiddels ingelezen in het landelijk register. Bezien wordt of de applicatie BRBA ook ingezet kan worden ten behoeve van de CAS/BES-landen.

In vorige brieven is aangegeven dat het belangrijk is dat het centrale register voldoende wordt gevuld (>95%) om bijvoorbeeld de effectiviteit van de toegediende vaccins goed te kunnen monitoren. Tot nu toe geeft circa 95% van de mensen die worden gevaccineerd bij de GGD'en toestemming aan hun zorgverlener hun vaccinatiegegevens te delen met het RIVM.

Op de recente problematiek ten aanzien van de beveiliging van CoronIT en wat dit betekent voor de registratie (decentraal en centraal) bij het vaccineren, zal ik in een separate brief aan uw Kamer ingaan. Ik wil hier dan ook naar verwijzen.

#### Stand vaccineren op coronadashboard

Sinds 26 januari is op het coronadashboard de vaccinatiepagina toegevoegd. Deze pagina laat zien hoeveel vaccins zijn toegediend en hoeveel vaccins beschikbaar komen. De data op dit dashboard wordt dagelijks geüpdatet, op basis van de data die bij ons bekend is. Het kan evenwel een tijd duren voordat een prik wordt gemeld. Om die reden is gekeken of een meer realistische weergave van het aantal prikken gemeld kan worden, totdat alle uitvoerende partijen direct hun gegevens via CIMS kunnen aanleveren en dit op het dashboard kan verschijnen.

Momenteel worden dus nog verschillende bronnen gebruikt voor de data. Voor de data van de GGD'en geldt dat deze van de GGD'en zelf afkomstig zijn, via dagelijkse updates doorgegeven aan het RIVM vanuit het GGD-systeem CoronIT. Voor de data van de ziekenhuizen geldt dat deze worden verzameld en dagelijks worden gemeld door het LNAZ. De basis voor de cijfers over de aantallen vaccinaties in de instellingen voor langdurige zorg, ligt in het aantal vaccins dat is uitgereden naar die instellingen. De aanname daarbij is dat de vaccins op de dag van aflevering zelf en gedurende de drie dagen daarna worden toegediend, in gelijke delen (4 dagen elk 25%). Ook wordt rekening gehouden met 5% verspilling, en met 6 en 10 doses per flacon voor het BioNTech/Pfizer resp. het Moderna-vaccin. Op het dashboard wordt dagelijks het aantal gezette prikken bijgewerkt en wekelijks de bovenstaande figuren over voorraden, leveringen en aantallen gezette en verwachte vaccinaties geüpdatet.

Toen het Coronadashboard voor vaccinaties is overgegaan op de methode van het berekende aantal vaccinaties is er een rekenfout gemaakt. Naar aanleiding van een signaal van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) over de zondag 31 januari op het coronadashboard gepubliceerde vaccinatiecijfers, heb ik samen met het RIVM de onderliggende cijfers nader onderzocht. Daarbij is geconstateerd dat er sprake is van een dubbeltelling van 17.550 vaccinaties. De dubbeltelling is ontstaan doordat een deel van de vaccinaties in verpleeghuizen ook is meegerekend bij de ziekenhuizen. De oorsprong van deze fout ligt in het feit dat deze vaccins in eerst instantie geleverd zijn aan ziekenhuisapotheken, waar geholpen is met het logistieke proces naar de instellingen. Dit is in de update van maandag 1 februari hersteld.

Als databron voor het dashboard is uiteindelijk het centrale registratiesysteem van het RIVM bedoeld. Data vanuit de GGD'en en de ziekenhuizen worden daarin inmiddels ontvangen, maar die datastromen zijn nog niet actueel en stabiel genoeg om voor betrouwbare en actuele aantallen vaccinaties als enige bron te kunnen dienen. Voor de grote aantallen verpleeghuizen, instellingen met mensen met een verstandelijke beperking, en andere instellingen in de langdurige zorg waar op dit moment gevaccineerd wordt, geldt dat zij voor registratie van vaccinatiegegevens gebruik maken van vele verschillende typen Elektronische Patiënt/Cliëntsysteem (EPD/ECD) en Elektronische Voorschrijfsystemen (EVS). Het zal nog enige weken duren voordat data over die vaccinaties de koppelingen met het centrale registratiesysteem operationeel zijn. Op het moment dat deze aanpassing van werkwijze wordt doorgevoerd kan dat, net zoals bij de wijziging op 31 januari, een plotselinge verandering van deze cijfers opleveren.

De nu gekozen werkwijze geeft naar mijn inzicht de best mogelijke schatting van het aantal gezette vaccinaties. Toch geldt dat de komende periode, totdat alle automatische datakoppelingen operationeel zijn, sprake kan zijn van afwijkingen van het werkelijk aantal gezette vaccinaties. Naast de hierboven genoemde verbeteringen op het gebied van koppelingen, wordt het dashboard over de komende periode ook inhoudelijk doorontwikkeld door uitbreiding van de beschikbare informatie, met bijvoorbeeld data over het aantal vaccins op voorraad, de vaccinatiebereidheid en de vaccinatiegraad.

#### *Vaccinatiebewijs*

Zoals eerder aangegeven heb ik aan de Gezondheidsraad gevraagd te komen tot een ethisch afwegingskader dat een onderlegger kan vormen voor beleidsvorming over het vaccinatiebewijs. Ik ben in afwachting van dit advies dat deze week zal verschijnen.

Met markttoelating en beschikbaarheid van vaccins is binnen de EU de discussie gestart over (interoperabiliteit van) vaccinbewijzen. Deze discussie wordt op politiek niveau gevoerd in de Europese Raad, maar ook op technisch niveau in het eHealth netwerk. Het eHealth netwerk werkt momenteel aan de definiëring van een minimale dataset voor een vaccinatiebewijs. De Europese Commissie heeft op 19 januari 2021 de mededeling: «een verenigd front, samen sterk tegen COVID-19» gepresenteerd. Hierin onderstreept de Commissie het belang van wederzijdse erkenning van vaccinatie, mede gelet op de noodzaak tot het monitoren van mogelijke neveneffecten. Tegelijk wordt aangegeven dat het gebruik van een vaccinatiebewijs voor andere doeleinden dan gezondheidsbescherming te voorbarig is. Dit geldt ook voor grensoverschrijdend gebruik van vaccinatiebewijzen. De Commissie wil wel samen met de lidstaten blijven werken aan een vaccinatiebewijs dat binnen de EU wordt erkend en past binnen de EU-wetgeving inzake gegevensbescherming, en dat de potentie heeft wereldwijd te kunnen worden gebruikt. De kabinetsappreciatie van deze mededeling kan uw Kamer op korte termijn tegemoet zien.

Ook in breder internationaal verband (WHO), International Civil Aviation Organization (ICAO), International Air Transport Association (IATA)) wordt de discussie over de ontwikkeling en inzet van een vaccinatiebewijs gevoerd. Deze discussies zijn met name gericht op het in- en uitreizen van personen. De verwachting is dat er landen zullen zijn die op termijn een vaccinatiebewijs zullen eisen voor inreizen. Ook binnen de EU is een aantal lidstaten groot voorstander van zo'n in te voeren «vaccinatiepaspoort». Andere lidstaten, waaronder Nederland, zijn hierin terughoudender, onder andere vanwege onduidelijkheid rond immuniteit, transmissie alsmede het (nog) niet breed beschikbaar zijn van vaccins.



### *Publiekscommunicatie vaccineren*

In de communicatie over vaccinaties willen we mensen informeren zodat zij een eigen mening kunnen vormen over het vaccineren. Op coronavaccinatie.nl is alle informatie te vinden, over de vaccins, de veiligheid, de aanpak, en meer. De indeling van de website is sterk verbeterd en sluit goed aan bij het zoekgedrag van mensen. Ook zijn alle teksten vereenvoudigd en dus beter te begrijpen.

### Publiekscampagne

In de publiekscampagne op televisie en radio, in kranten en online wordt steeds naar deze website verwezen. Om zorgmedewerkers en ouderen en uiteindelijk heel Nederland te motiveren om zich te vaccineren tegen corona is er een postercampagne ontwikkeld waarbij we laten zien hoe bekende en onbekende Nederlanders hun mouw opstropen voor het vaccin. Met #ikstroopmijnmouwop laten zij zien dat zij/hij ook de mouw opstroopt, kan op [www.stroopjemouwop.nl](http://www.stroopjemouwop.nl) een gepersonaliseerde versie maken met een eigen foto, die ook gedeeld kan worden op de eigen social media kanalen. Voor de postergenerator wordt in een later stadium ook breder aandacht gevraagd.

### *Bijzondere doelgroepen*

Voor bijzondere doelgroepen zijn inmiddels verschillende middelen uitgebracht:

- Basisinformatie over coronavaccinatie in verschillende talen: Engels, Arabisch, Bulgaars, Frans, Duits, Pools, Roemeens, Spaans en Turks. Enkele talen volgen nog, waaronder het Fries.
- Een praatplaat om mensen met een verstandelijke beperking of mensen die bijvoorbeeld (beginnende) dementie hebben uitleg te kunnen geven over vaccineren tegen corona.
- **De Steffie-video over vaccineren tegen corona is bedoeld voor mensen met een verstandelijke beperking, maar is ook goed inzetbaar voor bijvoorbeeld laaggeletterden.**

### *Toolkit*

Andere organisaties – zoals zorgorganisaties en gemeenten – worden ondersteund in de communicatie met een toolkit waarin communicatiematerialen te vinden zijn, zoals banners, advertenties en beeldmateriaal; zij kunnen dit gebruiken in hun eigen communicatie. Over communicatie is ook regelmatig overleg met verschillende koepelorganisaties uit de zorg.

### *Desinformatie*

Om desinformatie tegen te gaan worden vanaf volgende week op de website feiten, fabels en meningen uitgewerkt en toegelicht door experts. Ook verwijzen we naar bronnen buiten de rijksoverheid waar informatie duidelijk wordt uitgelegd. In een samenwerking met Amsterdam UMC wordt onderzocht welke barrières mensen ervaren en op welke manier de juiste informatie kan helpen deze weg te nemen.

### *Vaccinaties voor het Caribisch deel van het Koninkrijk*

Zoals in mijn brieven van 4 en 12 januari jl.<sup>36</sup> is gemeld is het de inzet om vanaf 15 februari 2021 in het Caribisch deel van het Koninkrijk te starten met vaccineren. Net als in Nederland, zal ook voor het Caribische deel van het Koninkrijk bij de vaccinatiestrategie worden uitgegaan van het advies van de Gezondheidsraad.

De Staatssecretaris van VWS heeft een vaccinatiegezant aangesteld voor het Caribisch deel van het Koninkrijk om de (ei)landen te assisteren bij het implementeren van de uitvoeringsplannen en de komst van het vaccin. De vaccinatiegezant heeft samen met medewerkers van het RIVM in de tweede helft van januari de eilanden bezocht om de voorbereidingen van de vaccinatieprogramma's te bespreken met de lokale gezaghebbers/ ministers en de lokale diensten publieke gezondheid. Tijdens deze bezoeken hebben de vaccinatiegezant en het RIVM actiepunten voor de autoriteiten van de eilanden opgesteld met als doel de uitvoeringsplannen gereed te krijgen voor de komst van het vaccin. De gezant heeft het voornemen om deze week een go of no-go per eiland te geven.

De benodigde apparatuur is geleverd en het betrokken personeel is getraind in de cold chain en het vaccinbeheer. Als aan de door de vaccinatiegezant en het RIVM gecommuniceerde randvoorwaarden wordt voldaan, zal vanaf 15 februari 2021 gestart worden met de vaccinatieprogramma's op de eilanden. Het Moderna-vaccin zal voor Saba en Sint Eustatius beschikbaar komen in twee leveringen. De eerste verzending voor de eerste doses wordt rond 15 februari 2021 verzonden, waarna de tweede levering voor de tweede doses vier weken later volgt. Dit betekent dat het vaccin aan alle vaccinatiedoelgroepen (gehele volwassen bevolking) van Saba en Sint Eustatius in één keer wordt aangeboden.

Voor Bonaire en de CAS-landen (Curaçao, Aruba en Sint Maarten) wordt in de eerste fase van vaccineren voor zorgmedewerkers en mensen ouder dan 60 jaar het BioNTech/Pfizer vaccin ingezet. De levering zal daar in vier tranches plaatsvinden, van respectievelijk de eerste dosis in twee leveringen en de tweede dosis ook in twee leveringen, die met een interval van maximaal zes weken tussen doses 1 en doses 2 worden geleverd. De eerste verzending zal rond 15 februari 2021 plaatsvinden. Bij de leveringen wordt rekening gehouden met een vaccinatiebereidheid van 85%. Dit getal is conform de vaccinatiebereidheid die voor Europees Nederland gehanteerd wordt. De intentie is dat alle volwassen inwoners van alle (ei)landen een vaccin krijgen aangeboden vóór het begin van het orkaanseizoen.

### *Internationale ontwikkelingen*

Vertraagde leveringen van vaccins zoals van het vaccin van AstraZeneca zorgen ervoor dat de stemming in veel Europese lidstaten ten aanzien van de nationale vaccinatiecampagnes somber is. Diverse Europese lidstaten, die voortvarend van start zijn gegaan, zien het dagelijks aantal gezette vaccinaties zichtbaar stagneren of afnemen. De meeste landen binnen de Europese Unie zitten momenteel tussen de 2% en 3% vaccinatiegraad. Malta en Denemarken lopen hier met respectievelijk 6,29% en 4,66% wel flink op vooruit.

---

<sup>36</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 874

### *Informele EU-bijeenkomst ministers van Volksgezondheid*

Op initiatief van het Portugese voorzitterschap vond op 13 januari 2021 een informele videoconferentie van de EU-gezondheidsministers plaats. Er werd gesproken over de uitrol van vaccinatiestrategieën, administratieve monitoring van gegeven vaccins en de stand van zaken van de gezamenlijke Europese aankoop van vaccins. De Europese Commissie benadrukte dat met de twee toegelaten vaccins op de Europese markt en met de zes kandidaat-vaccins, de Europese Unie het breedste portfolio ter wereld bezit. Diverse lidstaten, waaronder Nederland, vroegen aandacht voor mondiale solidariteit. Daarnaast gaf een groot aantal lidstaten aan dat de vaccinatiebereidheid onder de bevolking in hun land substantieel is. Dat stemt hoopvol, aangezien het bereiken van een voldoende vaccinatiegraad in de lidstaten en het daarmee beschermen van de meest kwetsbaren het belangrijkste doel is.

Tijdens het vorige debat is de motie van de leden Segers (ChristenUnie) en Ploumen (PvdA)<sup>37</sup> aangenomen over het verzoek om met hulporganisaties in gesprek te gaan over een nationale hulpactie waarbij iedereen die in Nederland gevaccineerd wordt de mogelijkheid krijgt om bij te dragen aan het beschikbaar stellen van vaccins. Er contact geweest met de initiatiefnemers. Hieruit is naar voren gekomen dat de diverse hulporganisaties nog met elkaar aan de slag gaan om te komen tot een andere uitwerking van dit initiatief.

#### *Toezicht op vaccineren*

De IGJ heeft in haar toezicht op vaccineren oog voor het hele proces, van voorbereiding, tot transport, tot toediening van vaccins. Sinds de start van het zetten van de vaccins zijn door de inspectie 20 locaties bezocht waar werd gevaccineerd, waaronder GGD-vaccinatielocaties, ziekenhuizen, en andere instellingen.

De IGJ ziet dat het vaccinatieproces zorgvuldig en op professionele wijze is vormgegeven. Er was oog voor het distributie- en koelingsproces, de medewerkers die het vaccineren uitvoeren waren deskundig, en ook de opvang na vaccinatie en het registreren van de gevaccineerden gebeurde zorgvuldig. De inspectie heeft ook een aantal verbeterpunten teruggegeven. Deze zijn terug te lezen in de factsheet «Vaccineren» die de IGJ op 26 januari jl. op haar website heeft geplaatst<sup>38</sup>. Zie hiervoor ook de bijlage<sup>39</sup>.

#### *Innovatieve behandelingen*

In maart 2020 zijn de ministeries van VWS en OCW, samen met ZonMw en NWO, gestart met het ZonMw COVID-19 onderzoeksprogramma. Vanuit het kabinet wordt stevig ingezet op het vaccineren van de Nederlandse bevolking. Toch zal het coronavirus niet meteen uit onze samenleving zijn verdwenen. Ook de komst van nieuwe virusmutanten vraagt onze alertheid en bevestigt het belang van investeren in (vervolg)onderzoek om de gevolgen van het virus blijvend terug te dringen. Eind januari is daarom in opdracht van het Ministerie van VWS het ZonMw COVID-19 vervolgprogramma gestart om zo de noodzakelijke nieuwe kennis te kunnen blijven genereren ten behoeve van de aanpak van het coronavirus. De eerste twee deelprogramma's van dit ZonMw COVID-19 vervolgprogramma zijn gericht op vaccins en innovatieve behandelingen.

<sup>37</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 885

<sup>38</sup> <https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2021/01/26/factsheet-vaccineren-covid-19>

<sup>39</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

Het deelprogramma vaccinstudies heeft een omvang van € 25 miljoen en richt zich op de optimale inzet van vaccinatie bij patiënten met een verstoord immuunrespons. Dit type onderzoek is nodig, omdat fabrikanten de huidige vaccins vooral onderzocht hebben in gezonde volwassenen, waardoor we deze groepen in het bijzonder willen volgen. In dit deelprogramma is er ruimte om de werking van het vaccin te onderzoeken bij mensen met bijvoorbeeld een specifieke ziekte/aandoening, een transplantatie, het syndroom van Down of anderszins. De uitvoering van dit deelprogramma doet ZonMw in afstemming met het RIVM. De programmering van het onderzoek is aanvullend op het onderzoek dat het RIVM doet in het kader van monitoring en evaluatie van het COVID-19-vaccinatieprogramma en registratie van bijwerkingen door LAREB. Het deelprogramma behandeling heeft een omvang van € 35 miljoen en heeft als doelstelling het verbeteren van de preventieve/profylactische behandeling ter voorkoming van COVID-19 en therapeutische behandeling van COVID-19 patiënten. De onderzoeken binnen dit deelprogramma moeten direct bruikbare kennis opleveren, die bijdraagt aan preventie of behandeling gedurende het verloop van de COVID-19 pandemie in Nederland en/of de nasleep daarvan. Bij voorkeur is deze kennis duurzaam en ook bruikbaar voor ziektebeelden buiten COVID-19. Er wordt in dit deelprogramma 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 «clinical trial unit aanpak» ter ondersteuning en coördinatie van klinische infectieonderzoeken zoals COVID-19 in Nederland (ziekenhuis en eerstelijnszorg).

Op 21 januari 2021 heeft de Federatie Medisch Specialisten (FMS) mij de COVID-19 kennisagenda aangeboden. Ik heb aan ZonMw gevraagd om – in overleg met het RIVM – te bekijken of er al onderzoek plaatsvindt naar de door de FMS gesignaleerde kennishiaten. Mocht er (aanvullend) onderzoek nodig zijn, dan bekijkt ZonMw of dit meegenomen kan worden in de nieuwe onderzoeksprogrammering. Het is goed dat de kennisagenda van de FMS dynamisch is en blijft, omdat het coronaonderzoek voortdurend in beweging is en internationaal snel ontwikkelt. Ik vind het dan ook belangrijk om te blijven investeren in onderzoek, zodat de nieuwste wetenschappelijke inzichten zo snel mogelijk voor patiënten beschikbaar komen.

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

### *Zorg voor patiënten in de keten*

#### *Actueel beeld*

Schouder aan schouder werken professionals – verpleegkundigen, verzorgenden, artsen en vele anderen – hard om het grote aantal covid-patiënten op te kunnen vangen en tegelijkertijd ook de zorg aan non-covidpatiënten te blijven verlenen. De hele keten van de Nederlandse gezondheidszorg – huisartsen, ziekenhuizen, ambulancezorg, wijkverpleging en VVT-instellingen, de revalidatiesector, de paramedie, de gehandicaptenzorg, de ggz – spant zich week na week in voor goede, veilige en toegankelijke zorg.

In de ziekenhuizen neemt de gemiddelde dagelijkse instroom van covid-patiënten sinds begin januari langzaam af en ook het aantal COVID patiënten in de ziekenhuizen dat in het ziekenhuis ligt neemt langzaam af. Met name op de IC's zien we dat de bezetting lang hoog blijft, ook omdat de gemiddelde ligduur van patiënten daar relatief lang is. Het Landelijk Centrum Patiëntenspreiding (LCPS) verwacht voor de

komende week op basis van de bij hen beschikbare data een lichte daling van het aantal covid-patiënten op de IC en een daling van het aantal covid-patiënten dat is opgenomen in de klinische verpleegafdelingen.

Op dit moment (stand 1 februari 2021) zijn volgens het LCPS in totaal 2.270 patiënten met COVID-19 in de Nederlandse ziekenhuizen opgenomen, waarvan 639 COVID-patiënten op de IC en 1.631 COVID-patiënten in de kliniek. Er liggen geen Nederlandse covid-patiënten meer in Duitsland.

### Reguliere zorg

Toegezegd aan het lid Wilders (PVV)<sup>40</sup> is om in deze brief in te gaan op wanneer mensen hun uitgestelde zorg weer kunnen krijgen. In november heb ik uw Kamer geschreven<sup>41</sup> dat op basis van toenmalige prognoses rekening werd gehouden met een dergelijke hoge mate van druk tot diep in het voorjaar op ziekenhuiszorg, waardoor zorg maar beperkt ingehaald kan worden. Gezien de huidige ontwikkelingen die zich daarna hebben voortgedaan, is het waarschijnlijk dat dit langer duurt.

De laatste rapportage van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)<sup>42</sup> laat zien dat vanaf maart er 1,31 miljoen minder verwijzingen naar de ziekenhuizen zijn geweest. Een deel hiervan zal moeten worden ingehaald. Echter, we zien bij de tweede golf dat – in tegenstelling tot de eerste golf – het aantal verwijzingen tijdens de tweede golf op een grotendeels vergelijkbaar niveau staat als in dezelfde periode in voorgaande jaren (figuur 3). Ook zien we bij de tweede golf dat de ziekenhuizen de reguliere zorg in veel grotere mate in stand weten te houden dan tijdens de eerste golf. Zo ligt het aantal operaties en bezoeken aan de polikliniek op dit moment op een vergelijkbaar niveau als vorig jaar. Dit is een ontzettende prestatie gezien de enorme belasting op de zorg; de ziekenhuizen gaan daarin echt tot het uiterste.



Figuur 3. Landelijk verwijzingsvolume 2018–2020 per week. Bron: NZa

<sup>40</sup> In plenair debat inzake ontwikkelingen rondom het coronavirus van 9-12-2020, Handelingen II 2020/21, nr. 35

<sup>41</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 713

<sup>42</sup> NZa: Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor de reguliere ziekenhuiszorg van 31 januari

Wanneer zorg wordt uitgesteld is het begrijpelijk dat mensen willen weten wanneer hun zorg wel door kan gaan. Hiervoor kan contact op worden genomen met de behandelaar en/of zorgverzekeraar. In zijn algemeenheid is namelijk niet te zeggen wanneer behandelingen plaats kunnen vinden, dit verschilt per individu en is afhankelijk van de aandoening. Wanneer er weer ruimte komt voor de reguliere zorg, zullen zeker ook stappen worden gezet om extra inhaalzorg te realiseren. Ik zal uw Kamer hierover blijven informeren.

*Motie van de leden Bergkamp en Van Den Berg over het komen tot een oplossing voor mensen die niet terecht kunnen bij hun chiropractor of osteopaat<sup>43</sup>*

De motie<sup>44</sup> Bergkamp en Van Den Berg verzoekt de regering tot een oplossing te komen voor mensen met klachten die niet terecht kunnen bij hun chiropractor of osteopaat. In haar appreciatie van deze motie heeft de Minister voor MSZ aangegeven dat zij de groep patiënten die nu niet naar de osteopaat of chiropractor kan onder de aandacht kan brengen bij de beroepsorganisaties van de huisartsen en fysiotherapeuten. Op deze manier wordt nogmaals benadrukt dat deze groep patiënten de zorg kan krijgen die nodig is. Inmiddels is hierover een brief verzonden naar de LHV, KNGF en SKF<sup>45</sup> (zie bijlage)<sup>46</sup>. Hiermee beschouw ik deze motie als afgerond.

*Vorbereid zijn op ernstige scenario's*

Op grond van de actuele inzichten van het OMT en de prognoses van het LCPS valt een grote impact te verwachten van de Britse mutant van het COVID-19-virus op de druk op de zorg in de komende periode. De verdere betekenis van deze mutant wordt, zoals elders in deze brief ook is toegelicht, nog nader in beeld gebracht. Er zijn verschillende scenario's denkbaar. Daarbij moeten we ook uitgaan van ernstige, ontwrichtende scenario's met grote aantallen COVID-19-patiënten en met grote gevolgen voor gehele breedte van de Nederlandse zorg. Het is in zo'n scenario bijvoorbeeld denkbaar dat we in de zogenoemde fase 3 van de COVID-19-pandemie terecht komen. We vinden het van groot belang om daarop zo goed mogelijk voorbereid te zijn. Hierin zijn we gesteund door onder meer de NZa en de IGJ, die ook het belang van een goede voorbereiding bij mij nadrukkelijk onder de aandacht hebben gebracht.

Daarom werken we momenteel, samen met veldpartijen en de toezichthouders, een aanvullend tijdelijk beleidskader «kwaliteit en continuïteit van zorg in fase 3 van de COVID-19-pandemie» uit. Hierin worden onder meer regie en coördinatie in de zorgketen, kwaliteit van zorg, informatiedeling, financiën en communicatie in samenhang uitgewerkt. Het kader heeft nadrukkelijk een integrale zorgbrede context, waarbij we ervoor willen zorgen dat alle domeinen in de zorg – huisartsen, ziekenhuizen, eerstelijnsverblijf, de wijkverpleging en de vvt-sector, revalidatiesector, paramedie, gehandicaptenzorg, de ggz – gezamenlijk klaar staan voor de grote opgave die de zorg bij een ernstig scenario te doen staat. Het doel is om dit aanvullend beleidskader zo spoedig mogelijk gereed te hebben.

<sup>43</sup> Kamerstuk 31 016, nr. 315

<sup>44</sup> Kamerstuk 31 016, nr. 315

<sup>45</sup> Tijdelijke sluiting van praktijken osteopaten en chiropractors 2021 01 27

<sup>46</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

#### 14. Zorgcapaciteit in eerstelijnsverblijf

Voor sommige COVID-19-patiënten, bijvoorbeeld die in het ziekenhuis zijn verpleegd en daar weg mogen, is het niet mogelijk om (meteen) thuis te worden verzorgd. Deze patiënten worden geholpen en verpleegd op een eerstelijnsverblijf (ELV) bed. Zo worden deze patiënten verzorgd naar behoefte, maar wordt ook de zorg in het ziekenhuis ontlast omdat deze patiënten op ELV-bedden worden opgevangen. Het kan ook gaan om zieke mensen voor wie verpleging thuis niet voldoende is maar die ook niet direct ziekenhuiszorg nodig hebben. Ook zij kunnen (door de huisarts) naar een eerstelijnsverblijf-bed worden doorverwezen. Deze bedden zijn vaak in VVT-instellingen, maar het gaat bijvoorbeeld ook om capaciteit in zorghotels of voorzieningen die aansluitend aan een ziekenhuis zijn.

Op dit moment zijn er 1.218 bedden beschikbaar, waarvan 742 bezet (cijfers 28 januari jl.). Ten opzichte van vorige week is dit een afname in het aantal beschikbare bedden (-32), maar ook een afname in het aantal bezette bedden (-50). Op veel plekken is er sprake van personeelstekorten, wat van invloed is op de mogelijkheden om de bedden capaciteit nu nog verder op te schalen. De prognose is dat de komende twee weken een daling in het aantal bezette bedden zal plaatsvinden. Momenteel wordt gewerkt aan scenario's over de benodigde capaciteit voor de komende weken, rekening houdend met de effecten van de opkomst van de Britse variant. Dit wordt integraal onderdeel van de uitwerking van het aanvullend tijdelijk beleidskader «kwaliteit en continuïteit van zorg in fase 3 van de COVID-19-pandemie», dat in hoofdstuk 13 is toegelicht.

#### *Bijstandsverzoeken*

De druk op de COVID-19-zorg is nog steeds groot. Zoals ik in de vorige voortgangsrapportage heb benoemd, kunnen instellingen een verzoek indienen voor bijstand vanuit Defensie. Het gaat hierbij om ondersteuning van verpleeghuizen om de acute druk op de zorg te verminderen om de continuïteit van zorg te kunnen waarborgen. Tevens kan ondersteuning van de keten van COVID-19-zorg (bijvoorbeeld met een zorghotel) plaatsvinden om stagnatie van de doorstroom van patiënten vanuit het ziekenhuis te voorkomen. Bijstand door defensie vindt niet zomaar plaats. Eerst moeten alle andere mogelijkheden op lokaal, (boven)regionaal zijn ingezet. Het kan hierbij gaan om het concentreren van bepaalde zorg in en buiten de instelling, het anders organiseren van de zorg door taakdifferentiatie of het afschalen van zorg. Daarna worden de volgende stappen doorlopen:

- Stap 1: Inzet regionaal (zorg)personeel door samenwerking zorgaanbieders;
- Stap 2a: Aanvraag extra ondersteunend personeel vanuit het Rode Kruis;
- Stap 2b: Aanvraag extra zorg- en ondersteunend personeel vanuit Extra Handen Voor de Zorg;
- Stap 3 is een aanvraag voor extra zorg- en ondersteunend personeel vanuit defensie.

Omdat de mogelijkheden van Defensie beperkt zijn, moet bijstand van defensie als «last resort» worden gezien. De ondersteuning die wordt geboden is alleen acute ondersteuning en zal in de regel beperkt zijn in omvang en tijd.

Om de DPG'en en GHOR-bureaus ondersteuning te bieden bij onder andere een bijstandsverzoek, heeft de GGD-GHOR het expertiseteam Zorgcontinuïteit ingericht. Taken van dit team zijn:

- Het actief uitdragen van best practices over de zorgstroom van (COVID-19) patiënten/cliënten en hun aanpak om te zorgen voor

- voldoende personeel en samenwerking in de regio. Bijvoorbeeld door concentratie van zorg en taakdifferentiatie.
- Ondersteuning te bieden bij procedures voor extra bijstand (Rode Kruis, Extra Handen voor de Zorg en Defensie) met als doel het bevorderen van de doorstroming in de zorgketen door inzet van extra personeel.

We zien dat organisaties de weg in de bijstandsprocedures (zoals Rode Kruis, Extra Handen voor de Zorg) steeds beter weten te vinden en dat er zo oplossingen voor onder andere taakdifferentie in de praktijk meer worden ingezet mede dankzij het expertiseteam. Het aantal ondersteuningsverzoeken aan Defensie neemt de laatste weken af. Instellingen in de langdurige zorg die op dit moment (peildatum 2 februari 2021) ondersteuning krijgen zijn het Zorghotel Casa Bonita (Apeldoorn) en Avanze (Capelle a/d IJssel). Sinds december 2020 heeft Defensie aan 16 zorginstellingen ondersteuning geboden, op de piek ging het om 12 zorginstellingen.

Bescherming van mensen met een kwetsbare gezondheid  
Kwetsbare personen

### *Verpleeghuiszorg*

#### Cijfers

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

#### Bewoners

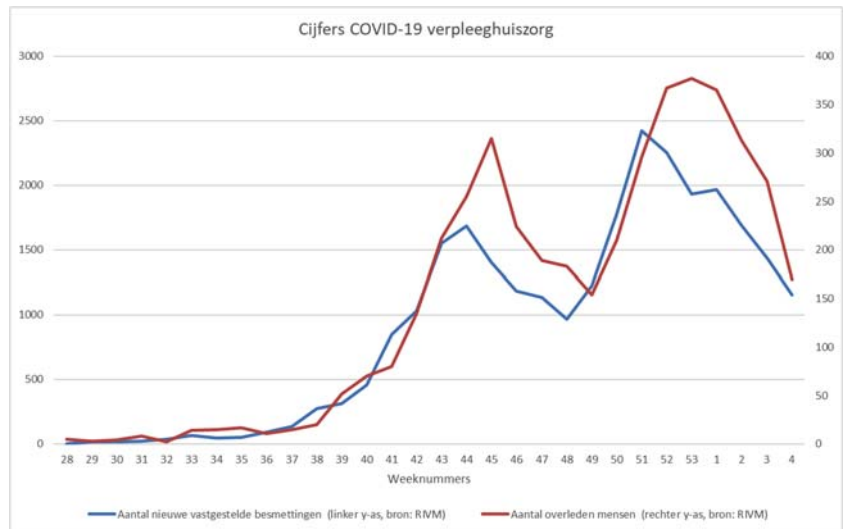
- Uit de cijfers van het RIVM (peildatum 1 februari 2021) blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 4 en 3<sup>47</sup>) 2.600 bewoners positief getest zijn op COVID-19. Het aantal nieuwe besmettingen is na week 48 snel toegenomen maar neemt de laatste weken gelukkig weer enigszins af. Uit figuur 1 komt dit naar voren. Dit patroon blijkt ook uit de cijfers van Verenso van 26 januari 2021.
- Het RIVM schat dat sinds het uitbreken van de crisis bij ca. 35.700 bewoners van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd. Van dit aantal zijn bijna 7.250 mensen als overleden gemeld. Een groot deel van de mensen dat besmet is, herstelt gelukkig, mede door de goede verzorging die zij ontvangen.
- In week 4 zijn 170 bewoners overleden bij wie COVID-19 is vastgesteld. In de twee weken daarvoor was dit aantal hoger, namelijk 271 (week 3) en 313 (week 2).  
Ter vergelijking, in week 2 zijn in totaal 1.264 bewoners van verpleeghuizen overleden. Van hen was dus bij circa 25% een besmetting vastgesteld.

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

---

<sup>47</sup> In deze paragraaf is gerekend met weektotalen van zondag tot en met zaterdag. Week 4 is van 24 januari tot en met 30 januari.





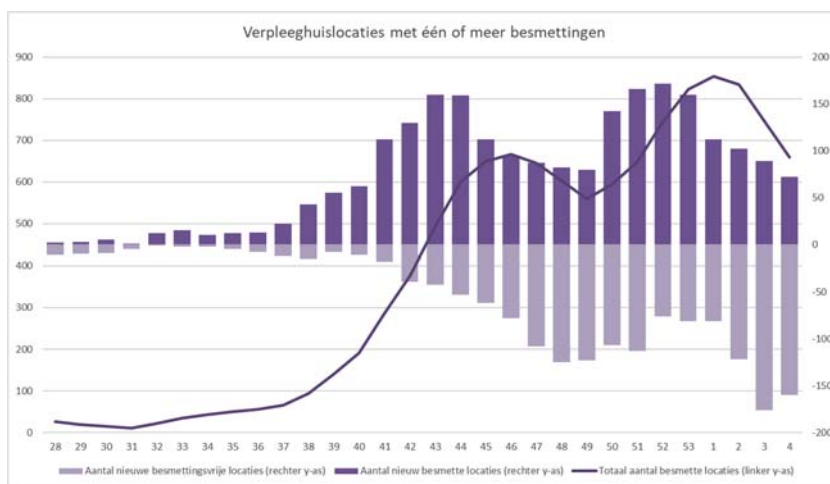
Figuur 4. Cijfers COVID-19 verpleeghuiszorg

### Locaties

- Wekelijks raken nog nieuwe locaties besmet. Het gaat in totaal om 161 locaties in de afgelopen twee weken. Dat waren er 72 in week 4 en 89 in week 3. We zien dus slechts een geleidelijke afname van het aantal nieuw besmette locaties. De laatste 3 weken is het aantal locaties waar de besmetting ten einde is wat hoger dan het aantal nieuwe locaties met een besmetting, zodat per saldo het aantal locaties met één of meer besmettingen wat afneemt.
- Op een aantal locaties waar sprake was van een besmetting, zijn in de afgelopen 28 dagen geen nieuwe besmettingen vastgesteld zodat zij wegvallen uit deze groep. Het gaat in totaal om 336 locaties in de afgelopen twee weken (160 in week 4 en 176 in week 3).
- Het aantal verpleeghuislocaties waar recentelijk één of meerdere besmettingen zijn gemeld blijft hoog, maar neemt de laatste weken langzaam af. Het RIVM schat dat op 30 januari 2021 bij 659 verpleeghuislocaties sprake is van een vastgestelde COVID-19 besmetting. Dat is ca. 28% van het aantal locaties. Het gaat om het aantal verpleeghuislocaties waar in de afgelopen 28 dagen sprake is van ten minste één vastgestelde COVID-19 besmetting op basis van een positieve test.
- Het hoogst aantal besmette verpleeghuislocaties was op 8 januari jl. Toen waren er besmettingen bij 858 locaties.

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

Het aantal locaties met besmettingen ligt nu hoger dan op het hoogste punt in de eerste golf, waarbij geldt dat in de eerste golf veel minder werd getest.



Figuur 5. Verpleeghuislocaties met één of meer besmettingen

### Signalen verpleeghuiszorg

In de verpleeghuizen gaat op dit moment veel aandacht uit naar vaccinatie van bewoners. Men is druk bezig met het vragen om toestemming van de bewoners (of hun bewoners), het bestellen van het vaccin en later het vaccineren van de bewoners. De bereidheid tot vaccineren bij bewoners en bij zorgverleners blijkt hoog te zijn. In de teams wordt veel over vaccinatie gesproken. Dit ook omdat de zorgaanbieders aan de zorgverleners op vele manieren informatie verstrekken, onder meer via video's.

Wat het aantal besmettingen betreft, zijn de signalen van de zorgaanbieders dat de situatie beheersbaar is. Wel maakt een aantal zorgaanbieders zich zorgen om de situatie vanwege de opkomst Britse variant van het virus. Enkele zorgaanbieders overwegen bijvoorbeeld nu reeds om het bezoek strakker te reguleren. Vanwege de avondklok is bezoek later dan 21u uiteraard niet meer mogelijk.

Wat betreft de zorgverleners zijn er wisselende signalen. Door diverse organisaties wordt gemeld dat het nog steeds goed lukt om «de diensten» te vullen, door andere zorgaanbieders wordt aangegeven dat er een tekort aan zorgverleners bestaat. De inzet van extra handen in de zorg vanuit externe zorg- en hulporganisaties en Defensie wordt op prijs gesteld.

#### *Aanvullend advies OMT over de bezoeksregeling verpleeghuizen*

Zoals hierboven reeds is beschreven heeft het OMT zich op verzoek van Verenso gebogen over het brengen van bezoek aan bewoners in verpleeghuizen en de daarvoor door veldpartijen opgestelde handreiking «bezoek en sociaal contact, corona in verpleeghuizen». Dit verzoek van Verenso hing samen met de opkomst van de VK-variant van het virus in Nederland. Het OMT adviseert: «Met een bezoekersregeling van 2–3 vaste personen per bewoner per week (de «bezoek-bubble»), waarvan 1 persoon per dag op bezoek komt bij de bewoner, wordt het bezoek voor de bewoner niet te veel beperkt en is het risico op insleep van corona beperkt. Een strakke triage voor de bezoekers, ruimere bezoektijden waardoor spreiding van bezoekers bewerkstelligd wordt, een medisch mondneusmasker en goede handhygiëne zijn daarbij essentieel. Voor vrijwilligers kan eenzelfde beleid, maar dan per unit/afdeling gevolgd worden.»

De partijen die de handreiking hebben opgesteld, hebben inmiddels besloten dat de handreiking hiervoor niet aangepast hoeft te worden, maar dat dit advies geldt als een aanvulling op de bestaande handreiking. De handreiking blijft dus richtinggevend, waarbij zorgaanbieders maatwerk kunnen leveren in specifieke situaties. Er kan dus worden afgeweken van de afspraak van 2–3 vaste bezoekers, bijvoorbeeld in de palliatieve fase. Zodra de omstandigheden beter worden, biedt de handreiking alle ruimte om de maatregelen op gebied van bezoek te verruimen.

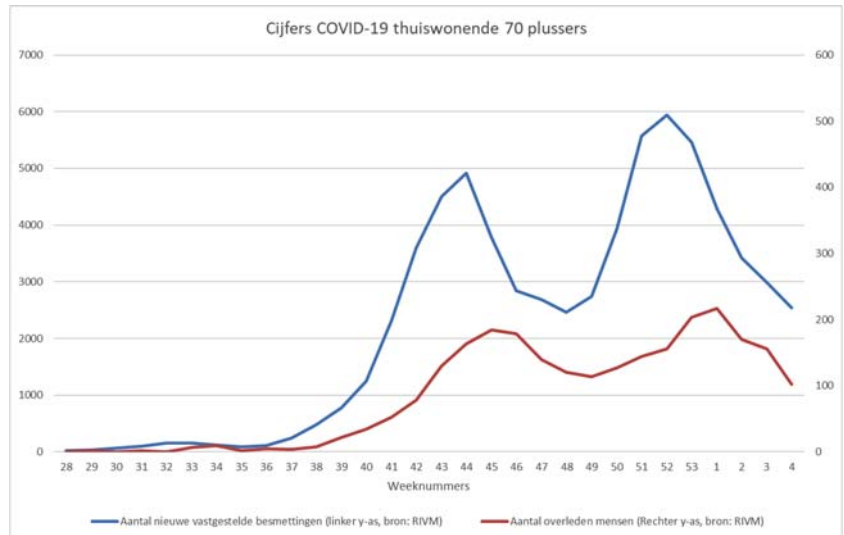
### *Kwetsbare mensen thuis*

#### 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:

- Het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen bij ouderen die ouder zijn dan 70 jaar en thuis wonen is flink gedaald maar nog steeds hoog. Uit de cijfers van het RIVM blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 4 en 3) het aantal nieuwe besmettingen ca. 5.530 bedraagt. Dit is minder dan de circa 7.700 nieuwe besmettingen in de voorgaande twee weken (week 2 en 1).
- Het RIVM schat dat vanaf 1 juli 2020 bij ruim 67.600 personen van boven de 70 jaar en die thuis wonen een COVID-19-besmetting is bevestigd, van wie ongeveer 2.530 mensen als overleden zijn gemeld.
- Onder de groep thuiswonende 70-plussers bevinden zich ook personen met medische problematiek die nog enige tijd moeten wachten op een vaccin. Hoeveel van deze 70-plussers in een kwetsbare gezondheid verkeren of een vorm van zorg of ondersteuning thuis ontvangen, is niet precies bekend.

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



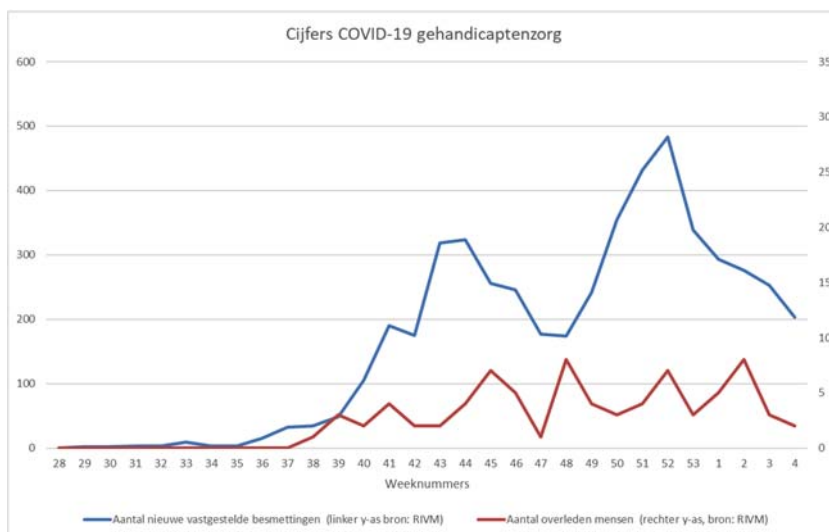
*Figuur 6. Cijfers COVID-19 ouderen thuis (70 plus)*

### Bewoners instellingen

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

- Uit cijfers van het RIVM blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 4 en 3) 456 bewoners besmet zijn geraakt. Dat is minder dan in de 2 weken daarvoor.
- Het RIVM schat dat sinds 1 juli 2020 bij 5.000 bewoners van instellingen sprake is van een bevestigde COVID-19 besmetting, van wie ongeveer 78 mensen zijn overleden.

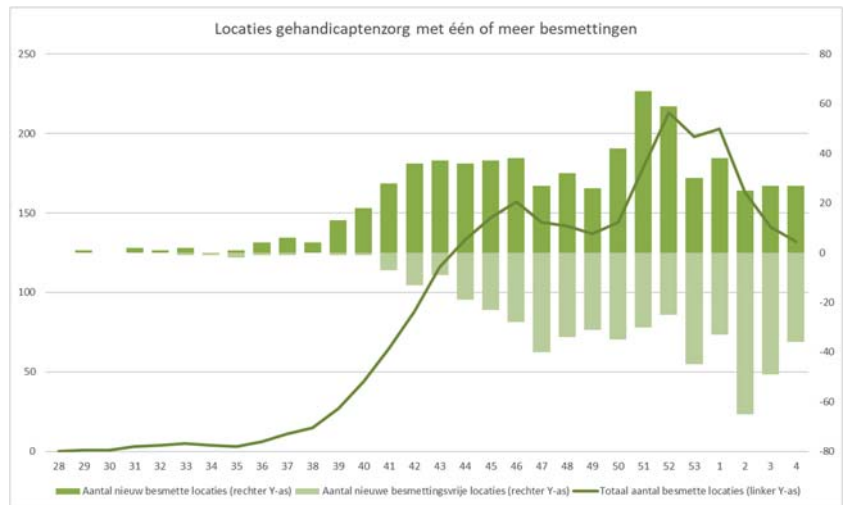
Bij de instellingen voor gehandicaptenzorg zien we dus dat het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen (linker y-as) de laatste 2 weken flink gedaald is. De sterfte onder de bewoners is gelukkig laag (rechter y-as). In onderstaande figuur is de ontwikkeling vanaf 1 juli 2020 weergegeven.



Figuur 7. Cijfers COVID-19 gehandicaptenzorg

### Locaties

Het RIVM schat dat op 30 januari bij 132 locaties voor gehandicaptenzorg sprake is van een vastgestelde COVID-19 besmetting. Dat is ongeveer 5% van het aantal locaties. Het aantal besmette locaties schat het RIVM in op basis van het aantal locaties waar in de afgelopen 28 dagen sprake is geweest van ten minste één vastgestelde COVID-19 besmetting op basis van een positieve test. Het beeld is zichtbaar in onderstaande grafiek. De lijn in de figuur geeft op de linker y-as het totaal aantal locaties met een of meer vastgestelde besmettingen in de tijd weer. De staven boven de horizontale as geven (op de rechter y-as) het aantal nieuwe besmette locaties per week weer. De staven onder de horizontale as geven (op de rechter y-as) het aantal nieuwe besmettingsvrije locaties weer.



**Figuur 8. Locaties gehandicaptenzorg met één of meer besmettingen**

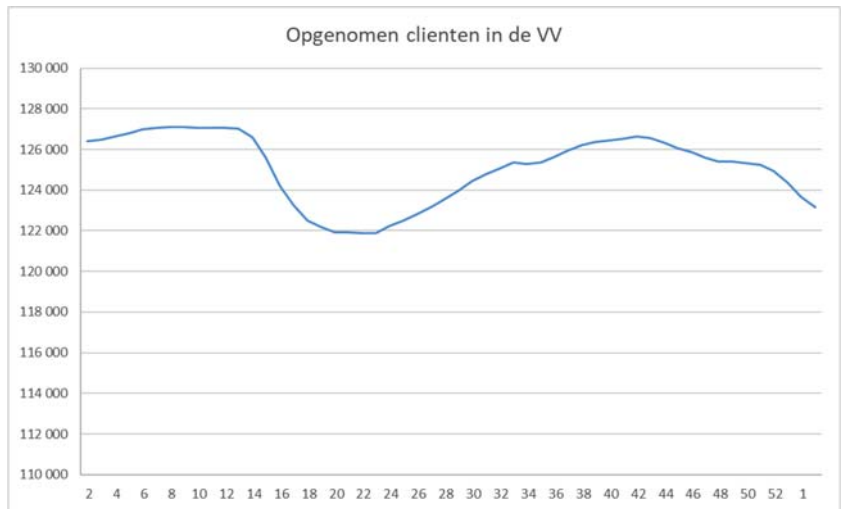
De laatste drie weken zijn wekelijks ca. 25 nieuwe locaties besmet. Het aantal locaties waar de besmetting ten einde is neemt af, maar is wat hoger dan het aantal nieuwe locaties met een besmetting. Per saldo is het aantal locaties met één of meer besmettingen de laatste week daarom afgenomen tot 132 locaties.

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

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

Deze ontwikkeling is te volgen dankzij de weekcijfers over het aantal Wlz-cliënten naar leveringsvorm, die het CBS op mijn verzoek publiceert.<sup>48</sup> Na week 1 is er sprake van circa. 3.620 plaatsen leegstand.

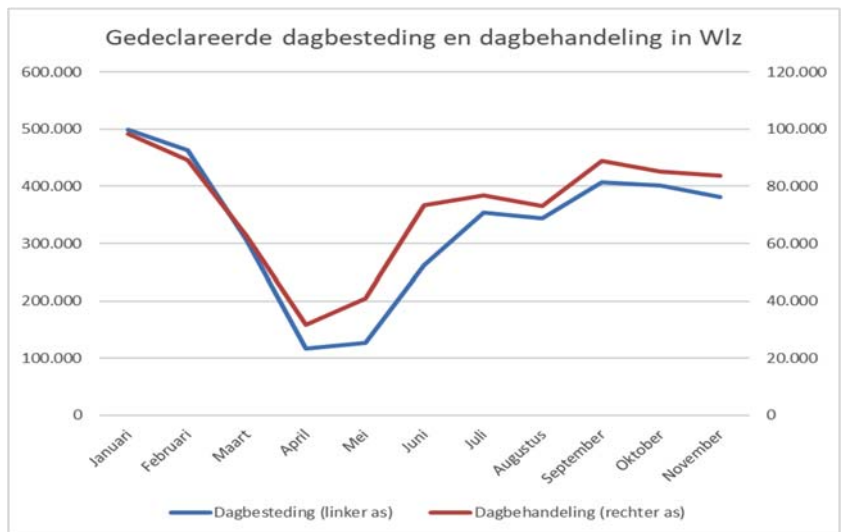
<sup>48</sup> Het CBS publiceert wekelijks over het zorggebruik van Wlz-cliënten. Daarnaast publiceert het CBS wekelijks over de sterfte onder de Wlz-populatie. De tabellen zijn te vinden op: <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/publicaties>



Figuur 9. Opgenomen personen in de VV

### Dagbesteding en dagbehandeling

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



Figuur 10. Gedeclareerde dagbesteding en dagbehandeling in Wlz

Ten opzichte van de eerste twee maanden van 2020 is in april en mei minder dan de helft aan prestaties gedeclareerd<sup>49</sup>. Uit deze gegevens van de NZa blijkt dat de effecten van de maatregelen voor de thuiswonende cliënten met dagbesteding ingrijpend waren. In de zomermaanden van dit jaar is herstel zichtbaar, maar in oktober en november is enige daling

<sup>49</sup> De NZa publiceert met enige regelmaat over recente ontwikkelingen in het zorggebruik als gevolg van de Corona-problematiek. U treft de laatste publicatie aan op: <https://magazines.nza.nl/standvandezorg/2020/12/ontwikkelingen-in-zorggebruik>.

waarneembaar ten opzichte van september. Het gedeclareerd aantal dagdelen is daarom nog steeds lager dan het niveau van het aantal gedeclareerde dagdelen van voor de eerste golf. Onderstaande grafiek is gebaseerd op basis van gegevens van Vektis.<sup>50</sup>

## GGZ

De motie van het lid Klaver<sup>51</sup> verzoekt de regering zo snel mogelijk het aantal crisisplekken in de (jeugd-)ggz op het schalen, extra middelen beschikbaar te stellen voor beschermd wonen om de uitstroom te verbeteren en de Kamer wekelijks te informeren over de huidige stand van zaken.

De uitvoering van de motie begint met het maken van een scherp beeld over enerzijds de aard en omvang van de vraag naar acute zorg van mensen die als gevolg van corona een psychische crisis ervaren en anderzijds over de beschikbaarheid van die zorg. De IGJ heeft recent een uitvraag gedaan onder een substantieel aantal ggz-instellingen. Het algemene beeld dat naar voren kwam was dat de situatie binnen de ggz instellingen en de verslavingszorg instellingen wisselt, maar onder controle is. Voor jeugd-ggz zijn er signalen binnengekomen dat het aantal crisismeldingen bij de benaderde instellingen is toegenomen. Het onderzoek is te vinden via de link [Beeld IGJ na contacten met GGZ instellingen | Publicatie | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd](#). De Staatssecretaris van VWS wil dit beeld op korte termijn verder in kaart brengen en informeert uw Kamer hier over.

### *Maatschappelijke ondersteuning (incl. dak- en thuislozen)*

#### Protocol bij vervoer

Zoals aangegeven in de brief aan uw Kamer van 20 januari jl. heeft de landelijke branchevereniging voor ondernemers in het zorg- en taxivervoer Koninklijk Nederlands Vervoer (KNV), in overleg met vakbonden FNV en CNV en andere relevante partijen, gezien welke gevolgen het OMT-advies van 19 januari jl. over groepsvervoer van personen uit risicogroepen<sup>52</sup> voor het sectorprotocol Veilig Zorgvervoer heeft. Het sectorprotocol Veilig Zorgvervoer is daarop inmiddels aangepast. In lijn met eerder genoemd OMT-advies is het uitgangspunt in het protocol dat slechts één persoon per bank of rij stoelen wordt vervoerd en dat reizigers een medisch mondkapje<sup>53</sup> dragen. Daar waar er sprake is van een woongroep/één huishouden of als *uitsluitend* reizigers worden vervoerd die *niet* tot de risicogroepen behoren, geldt voorgaande niet; wel geldt het dragen van een niet-medisch mondkapje. Indien reizigers met gegronde redenen geen medisch mondkapje kunnen dragen moet de afstand tot de chauffeur extra in acht genomen worden<sup>54</sup>. Het protocol Veilig Zorgvervoer geldt voor alle vormen van zorgvervoer voor reizigers van 18 jaar en ouder. Voor zover personen uit risicogroepen andere vormen van vervoer zouden gebruiken, gelden daar ook aanvullende maatregelen<sup>55</sup>.

Het aangescherpte sectorprotocol Veilig Zorgvervoer heeft gevolgen voor de manier waarop het zorgvervoer wordt georganiseerd. Denk hierbij aan

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

<sup>51</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 923

<sup>52</sup> Risicogroepen en COVID-19 | RIVM

<sup>53</sup> medisch mondneusmasker: Type II of IIR

<sup>54</sup> Mondkapjesplicht voor mensen met een beperking of ziekte | Coronavirus COVID-19 | Rijksoverheid.nl

<sup>55</sup> Coronaprotocolen • Koninklijk Nederlands Vervoer (knv.nl)

het inzetten van meer voertuigen en chauffeurs voor het uitvoeren van hetzelfde aantal ritten, wat gevolgen heeft voor de capaciteit en kosten. Het is daarom van belang dat betrokken partijen, zoals gemeenten, opdrachtgevers, en vervoerders in overleg met elkaar bekijken welke maatregelen en eventuele aanpassingen nodig zijn om de continuïteit van het zorgvervoer te borgen. Het blijft van belang dat zorgaanbieders en vervoerders, in nauw overleg blijven met gebruikers, bijv. wanneer er eventuele aanpassingen zijn wat betreft aanrijtijden. Wat de financiële gevolgen betreft is het van belang dat er reeds afspraken zijn gemaakt over de vergoeding van meerkosten die het gevolg zijn van het opvolgen van RIVM-richtlijnen, bijvoorbeeld in de Wlz en het sociaal domein. Het uitgangspunt is dat noodzakelijke meerkosten die onvermijdelijk volgen uit de COVID-19-pandemie en nodig zijn om de continuïteit van zorg en ondersteuning te waarborgen voor vergoeding in aanmerking kunnen komen.

#### *Preventief gebruik van PBM voor pgb gefinancierde zorgverleners en mantelzorgers die intensieve zorg verlenen aan een naaste*

Vanaf de eerste golf hebben we voor mantelzorgers en pgb gefinancierde zorgverleners, die intensieve zorg geven aan een naaste, persoonlijke beschermingsmiddelen beschikbaar gesteld. Dit voor het geval degene voor wie men zorgt getest moet worden of positief getest is. Men kan dan respectievelijk op recept op naam van een cliënt /verwant een korte en/of lange termijn pakket PBM ontvangen via de apotheek. VWS stelt deze pakketten om niet ter beschikking. In de huidige fase van de crisis wordt door medewerkers in de zorg en ondersteuning meer preventief gebruik gemaakt van beschermingsmiddelen. Dit op basis van het eerder uitgebrachte OMT advies. Ook voor mantelzorgers en PGB gefinancierde zorgverleners die niet in dienst zijn van een zorgorganisatie of die werken bij een pgb-gefinancierd wooninitiatief, is het van belang dat zij meer preventief gebruik te kunnen maken van PBM. Deze middelen zal VWS ook om niet ter beschikking stellen. Op dit moment wordt de procedure ingeregeld, waarbij het zo zal blijven dat dit via de apotheken zal verlopen. Zo snel dit mogelijk is, zullen we dit nadrukkelijk kenbaar maken.

#### *Chatfunctie Veilig Thuis*

De afgelopen maanden ziet Veilig Thuis landelijk het aantal adviesvragen toenemen. Veel vragen worden via de chatfunctie van Veilig Thuis gesteld. Het aantal meldingen is in de eerste helft van 2020 gelijk gebleven in vergelijking met de eerste helft van 2019.

Vanwege de avondklok is de chat van Veilig Thuis landelijk ook 's avonds bereikbaar. Slachtoffers, omstanders en plegers van huiselijk geweld en kindermishandeling kunnen tot en met 9 februari tijdens werkdagen van 09.00 uur tot 22.00 uur chatten met een medewerker van Veilig Thuis. Het landelijke telefoonnummer 0800-2000 voor advies en meldingen is 24 uur per dag, 7 dagen in de week bereikbaar. Voor kinderen en volwassenen die thuis niet veilig zijn, geldt dat zij ook tijdens de avondklok hun huis mogen verlaten.

#### *Sociale ondersteuning (thuis)*

Kamerlid Dik-Faber vroeg in het vorige debat op welke manier gezondheidsproblemen meegewogen worden bij het treffen van maatregelen en wat het kabinet doet om deze problemen het hoofd te bieden. In algemene zin geldt bij de bestrijding van deze crisis: hoe sneller en effectiever we het virus kunnen bestrijden, hoe sneller er ook perspectief geboden kan worden om terug te gaan naar een meer normale situatie.



De maatregelen zijn voor veel mensen zeer ingrijpend, met name voor mensen die kwetsbaar zijn vanwege hun gezondheid of leeftijd en voor jongeren. In deze coronatijd kampen kwetsbare mensen, zowel jong als oud, vaker met mentale gezondheidsproblemen zoals angst, somberheid en stress. Het verlies van perspectief heeft zeker voor hen grotere gevolgen. Daarom is sociale ondersteuning voor deze groepen heel belangrijk.

Er zijn tal van programma's, acties en initiatieven – landelijk en lokaal – die jongeren en ouderen, zowel kwetsbaar als vitaal, ondersteuning bieden. Dit komt boven op de aandacht die we voor onze naasten elke dag kunnen hebben. Het kabinet ondersteunt het maatschappelijk initiatief langs een aantal lijnen:

- Campagnes en publieksacties
- Hulplijnen, platforms en FAQ's
- Ondersteuning door gemeenten
- Initiatieven van (maatschappelijke) organisaties

Hieronder worden deze lijnen verder toegelicht.

### *Campagnes en publieksacties*

Met campagnes en publieksacties wordt het omkijken naar elkaar aangemoedigd. Met in achtname van de geldende regels wordt in beeld en verhalen op inspirerende wijze weergegeven dat een klein gebaar een verschil kan maken in iemands anders lege, stille dag. Voorbeelden waar dit kabinet (mede) verantwoordelijk voor is, zijn de «Eén tegen eenzaamheid» campagne en de publieksactie #eenkleingebaar tijdens de decembermaand. Specifiek voor jongeren is er de campagne in samenwerking met Glamour, VICE, FunX, SLAM! en loketgezondleven.nl met tips om mentaal en fysiek fit te blijven ten tijde van lockdown. De «Hey het is oké» campagne over depressie is in deze tijd ook op social media aanwezig met tips en webcare. Ook de NCTV campagne «Alleen Samen» besteedt regelmatig aandacht aan het belang van mentale en sociale steun onder de noemer «praat erover», met tips en hulplijnen op rijksoverheid.nl. Verder op in deze brief ziet u een totaal overzicht van de campagnes in het kader van Corona. Ik zal uw Kamer informeren over het effect van deze campagnes, wanneer daar meer inzicht over is.

Terugblik sociale ondersteuning en aanpak eenzaamheid in aanloop naar en rondom de feestdagen: #eenkleingebaar

In december heeft een grote, landelijke beweging plaatsgevonden rondom #eenkleingebaar. Om Nederland dichterbij elkaar te brengen rondom de feestdagen, ondanks de beperkende maatregelen. Dit plan heeft meerdere raakvlakken met moties en toezeggingen aan de Kamer. Naast dat dit direct voortkomt uit motie van het lid Segers c.s.<sup>56</sup>, zijn er ook raakvlakken met motie van het lid Asscher c.s.<sup>57</sup> en motie van het lid Van der Staaij c.s.<sup>58</sup>. Ook heeft NietAlleen eind oktober 2020 een brief verzonden aan de Minister-President, vicepremiers en de Minister van Eredienst met hun aanbod voor maatschappelijke steun. In overleg met NietAlleen is de brief met deze landelijke actie beantwoord.

De feestdagen zijn in deze donkere dagen voor veel mensen vaak de lichtpuntjes om naar uit te kijken. Dat was in 2020 anders. De traditionele bijeenkomsten en grote feesten vroegen een alternatief. Een brede groep

<sup>56</sup> Kamerstuk 25 295 nr. 643.

<sup>57</sup> Kamerstuk 25 295 nr. 700.

<sup>58</sup> Kamerstuk 25 295 nr. 672.

aan grote landelijke organisaties heeft daarom de handen ineen geslagen om deze feestdagen bijzonder te maken. Stichting Present, Humanitas, NietAlleen, NOV en de Zonnebloem zwengelden de beweging aan. Dit kabinet heeft de bottom-up beweging ondersteund met woord en daad<sup>59</sup>. Deze landelijke beweging was van en voor iedereen, en zeker voor mensen die dat extra hard nodig hadden en hebben, zoals kwetsbare ouderen, mensen die minder zelfredzaam zijn, of mensen die zich eenzaam voelen. Er zijn talloze initiatieven opgezet met o.a. de honderdduizenden vrijwilligers. Ook allerlei bedrijven, en individuele burgers hebben zich aangesloten bij de beweging. Exacte aantallen zijn moeilijk te noemen aangezien lang niet iedereen die een klein gebaar deed voor een ander, dit openbaar deelde op sociale media.

Een aantal voorbeelden zijn: via NietAlleen zijn bijvoorbeeld minstens 80.000 kaarsjes, kaartjes en wikkels verspreid. Dit kwam terecht bij bijvoorbeeld jeugdteams, deelnemers van een belcirkel voor ouderen, een wijkinloophuis en verzorgingshuizen. NietAlleen ondersteunde ook migrantenkerken (SKIN) bij het uitdelen van 740 kerstpakketjes. Via Humanitas zijn 27.000 pakketten verzonden met Geef en Beleef Kletsdoosjes, geproduceerd door Geschenk met een Verhaal. De oproep was om de inhoud weer verder te delen en zo het kleine gebaar door te geven. De Zonnebloem verspreidde bijvoorbeeld ruim 150.000 kaarten. Stichting Present bereikte in totaal ongeveer 25.000 mensen met verschillende acties. Bijvoorbeeld via kerstpakketten, het uitdelen van kleine cadeautjes, maaltijden, kaartjes en een Kerstengelenactie. NOV heeft met haar achterban gezorgd voor ongeveer 100.000 betekenisvolle contacten. Er zijn bijvoorbeeld talloze kaartjes verspreid, kerstollen, bloemen en kerstplantjes zijn uitgedeeld en er is gekookt voor ggz cliënten. Deze acties hebben geleid tot veel enthousiasme onder vrijwilligers en andere deelnemers en een gevoel van verbondenheid. Er zijn bij deze acties mooie samenwerkingen ontstaan op zowel lokaal, regionaal als landelijk niveau. Bijvoorbeeld tussen vrijwilligersorganisaties, scholen, gemeenten, verzorgingstehuizen, buurthuizen, horeca, voedselbanken etc. De vrijwilligersorganisaties gaven aan deze uitbreiding van de netwerken en samenwerkingsverbanden zeer te waarderen en in de toekomst te willen blijven waarborgen en versterken.

Met het ondersteunen van deze landelijke beweging heb ik invulling gegeven aan motie Segers.<sup>60</sup> Aangezien deze motie breder is ingestoken dan enkel de feestdagen, blijf ik in gesprek met een aantal van deze organisaties om te bezien hoe wij hen kunnen ondersteunen in het opvangen van de sociale impact van corona.

Tijdens de eerste lockdown zagen we een veelheid aan publieke acties ontstaan om mensen een hart onder riem te steken. Bijvoorbeeld de «klapacties», de stoeptekeningen, de balkonconcerten enz. Daarover heb ik u in mijn brieven destijds ook een beeld gegeven. Tijdens de tweede lockdown lijken dit soort grootschalig initiatieven minder aanwezig te zijn. Onder de noemer en met de website «Aandacht voor Elkaar» bundelen we nog steeds grote en kleine verhalen die mensen en organisaties in deze tijd ondernemen om een steun in de rug te geven.

#### *Hulp- en luisterlijnen en platforms*

De behoefte aan informatie, een luisterend oor, een plek waar men even stoom kan afblazen en hulpvragen kan stellen is in deze tijd groot.

<sup>59</sup> Dit heeft geleid tot een onrechtmatigheid op de begroting van VWS, aangezien een subsidieaanvragen of een opdrachtverlening niet op zeer korte termijn kon worden afgerond.

<sup>60</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 643

Verschillende hulp-, luister-, chatlijnen en online platforms die voorzien in deze behoefte, zien dat het aantal vragen toeneemt en hebben hun capaciteit en openingstijden uitgebreid. In de Quarantainegids en op het Steunpunt Coronazorgen zijn deze hulplijnen gebundeld zodat ze makkelijk vindbaar zijn. Voorbeelden van landelijk bereikbare en veel gebruikte hulplijnen zijn:

- De landelijke Luisterlijn
- De Kindertelefoon
- De hulplijn van het Rode Kruis
- Mantelzorglijn
- MIND Korrelatie

Ik heb deze hulplijnen gevraagd om mij op de hoogte te houden van het aantal contactverzoeken en de top vijf van redenen waarom contact wordt gezocht. De komende periode zal ik dit beeld ook in de Kamerbrieven opnemen. Op basis van een recente uitvraag geef ik u hierbij alvast een eerste indruk over de signalen en het aantal contactverzoeken van de hulplijnen.

Over het algemeen geven de hulplijnen aan dat het aantal contactverzoeken wisselt op basis van de communicatie over de coronamaatregelen van de overheid. Zo constateert de Luisterlijn een toename van ruim 14% in het aantal gesprekken in 2021 naar 1450 contactverzoeken per dag. De Kindertelefoon geeft aan dat sinds corona het aantal contactverzoeken per dag is gestegen met 37% tot 1500 contactverzoeken per dag.

Met een aantal hulplijnen heb ik tijdens de eerste coronagolf wekelijks contact gehad om de ontwikkelingen te volgen. Naarmate de crisis voortduurde gaven de hulplijnen aan dat er een verschuiving gaande was van praktische (hulp)vragen naar de behoefte aan een luisterend oor. Dit beeld wordt ook nu bevestigd door de hulplijnen. De Kindertelefoon geeft aan dat steeds meer gesprekken over emotionele problemen gaan, zoals eenzaamheid en depressie. MIND Korrelatie geeft aan dat bij mensen die al psychische klachten hebben werkt de crisis versterkend. Het gemis aan ontspanning en sociaal contact komt veel terug in de gesprekken. De meest voorkomende redenen voor mensen om te bellen met de hulplijnen zijn:

- Daginvulling
- Informatie/vragen over corona
- Praktische hulp (b.v. hulp bij boodschappen, vervoer naar de teststraat)
- Gewoon een praatje
- Psychische klachten (zoals eenzaamheid, angst en depressie)

Dit benadrukt het belang van juiste informatieverstrekking op toegankelijke plaatsen in begrijpelijke taal. Naast de informatie op [rijksoverheid.nl](https://rijksoverheid.nl) worden de volgende sites mede door dit kabinet ingezet om informatie en steun vindbaar en toegankelijk te maken:

- Vilans: in samenwerking met senioren- en cliëntenorganisaties informatievoorziening voor groepen die verhoogd kwetsbaar zijn.
- Steunpunt Coronazorgen (ARQ)
- Quarantaine ondersteuningsgids

In de vorige kamerbrief heb ik u geïnformeerd over de stand van zaken en de werking van het informatiepunt Leven in Coronatijd (Leven in coronatijd als je risico loopt | Vilans). Geconcludeerd is dat het informatiepunt voorziet in een behoefte aan begrijpelijke en toegankelijke informatie. De vragen en antwoorden op het informatiepunt zijn gebaseerd op informatie die gepubliceerd is op andere gevalideerde digitale platforms, waaronder de rijksoverheid en het RIVM. Validatie van de antwoorden vindt plaats via de Programmadirectie COVID-19 en door

het RIVM. Inmiddels is het aantal vragen en antwoorden, op basis van uitvragen bij diverse senioren, patiënten- en cliëntenorganisaties, verder uitgebreid. Ook zijn nu vragen en antwoorden over de vaccinatiestrategie en de avondklok opgenomen. Via de social mediakanalen van de rijksoverheid en via de partners blijven we het informatiepunt onder de aandacht brengen.

### *Ondersteuning door gemeenten*

Op lokaal niveau zijn gemeenten de aangewezen overheid om mensen te ondersteunen in deze crisis en dat doen gemeenten op verschillende manieren:

- Quarantaine ondersteuning (bijvoorbeeld helpen bij het doen van boodschappen)
- «Coronateams» en lokale «corona hulplijnen»
- «Coalities tegen eenzaamheid»
- Tal van initiatieven om kwetsbare mensen te helpen: op woensdag 16 december 2020 ben ik bijvoorbeeld in gesprek gegaan met ruim 250 deelnemers uit meer dan 100 gemeenten via een interactieve livestream rondom het thema «Sociale ondersteuning kwetsbare doelgroepen». Doel van de bijeenkomst was het uitwisselen van mooie, inspirerende initiatieven van sociale ondersteuning aan kwetsbare groepen in coronatijd. Met deze uitwisseling werd uitvoering gegeven aan de motie Asscher<sup>61</sup>. Hierbij lag de focus op (1) praktische hulp bij quarantaine, (2) zingeving en eenzaamheid, (3) communicatie in begrijpelijke taal en (4) inzet van burgerinitiatieven en vrijwilligers. In mijn vorige brief heb ik uw Kamer een bijlage meegestuurd met een lijst met initiatieven die in gemeenten ontstaan zijn. Deze initiatieven, hoe klein soms ook, helpen om mensen een steuntje in de rug te geven.
- Continuïteit van ondersteuning en zorg in het kader van de Wmo 2015. Het Rijk heeft met gemeenten een meerkostenregeling afgesproken om zodoende continuïteit van ondersteuning (denk hierbij aan hulp bij het huishouden, begeleiding en dagbesteding) te garanderen. Daarnaast zorgen gemeenten ervoor dat de maatschappelijke opvang voor dak- en thuislozen, ook voor niet rechthebbenden, opengesteld blijft zolang het advies «blijf zoveel mogelijk thuis» geldt.

Ik blij voortdurend in gesprek met gemeenten, maatschappelijke initiatieven en organisaties, om daar waar nodig actief te faciliteren en samen te zorgen voor de continuïteit van ondersteuning. Met bovenstaande voldoe ik aan de toezegging uit het debat van 21 januari 2021 aan het lid Dik-Faber.

In aanvulling op bovenstaande is voor de crisis fors ingezet op e-health ondersteuning. Doel is om met behulp van e-health – de Stimuleringsregeling E-health Thuis (SET) – ouderen en mensen met een (risico op) chronische ziekte of beperking die thuis wonen, de mogelijkheid te bieden om langer zelfstandig thuis te blijven wonen. SET stimuleert het op grotere schaal en structureel inzetten van e-health in de ondersteuning en zorg aan mensen thuis, door:

- Meer gebruikers te creëren van bestaande e-health toepassingen
- Te komen tot structurele inbedding van e-health in het zorgproces
- Te komen tot duurzame bekostiging van e-health.

Aanbieders van zorg of ondersteuning die rond de coronacrisis extra willen inzetten op digitale zorg op afstand voor mensen thuis, konden gebruikmaken van de noodregeling SET COVID-19 en later de SET COVID-19 2.0. De SET COVID-19 2.0 focust zich op risicogroepen bij het

<sup>61</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 700

Coronavirus, zijnde thuiswonende kwetsbare ouderen, mensen met een chronische ziekte of beperking en mensen met een psychische aandoening.

#### Dak- en thuisloze mensen

De richtlijn voor dak- en thuisloze mensen is aangepast<sup>62</sup> naar aanleiding van de invoering van de avondklok. Voor dak- en thuisloze mensen die geen gebruik willen maken van de maatschappelijke opvang is een eigen verklaring niet verplicht. Dat laat onverlet dat het aan gemeenten is om voldoende plekken in de nachtopvang te realiseren. Zij worden opgeroepen de openingstijden aan te passen op basis van de avondklok. Ook is in de richtlijn opgenomen dat het wenselijk is extra veldwerk in te zetten om dak- en thuisloze mensen op straat te informeren over de avondklok en hen naar de opvang te begeleiden. In het tweewekelijkse crisisonderzoek dat het Ministerie van VWS met partijen uit het veld heeft, worden signalen besproken en indien nodig wordt contact opgenomen met de gemeenten waar het niet goed gaat.

#### COVID-19 strategie voor mensen met een beperking of chronische ziekte

In mijn vorige brief heb ik uw Kamer gerapporteerd over de tweede monitor COVID-19 strategie voor mensen met een beperking of chronische ziekte. Per abuis is de monitor zelf als bijlage niet meegeesturd. Met deze brief wil ik deze omissie rechtzetten (zie bijlage Significant Public Monitor 2 – Covid-19)<sup>63</sup>.

#### *Jeugd*

De Jeugdautoriteit heeft haar vierde corona-quickscan jeugdhulpaanbieders opgeleverd [*link volgt*]. In de tweede helft van december is een vragenlijst uitgezet bij 61 (veelal grote) jeugdhulpaanbieders, 66% van hen heeft gereageerd. De uitkomsten geven een inschatting van de aanbieders over de effecten van corona op hun organisaties. Ten opzichte van eerdere scans is op het gebied van personeel sprake van meer ziekteverzuim a.g.v. ziekte, quarantaine en testen.

Er is een toename in het aantal crisisaanmeldingen in de GGZ en 80% van de aanbieders verwacht na de crisis een toename van de instroom als gevolg van uitgestelde hulp. Aanbieders verwachten nog steeds een hogere instroom na afloop en als gevolg van de crisis, ten gevolge van stress bij jeugdigen en in gezinnen. Daarnaast kan er sprake zijn van uitgestelde hulp.

Veel van de benaderde aanbieders vrezen liquiditeitsproblemen later dit jaar. De compensatie voor de gederfde omzet t/m juli 2020 is inmiddels geheel of gedeeltelijk ontvangen bij veel aanbieders, maar het maken van maatwerkafspraken met gemeenten voor de periode na juli 2020 blijkt ervaren aanbieders als lastig.

Andere onderwerpen

PBM

---

<sup>62</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/richtlijnen/2020/11/05/richtlijn-opvang-dak-en-thuisloze-mensen>

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

OMT-advies

Het mondkapje voor publiek gebruik is een belangrijk onderdeel van het totale pakket aan maatregelen om het aantal besmettingen te verminderen. Nu het aantal besmettingen hoog blijft en ook varianten van het virus steeds meer opspelen, dient de vraag zich op of stringenter maatregelen met betrekking tot het gebruik van mondneusmaskers in de openbare ruimte nodig zijn. Het OMT ziet hier op dit moment geen reden toe. Wel kan volgens het OMT het dringende advies om buiten de gezondheidszorg geen medische mondneusmaskers te gebruiken los gelaten worden, nu blijkt dat in de praktijk veel mensen in de publieke ruimte gebruik maken van chirurgische mondneusmaskers (type II of IIR).

In lijn met het advies zal ik de huidige richtlijnen omtrent het dragen van mondkapjes voor publiek gebruik continueren. Dat sluit aan op de conclusies van de WHO dat ook nu nieuwe mutanten van het coronavirus rondwaren, mondkapjes voor publiek gebruik nog steeds effectief zijn om verspreiding van het virus tegen te gaan. Voor wat betreft het type mondkapje voor publiek gebruik zal ik het dringende advies loslaten om geen medische mondneusmaskers in te zetten. Ik kan mij voorstellen dat mensen die toch willen dragen, bijvoorbeeld vanwege een kwetsbare gezondheid. In de tijd dat er nog sprake was van schaarste van medische mondkapjes, was prioritering noodzakelijk. Inmiddels zijn er voldoende medische mondkapjes beschikbaar en is er dus ruimte voor keuzevrijheid. Ik zal de voorlichting hierover op de website van de rijksoverheid aanpassen.

*Gebruik PBM in de zorg*

Iedereen die in de zorg werkt moet dit veilig kunnen doen. Goede en voldoende bescherming van zorgmedewerkers én patiënten staat voorop. Zoals de Minister voor Medische Zorg en Sport (MZS) in de Kamerbrief van 20 januari 2021 aangaf, is het OMT gevraagd of er op basis van de laatste ontwikkelingen en wetenschappelijke inzichten reden is om de huidige richtlijnen/uitgangspunten voor het gebruik van de verschillende typen mondneusmaskers – van met name chirurgische maskers type IIR en FFP2-maskers – in specifieke situaties zoals nu voorgeschreven aan te passen. In paragraaf 1 is het OMT advies over dit onderwerp opgenomen. Daarnaast zal ik ingaan op de motie van het lid Van Kooten-Arissen e.a. die op 26 januari jl. is aangenomen. Hierin wordt het kabinet verzocht ervoor zorg te dragen dat alle medewerkers de beschikking hebben over FFP2-maskers tijdens hun werk.

OMT-advies

Zoals eerder aangeven, stelt het OMT op basis van de wetenschappelijke inzichten op het gebied van infectiepreventie dat een chirurgisch mondneusmasker IIR in de zorg voor personen met (vermoeden van) COVID-19 nog steeds volstaat, zolang er geen aerosolvormende handelingen worden uitgevoerd. Het OMT wijst daarbij op het belang dat dit mondneusmasker zo goed mogelijk aansluit op het gezicht en correct gebruikt en vervangen wordt. Bij aerosolvormende handelingen wordt nog steeds een FFP2-masker geadviseerd.

Daarnaast geeft het OMT aan, zoals ook in de genoemde brief van 20 januari jl. vermeld, dat er ruimte moet blijven om zelf een professionele afweging te maken en gemotiveerd af te wijken van de genoemde norm, als de situatie daarom vraagt. Ik vind het belangrijk om te benadrukken

dat het OMT dit niet alleen zegt vanuit het oogpunt van infectiepreventie, maar ook om rekening te houden met gevoelens van onzekerheid of onveiligheid bij de medewerkers. Werkgevers moeten dergelijke verzoeken en signalen van hun medewerkers serieus nemen.

Ook ben ik het eens met de suggestie van het OMT dat de implementatie op de werkvloer bevorderd wordt – zeker bij kleine(re) werkgevers – als hierover richtlijnen op koepelniveau worden opgesteld. Het OMT raadt zorgkoepels en beroepsverenigingen – die er behoefte aan hebben – aan dergelijke specifieke situaties in hun settingen te benoemen en met de werkgevers afspraken te maken over risico-gericht gebruik van typen medische mondneusmaskers in de COVID-19-zorg. Dit punt vind ik zeer belangrijk en ik wil niet dat er belemmeringen zijn of worden ervaren door medewerkers in de zorg als het aankomt op de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen.

De uitgangspunten voor het gebruik van beschermingsmiddelen buiten het ziekenhuis zijn opgesteld door het RIVM in overleg met de sector. Het RIVM geeft aan dat in wetenschappelijke onderzoeken is aangetoond dat chirurgische mondneusmaskers type IIR, wat betreft de bescherming tegen druppelinfecties, niet onderdoen voor FFP2-maskers. Bij aerosolvormende handelingen, waarbij zeer kleine druppeltjes vrij kunnen komen, is wel altijd een FFP2-masker nodig. De uitgangspunten van het RIVM worden door beroepsgroepen per sector nader ingevuld en vertaald naar behandeladviezen, leidraden en handreikingen, rekening houdend met de context en doelgroep. De Federatie Medisch Specialisten hanteert ook een eigen leidraad voor het gebruik van beschermingsmiddelen in een (poli)klinische setting, vergelijkbaar met de uitgangspunten voor gebruik van mondneusmaskers buiten het ziekenhuis. De werkgever heeft vanuit zijn verantwoordelijkheid voor goede arbeidsomstandigheden de verplichting om op basis van een actuele risico-inventarisatie en -evaluatie in overleg met zijn werknemers een beleid te formuleren dat gezien de situatie passend is.

In reactie op bovengenoemde motie van Van Kooten-Arissen e.a. wil ik benadrukken dat als zorgverleners het nodig vinden om FFP2-maskers te gebruiken hiervoor geen belemmeringen mogen zijn. De Minister voor MZS is daarom over het gebruik van FFP2-maskers in gesprek gegaan met de werkgevers, beroepsverenigingen en de vakbonden. In het gesprek kwam ook naar voren dat het niet alleen om veiligheid van zorgverlener en patiënt gaat, maar ook wat het gebruik met verschillende type mondneusmaskers doet op patiënten bijvoorbeeld in de GGZ. Dit kan reden zijn om beredeneerd juist geen mondmaskers te gebruiken. Na dit overleg is afgesproken dat de betrokken partijen zo spoedig mogelijk verder onderling in overleg treden over eenduidige uitgangspunten en met name de praktische doorvertaling op de werkvloer.

Ik wil expliciet benoemen dat de beschikbaarheid van mondneusmaskers, inclusief FFP2-maskers, op dit moment geen rol speelt. Deze producten zijn voor de zorg goed beschikbaar en leverbaar via de reguliere leveranciers en er is productie van mondmaskers in Nederland. Bovendien zijn er ruim voldoende beschermingsmiddelen beschikbaar via de noodvoorraad van het Landelijk Consortium Hulpmiddelen. Ik houd continu in de gaten of dat zo blijft en als blijkt dat er – uit voorzorg – extra ingekocht moet worden dan doe ik dat. Tot slot mogen de kosten voor de aanschaf van PBM geen reden zijn voor onvoldoende bescherming. Er zijn meerkostenregelingen COVID-19 waar werkgevers een beroep op kunnen doen. Dit heb ik in mijn overleg met de koepels en de bonden expliciet benadrukt.

## Arbeidsmarkt

### *Reactie op het advies van de Commissie Werken in de Zorg*

Wij zijn de commissie erkentelijk voor haar gedegen analyse van het matchingsproces van «Extra Handen voor de Zorg» (hierna EHvdZ) tijdens de eerste Coronagolf (tot en met juni 2020) en de concrete aanbevelingen om tot een effectiever matchingsproces te komen.

Kort na de uitbraak van de pandemie is EhvdZ opgericht door RegioPlus, Nu'91, CNV, Actiz en Extra Zorg Samen. Deze netwerkorganisatie wordt gefaciliteerd door VWS.

### Analyse

De commissie constateert dat er tijdens de eerste Coronagolf een groot verschil bestond tussen de vraag naar -en het aanbod van extra mensen. De commissie stelt dat hier drie fricties aan ten grondslag liggen. Zo bestond er een verschil qua beschikbaarheid. Mensen die zich aanmeldden waren over algemeen beperkt beschikbaar, terwijl werkgevers op zoek waren naar kandidaten met een beschikbaarheid van minimaal 3 dagen (en het liefst fulltime). Daarnaast was sprake van een geografische mismatch. De vraag was met name groot in Zuid-Nederland en een deel van de Randstad, terwijl kandidaten zich in het hele land aanmeldden. De derde frictie trad op tussen gevraagde en aangeboden diploma's en competenties. Zorgorganisaties zochten vooral personeel met diploma's en een geldige BIG-registratie, terwijl de mensen die zich meldden vooral meer praktisch opgeleid waren en/of geen medische achtergrond hadden. De commissie beschouwt de gang van zaken tijdens de eerste golf als een gemiste kans om mensen met interesse voor de zorg warm te houden en duurzaam in te laten stromen.

De commissie doet een aantal aanbevelingen in haar rapport ter verbetering van de aanpak. Ten behoeve van een gestructureerde beantwoording zijn die gegroepeerd weergegeven:

- Leer van Defensie en van het Rode Kruis. Structureer de hulpvraag in goed afgebakende werkpakketten. Lever «pasklare» mensen aan de zorgorganisaties.
- Zorg dat de bemiddelaars zowel de vraag als het aanbod kennen en dat bij elkaar brengen. Investeer in bemiddelaars, het zijn de «basisspelers» in het matchingsproces.
- Zoek in de bemiddeling tussen vraag en aanbod naar de juiste verhouding tussen de menselijke maat en ondersteuning door een digitaal proces.
- Als je mensen opleidt in de Nationale Zorgklas, dan moeten ze ook aan het werk kunnen.
- Sluit aan bij bestaande en goed werkende regionale organen voor de coördinatie van personeelscapaciteit tijdens de crisis.

### Reactie

Kort na de uitbraak van de pandemie is door een aantal zorgpartijen het initiatief EHvdZ opgericht. Wij spreken onze waardering uit voor EHvdZ. Zij hebben de handschoen opgepakt om zoveel mogelijk organisaties te voorzien van hulpaanbod op het moment dat zorgaanbieders zelf niet meer via reguliere kanalen aan personeel konden komen. Wij zijn het met de commissie eens dat er meer mogelijk is om vraag en aanbod bij elkaar te brengen om daarmee mensen die zich aanmelden, niet alleen in te zetten, maar ook zoveel mogelijk te behouden voor de zorg. De analyse



van de commissie-WIZ en de aanbevelingen hebben wij uitgebreid besproken met de partijen die samenwerken in «Extra Handen voor de Zorg».

Aan de hand van de inzichten en adviezen van de commissie zijn afspraken gemaakt om het matchingsproces tussen vraag en aanbod verder te verbeteren en te zorgen voor goede begeleiding, warme communicatie en onderling contact tussen kandidaten en geplaatsten. Onderstaand gaan we per aanbeveling in op de concrete uitwerking/afspraken.

*Leer van Defensie en van het Rode Kruis. Structureer de hulpvraag in goed afgebakende werkpakketten. Lever «pasklare» mensen aan de zorgorganisaties.*

De Commissie stelt dat Extra Handen kan leren van de werkwijze van het Rode Kruis en benadrukt daarbij het belang van een goed gestructureerde hulpvraag in afgebakende pakketten. In lijn met dit advies worden de keuzes aan de aanbodzijde (kandidaten) en aan de vraagzijde (zorgorganisaties) teruggebracht en vormgegeven in vooraf gedefinieerde profielen en werkpakketten.

Zo zijn er aan de aanbodzijde vier profielen ingericht: 1) tijdelijk inzetbaar zonder zorgervaring, 2) medisch student/in een zorgopleiding, 3) tijdelijk inzetbaar met zorgervaring, 4) kandidaten die duurzaam in de zorg willen instromen. Ook aan de vraagkant zijn vier typen werkpakketten ingericht aansluitend op bovenstaande profielen.

*Zorg dat de bemiddelaars zowel de vraag als het aanbod kennen en dat bij elkaar brengen. Investeer in bemiddelaars, het zijn de «basisspelers» in het matchingsproces.*

*Zoek in de bemiddeling tussen vraag en aanbod naar de juiste verhouding tussen de menselijke maat en ondersteuning door een digitaal proces. Als je mensen opleidt in de Nationale Zorgklas, dan moeten ze ook aan het werk kunnen.*

Het is goed dat de commissie aandacht vraagt voor de menselijke factor en het belang van persoonlijke aandacht in alle fasen van het matchingsproces, maar ook daarna. EHvdZ werkt nauw samen met het uitzendwezen. Inmiddels zijn er bij EHvdZ 40 recruiters aan de slag die de matching optimaliseren. Ook is geïnvesteerd in het IT-systeem waarmee kandidaten worden gekoppeld aan zorgorganisaties. Voor deze activiteiten stellen we vanuit VWS extra middelen beschikbaar (€ 6 mln. voor de periode november 2020 – april 2021), zodat EHvdZ de mensen die zich aanmelden adequaat te woord kan staan, kan doorgeleiden naar banen, maar aanmelders ook enthousiast houden, wanneer zich niet direct een goede match aandient.

De fricties die de commissie signaleert zijn niet volledig op te lossen op korte termijn. Echter, met verschillende maatregelen rond werving en matching worden zoveel mogelijk obstakels weggenomen die de instroom van extra personeel belemmeren. Daarnaast wordt geïnvesteerd in het behoud van deze mensen voor de sector (zie ook onderstaand).

*Sluit aan bij bestaande en goed werkende regionale organen voor de coördinatie van personeelscapaciteit tijdens de crisis.*

Wij zijn het met de commissie eens dat het aansluiten op regionale structuren bijdraagt aan een optimale verdeling van personeel. In december zijn afspraken gemaakt om ondersteuning door Defensie zo

effectief mogelijk in te zetten. Over deze procedure hebben wij uw Kamer op 5 januari<sup>64</sup> geïnformeerd. In deze procedure wordt nagegaan of het probleem in, en met, de regio kan worden opgelost. Dan volgt het Rode Kruis en EHvdZ. Pas op het moment dat deze mogelijkheden zijn uitgeput, kan de hulp van Defensie worden ingeroepen.

De ervaring met de aanvragen voor militaire bijstand leert ons dat er in veel gevallen nog mogelijkheden zijn in de regio die benut kunnen worden. De GGD/GHOR heeft een expertiseteam ingericht die regionale samenwerking ondersteunt en GGDs/ROAZ-en adviseert over ketenoverstijgende oplossingen zoals overloopcapaciteit (zorghotels, COVID-19-centra).

### Duurzame instroom in de zorg

De commissie beschouwt de gang van zaken tijdens de eerste golf als een gemiste kans om mensen met interesse voor de zorg warm te houden en duurzaam in te laten stromen. In reactie daarop het volgende.

Wij zien dat veel mensen zich aanmelden om bij te springen in de crisis. Dat wordt enorm gewaardeerd. Deze kandidaten zijn gemotiveerd om aan de slag te gaan in de zorg. Wat wij helaas ook zien is dat er door de fricties die de commissie signaleert (mismatch in beschikbaarheid in tijd en plaats, diploma's), een deel van die mensen niet wordt geaccepteerd door zorgorganisaties. Dat leidt tot frustratie aan de kant van de deelnemers. We kunnen dat niet helemaal voorkomen.

We zetten in op het behoud van mensen die zich nu aanmelden door middel van coaching en opleiding. Kandidaten die overwegen om de zorg in te stromen kunnen een gratis individueel coachingstraject aanvragen bij «Sterk in je werk» ([www.sterkinjewerk.nl](http://www.sterkinjewerk.nl)). Ook krijgen zij binnenkort toegang tot online communities via Extra Zorg Samen. Hier kunnen kandidaten ervaringen met elkaar delen en leren van elkaar. Kandidaten kunnen daarnaast gebruik maken van de trainingsmodules van de Nationale Zorgklas, genaamd «gastheer/-vrouw» en «ondersteunend zorgverlener». Met de coronabanensubsidie maken we het aantrekkelijk voor werkgevers om deze mensen in dienst te nemen én goed te begeleiden.<sup>65</sup>

We investeren in deze mensen met opleidingen. Kandidaten die de ambitie hebben om duurzaam in te stromen in de zorg kunnen via de Nationale Zorgklas deelcertificaten behalen op mbo-niveau 2 en 3 gericht op de diploma's verzorgende IG en medewerker maatschappelijke zorg. EHvdZ houdt contact met de instromers tijdens en na hun inzet, om na te gaan wat hun ervaringen zijn, maar ook ten behoeve van inzicht in hun toekomstige beschikbaarheid. Dit opleidingstraject is tevens een opstap om werkgevers tegemoet te komen in hun sterke behoefte aan gekwalificeerd personeel. Mochten opgeleiden onverhoopt geen werkplek vinden binnen de zorg, dan kunnen zij met hun kwalificatie elders op de arbeidsmarkt aan de slag.

### *Ontwikkelingen Extra Handen voor de Zorg*

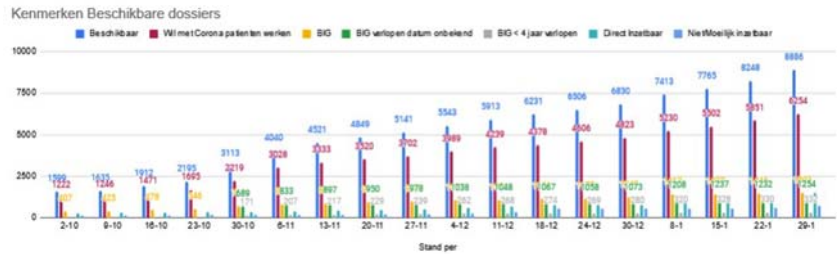
#### Aantal beschikbare mensen en hun zorgachtergrond

In totaal stond de teller op 29 januari jl. op 8886 beschikbare mensen bij EhvdZ, waarvan 1502 met een geldige BIG-registratie, 332 met een BIG-registratie die minder dan 4 jaar geleden is verlopen en 1254 met een verlopen BIG-registratie waarvan de datum onbekend is. Het aantal beschikbare mensen is harder gestegen dan het aantal nieuwe aanmel-

<sup>64</sup> Kamerstuk 29 282, nr. 426

<sup>65</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 874

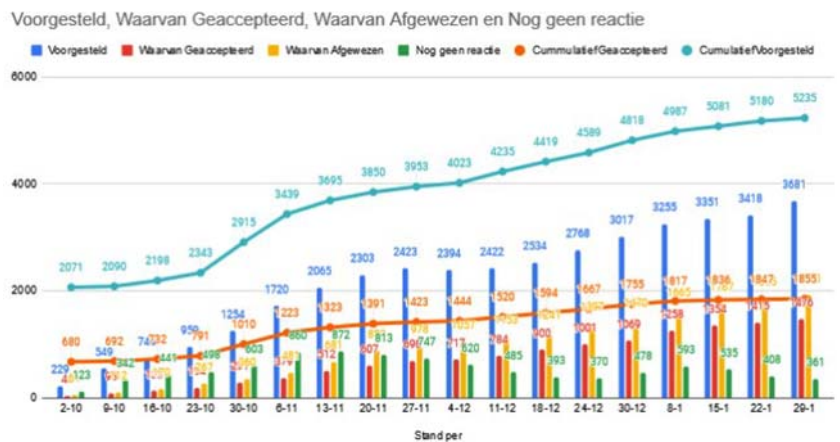
dingen. Dit wordt verklaard doordat mensen die zich in de eerste golf hebben gemeld, nogmaals benaderd worden.



Figuur 11. Aantal beschikbare mensen en hun zorgachtergrond.

### Matching Extra Handen voor de Zorg

Van de 3681 mensen die tot en met 29 januari jl. werden voorgesteld aan organisaties, zijn er 1476 zijn ingezet, 1855 zijn afgewezen. 361 mensen wachten nog op een reactie (zie onderstaand). Het aantal afwijzingen wordt in hoge mate verklaard door het feit dat met name gevraagd wordt om gediplomeerde, direct zelfstandig inzetbare zorgprofessionals.



Figuur 12. bruto/netto matching

### Inventarisatie behoeften van zorgverleners

Naar aanleiding van de motie van lid Marijnissen dd. 15-12-2020 heeft stichting «Extra Zorg Samen» op verzoek van VWS geïnventariseerd waar zorgpersoneel behoefte aan heeft en hoe zij ondersteund kunnen worden in hun dagelijkse werkzaamheden gedurende deze tweede coronagolf. «Extra Zorg Samen» is één van de initiatiefnemers van EHvdZ.

De behoeftescan is uitgevoerd door ambassadeurs van «Extra Zorg Samen» onder zorgpersoneel dat direct werkzaam is op de werkvloer, aangezien zij vanuit de dagelijkse praktijk kunnen aangeven welke knelpunten zorgpersoneel ervaart en hoe deze knelpunten in hun ogen kunnen worden verminderd of opgelost.

Om reden van de beperkte tijdsperiode is de behoeftescan kleinschalig uitgevoerd. Zo is er gesproken met verpleegkundigen, verzorgenden en artsen van vier zorginstellingen. Het doel was om op informele wijze een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de behoeften van het zorgpersoneel. De ambassadeurs hebben de tijd genomen om te luisteren naar verpleegkundigen, verzorgden en artsen, om knelpunten en oplossingsrichtingen

te identificeren. Artsen zijn initieel ook meegenomen in de analyse. Echter, vanwege het gering aantal artsen waarmee gesproken is, is besloten deze groep uiteindelijk uit de scope van de behoeftescan te laten.

Uit de behoeftescan komt naar voren dat het zorgpersoneel behoefte heeft aan aandacht en erkenning. Ze willen gezien en gehoord worden. Ook hebben zorgmedewerkers behoefte aan een uitlaatklep en aan een veilig gevoel binnen het team. Het prioriteren van zorgmedewerkers bij vaccinaties draagt hieraan bij. Daarnaast wil het zorgpersoneel betrokken worden bij besluiten waarin de zorg in de organisatie wordt opgeschaald en is er behoefte aan duidelijke communicatie richting de zorgprofessionals zowel vanuit de zorginstellingen als vanuit de overheid. Tevens verwacht het zorgpersoneel dat het anders organiseren van de werkzaamheden helpt om de knelpunten in de zorg weg te nemen.

Wij zijn «Extra Zorg Samen» erkentelijk voor deze inventarisatie en willen op korte termijn de uitkomsten bespreken met de werkgevers- en werknemersorganisaties.

### *Pgb-zorgbonusregeling*

Er is tijdens de eerste COVID-19 uitbraak van 1 maart tot 1 september 2020 een uitzonderlijke prestatie gevraagd van de zorgprofessionals die zich hebben ingezet in de strijd tegen COVID.

Deze inzet heeft de waardering van het kabinet. Om deze waardering niet alleen in woord maar ook in daad uit te dragen, heeft het kabinet het mogelijk gemaakt een eenmalige bonus van netto € 1.000 uit te keren aan deze zorgprofessionals. Dit is vastgelegd in de Subsidieregeling bonus zorgprofessionals COVID-19 (bonusregeling). Dat geldt ook voor de groep zorgverleners die betaald worden vanuit een pgb. Om die reden dienen zij ook een bonus te kunnen krijgen.

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

In mijn brief van 8 december 2020 heb ik de beoogde opzet toegelicht van de verdere uitwerking van de bonusregeling voor zorgprofessionals die werkzaam zijn als pgb-zorgverlener en waarvan de werkzaamheden bekostigd worden vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet en Wet langdurige zorg (Wlz) (hierna: pgb-zorgbonusregeling). Ook ben ik ingegaan op het bijbehorende tijdpad voor openstelling van deze regeling.

Ten aanzien van het tijdpad kan ik u melden dat de pgb-zorgbonusregeling conform planning naar verwachting op 1 maart 2021 in de Staatscourant wordt gepubliceerd. Gelijktijdig zal de pgb-zorgbonusregeling ook raadpleegbaar zijn op de website van de rijksoverheid en wordt het aanvraagloket van de pgb-zorgbonusregeling geopend. Er is gekozen voor eenzelfde datum voor publicatie als opening van het aanvraagloket, zodat budgethouders bij eventuele vragen omtrent de pgb-zorgbonusregeling direct door de uitvoerder kunnen worden geholpen. Hieronder licht ik de pgb-zorgbonusregeling nader aan u toe.

## Uitvoerder pgb-bonusregeling van VWS

Ik heb de SVB gevraagd om de pgb-zorgbonusregeling in mandaat onder mijn bevoegdheid uit te voeren. De SVB heeft aangegeven dat de pgb-zorgbonusregeling voor haar uitvoerbaar is. Ook de benodigde instemming en goedkeuring van de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (als zijnde verantwoordelijk bewindspersoon voor de SVB) is door mij verkregen. Dit betekent dat de SVB per 1 maart 2021 de pgb-zorgbonusregeling van VWS in naam van de Minister voor Medische Zorg en Sport gaat uitvoeren.

## Openingstermijn aanvraagloket

De SVB opent op 1 maart 2021 het aanvraagloket voor de duur van zes weken, te weten tot maandag 12 april 2021 23.59 uur. Gedurende dit tijdvak van zes weken kan de budgethouder voor zijn zorgverlener(s) waarvan hij van oordeel is dat deze een uitzonderlijke prestatie in de strijd tegen COVID-19 heeft/hebben geleverd een netto bonus van € 1.000 aanvragen (pgb-zorgbonus). De aanvraag kan zowel digitaal via het bestaande portaal MijnPGB, als op papier bij de SVB worden ingediend.

## Doelgroep

De pgb-zorgbonusregeling heeft betrekking op zorgverleners die worden betaald vanuit een pgb op grond van de Wmo 2015, de Jeugdwet of de Wlz. Voor zorgverleners die pgb-zorg verlenen via de Zorgverzekeringswet zijn nu nog niet voldoende gegevens beschikbaar om een aanvraag te kunnen beoordelen. Daarom wordt nog onderzocht hoe voor deze groep de bonusregeling uitgevoerd kan worden binnen de randvoorwaarden. Over de mogelijkheden hieromtrent wordt u in het voorjaar geïnformeerd.

Een aanvraag voor het toekennen van een pgb-zorgbonus staat niet open voor partners of familieleden (zorgverleners die werken via een overeenkomst van opdracht met partner of familielid). Daarnaast is in de pgb-zorgbonusregeling opgenomen dat een pgb-zorgbonus niet kan worden aangevraagd door de gemachtigd of wettelijk vertegenwoordiger van de budgethouder die tevens zorgverlener is en daarmee een aanvraag indient ten behoeve van zichzelf. Op deze manier wordt zo veel als mogelijk geborgd dat bij de aanvraag van een pgb-zorgbonus een onafhankelijke toets plaatsvindt van de uitzonderlijke prestatie. U bent hierover reeds geïnformeerd in mijn brief van 8 december 2020<sup>66</sup>.

## Voorwaarden pgb-zorgbonus

De voorwaarden om in aanmerking te komen voor de pgb-zorgbonus zijn neergelegd in de pgb-zorgbonusregeling. Deze voorwaarden sluiten zoveel mogelijk aan bij de criteria uit de bonusregeling voor een aanvraag door een zorgaanbieder.

De SVB toetst een pgb-zorgbonusaanvraag aan deze voorwaarden. Een aanvraag voor een pgb-zorgbonus kan door de budgethouder worden ingediend (zelf, of vertegenwoordigd door een gemachtigd of wettelijk vertegenwoordiger) voor de zorgverlener die op basis van een zorgovereenkomst tijdens de COVID-19 uitbraak van 1 maart tot 1 september 2020 ten laste van het pgb zorg heeft verleend aan de budgethouder en naar het oordeel van de budgethouder een uitzonderlijke prestatie heeft geleverd in de strijd tegen COVID-19. De budgethouder dient bij de aanvraag een verklaring te overleggen dat deze uitzonderlijke prestatie is verricht. Zoals reeds onder het kopje doelgroep is omschreven, kan de

<sup>66</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 771.

pgb-zorgbonus niet aangevraagd worden door de zorgverlener zelf, of voor een partner of familielid. Een zorgverlener kan ten hoogste één pgb-zorgbonus ontvangen. Om in aanmerking te komen voor de pgb-zorgbonus mag de zorgverlener niet meer verdienen dan 2x modaal.

### Handreiking

Analoog aan de hoofdregeling is voor de pgb-zorgbonusregeling een handreiking opgesteld. Deze handreiking helpt de budgethouder bij het indienen van de aanvraag van de pgb-zorgbonus en in het bijzonder bij de beoordeling van de vraag of er sprake is van een uitzonderlijke prestatie. De handreiking is in overleg met Per Saldo gemaakt. De handreiking zal gelijktijdig en samen met de pgb-zorgbonusregeling worden gepubliceerd op de website van de rijksoverheid.

### Uitbetaling pgb-zorgbonus

Indien wordt voldaan aan de voorwaarden zoals opgenomen in de pgb-zorgbonusregeling, wordt de netto zorgbonus door de SVB rechtstreeks aan de zorgverlener waarvoor de pgb-zorgbonus is aangevraagd – dus zonder nadere tussenkomst van de budgethouder – uitbetaald. Er is gekozen voor een rechtstreekse betaling aan de zorgverlener, om de administratieve lasten voor de budgethouder zo laag mogelijk te houden en omdat de rechtstreekse uitbetaling aan de zorgverlener aansluit bij het trekkingsrecht. Wel ontvangt de budgethouder het besluit van de SVB of de aanvraag van de pgb-zorgbonus door de SVB is af of toegewezen. De beoordeling van de aanvraag en uitbetaling van de pgb-zorgbonus vindt plaats nadat het aanvraagloket bij de SVB is gesloten. Naar verwachting kan de zorgverlener een toegekende pgb-zorgbonus in mei/juni uitbetaald krijgen.

De pgb-zorgbonus wordt bekostigd uit het VWS-budget dat voor de bonusregeling is gereserveerd. De pgb-zorgbonus komt daarmee niet ten laste van het individuele pgb van de budgethouder. De pgb-zorgbonus betreft een nettobedrag voor de zorgverlener. De pgb-zorgbonus heeft daardoor voor de pgb-zorgverlener geen gevolgen voor de heffing van inkomstenbelasting en premie volksverzekeringen. Ook heeft de pgb-zorgbonus geen gevolgen voor het inkomen dat telt voor inkomensafhankelijke regelingen. Om de netto betaling van de pgb-zorgbonus te realiseren draagt de SVB als uitvoerder van de pgb-zorgbonus de hierover verschuldigde eindheffing af aan de Belastingdienst, conform de hiervoor in het Belastingplan 2021<sup>67</sup> opgenomen wijze. De zorgverlener wordt hierover geïnformeerd, zodat deze ervan op de hoogte is dat er sprake is van een netto uitkering van de pgb-zorgbonus.

### *Communicatie*

In het debat op 21 januari met uw Kamer heeft de Minister-President aan mevrouw Van Kooten-Arissen toegezegd om in deze brief inzicht te geven in de inrichting van de communicatie rondom het coronabeleid van het kabinet. In deze paragraaf wordt aan de toezegging van de Minister-President voldaan. De coronacommunicatie is een gemeenschappelijke inspanning van vrijwel alle departementen, het Ministerie van VWS heeft daarin uiteraard een centrale rol. Naast de departementen hebben ook de veiligheidsregio's en gemeenten een grote verantwoordelijkheid en pakken tal van maatschappelijke organisaties en bedrijven hun rol. Om dit goed te kunnen coördineren is bij de NCTV het Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie COVID-19 (NKC-C19) actief. Het NKC-C19 wordt

<sup>67</sup> Kamerstuk 35 572, nr. 17

bemenst door communicatiemedewerkers van verschillende ministeries. Er wordt nauw samengewerkt met de beleidsontwikkelaars van de betrokken ministeries. Het NKC-C19 adviseert de MCC19 en de ambtelijke besluitvormingsstructuur.

### *Uitgangspunten communicatie*

Om de naleving van de maatregelen in de samenleving zo groot mogelijk te maken, zijn volgens de gedragswetenschap drie elementen essentieel: Context, Controle en Communicatie. Bij controle gaat het om adequate handhaving. Elders in deze brief beschrijft het kabinet hoe daar op wordt geïntensiveerd. Bij context gaat het om de inrichting van de samenleving waardoor naleving eenvoudiger wordt. Denk daarbij aan interventies zoals handpompjes bij de ingang van publieke gebouwen, het aanleggen van eenrichtingsverkeer op drukke straten en het maken van looproutes in winkels. Dit laatste is nadrukkelijk de verantwoordelijkheid van decentrale overheden en andere maatschappelijke en sociale partners. Communicatie is het derde element. Voor effectieve gedragscommunicatie zijn drie pijlers relevant:

- 1) De samenleving goed informeren over de maatregelen.
- 2) Handvatten bieden om naleving makkelijker te maken.
- 3) Uitleggen waarom het belangrijk is dat de maatregelen zijn genomen en wat het perspectief is als maatregelen worden nageleefd.

Vanaf het begin van de coronacrisis hanteert het NKC-C19 een set uitgangspunten waarop communicatie is gebaseerd. Deze uitgangspunten worden regelmatig geijkt, uitgebreid met nieuwe inzichten en aangepast aan de fase waarin de crisis zich bevindt. De belangrijkste uitgangspunten zijn:

- Openheid over waarom we iets wel of niet doen. Dilemmalogica wordt actief toegepast.
- Het maatschappelijk gesprek wordt gevoed met feiten en sluit aan op de emotie.
- Begrijpelijk en concreet taalgebruik.
- Aansluiten op gedrag en achterliggende waarden, werk van daaruit aan gewenst gedrag.
- Eenheid waar dat moet, variatie waar het kan.
- Communicatie en beleidsmaatregelen versterken elkaar.
- Schets altijd een realistisch perspectief.

Vanaf het begin van de crisis wordt gebruik gemaakt van de expertises die binnen en buiten de rijksoverheid beschikbaar zijn. Omdat compliant gedrag in deze crisis zo'n belangrijke bepaler is voor de effectiviteit van het beleid, wordt intensief samengewerkt met gedragspecialisten en wordt communicatieonderzoek op regelmatige basis ingezet. Het NKC-C19 werkt samen met de gedragsunit van het RIVM en het onderzoekscluster van Dienst Publiek en Communicatie. En in het NKC-C19 zijn zowel gedragspecialisten en onderzoekers actief. Bij alle communicatie (van persconferentie tot tv-spot) worden de inzichten van de gedragspecialisten en onderzoekers toegepast. Zo werkt het NKC-C19 aan evidence based communicatie.

In de praktijk wordt de coronacommunicatie via de volgende lijnen uitgewerkt:

- Informatievoorziening
- Bekendmaking nieuwe maatregelen
- Campagnes
- Extra communicatie-inzet voor specifieke groepen
- Faciliteren partners
- Aandacht voor elkaar

### *Informatievoorziening*

Rijksoverheid.nl/coronavirus is de basis van de informatievoorziening van alle communicatie over het coronabeleid. Er is een toelichting op en uitleg van alle maatregelen die het kabinet genomen heeft. Webteksten zijn kort na besluitvormingsmomenten up-to-date en worden via sociale media onder de aandacht gebracht. Op basis van vragen uit de samenleving kunnen teksten worden uitgebreid. Ook door middel van omgevingsanalyses van reguliere en sociale media komen actuele (communicatie)vraagstukken aan het licht, die kunnen leiden tot aanvullende communicatieinzet. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de indeling: welke informatiebehoefte is er, welk handelingsperspectief is er nodig en hoe kan aan betekenisgeving worden gedaan.

Het publiek kan via de e-mail, sociale media en de telefoon (0800-1351 en 1400) vragen stellen. Dagelijks worden zo duizenden vragen beantwoord.

### *Bekendmaking nieuwe maatregelen*

Als het kabinet besluit tot nieuwe maatregelen, zet het zich maximaal in om ervoor te zorgen dat iedereen in Nederland daarvan op de hoogte is. Nieuwe maatregelen worden bekend gemaakt met een persconferentie die rechtstreeks wordt uitgezonden op tv en via livestreams op social media, dankzij samenwerking met media als de NOS en RTL. Kijkcijfers van die persconferenties lopen op tot boven de 8 miljoen kijkers. Dit grote bereik draagt bij aan snelle bekendheid van de maatregelen. Relevante stakeholders worden waar mogelijk voor de persconferentie geïnformeerd zodat zij ook hun rol kunnen pakken bij communicatie richting hun doelgroepen of achterban.

Op de verschillende sociale mediakanalen van de rijksoverheid verschijnen updates, met bijvoorbeeld een visual met overzicht van de nieuwe maatregelen, of specifieke content om een bepaalde maatregel breed te communiceren. Bij al deze inzet wordt gedragskennis toegepast om ervoor te zorgen dat de middelen voor een breed publiek zijn te begrijpen en concreet genoeg zijn om voor de juiste handeling te zorgen.

### *Doorlopende campagnes*

In maart vorig jaar is de campagne «Alleen samen krijgen we corona onder controle» gestart. Deze campagne dient als koepel voor de verschillende campagnes over maatregelen, testen, quarantaine en vaccineren. Sinds maart zijn vrijwel continu één of meerdere deelcampagnes in de lucht. Voor een deel van de campagnes worden radio en tv-spotjes gemaakt. Alle campagnes hebben inzet op sociale media, in (online) magazines en kranten. Campagnes worden steeds vernieuwd om nieuwe inzichten en ontwikkelingen mee te nemen en om de aandacht op de campagne te houden. Na de zomer is de insteek van de «Alleen samen»-campagne gewijzigd, van vooral informerend naar een campagne met concreet handelingsperspectief. Op dit moment lopen de volgende campagnes:

- Thuisblijven. Fysieke contacten moeten vermeden worden. Thuis en op het werk. Hoe minder mensen je ontmoet, hoe kleiner de kans dat het virus wordt overgedragen. Om deze boodschap over te brengen is een televisie- en radiocommercial, online video en Spotify uiting gemaakt, die sinds 23 januari uitgezonden worden.
- Avondklok. Nederland is geïnformeerd over de avondklok. Met onder andere een advertentie in landelijke dagbladen, banners, social advertenties, digitale abri's in het straatbeeld, supermarkten en stations en branded content (richting jongeren). Doel is om te informeren dat er een avondklok is, wat dit betekent en waar je terecht kan voor meer informatie.



- Vaccineren. Campagne met spots op tv en radio, online video, social en online-advertenties. En de website [www.coronavaccinatie.nl](http://www.coronavaccinatie.nl), met informatie over de verschillende vaccins en de volgorde waarin er wordt gevaccineerd. De campagne moet eraan bijdragen dat uiteindelijk zo veel mogelijk mensen zich laten vaccineren tegen het coronavirus.
- Reisadvies. Bannercampagne tot eind maart met de boodschap: Vakantie in het buitenland? Tot en met 31 maart reizen we niet.

#### *Extra communicatie-inzet voor specifieke groepen*

Met de bovenstaand beschreven inzet wordt een groot deel van de samenleving bereikt. Een aantal doelgroepen zijn lastiger te bereiken. Voor deze doelgroepen zet het kabinet extra in op gerichte communicatie.

#### Jongerencommunicatie

Jongeren (12–18) en jongvolwassenen (18–34 jaar) leveren veel in als gevolg van de coronamaatregelen. Tegelijkertijd spelen zij een belangrijke rol bij de verspreiding van het virus. Om de naleving van coronamaatregelen onder jongeren te verbeteren, hen te helpen bij mentale gezondheid en perspectief te bieden, zetten we sinds september 2020 extra in op communicatie richting deze doelgroep. Met behulp van een jongeren klankbordgroep wordt invulling gegeven aan diverse uitingen, aansluitend bij de belevingswereld van jongeren. Via mediapartijen als Hearst, SlamFM, FunX en social mediakanalen (TikTok, Facebook, Instagram, Snapchat) worden tips, adviezen en hulplijnen gedeeld.

FunX, VICE, Cosmopolitan, Glamour, ELLE en SLAM! hebben content ontwikkeld die aansluit op de boodschap van de koepelcampagne. Namelijk; beperk het aantal fysieke contacten. Hoe minder mensen je ontmoet, hoe kleiner de kans is dat je vrienden, familie of een ander besmet. Daarnaast wordt in de content aandacht besteed aan de avondklok.

#### Studentencampagne eenzaamheid jongeren

Studentensport Nederland (SSN) is hét studentensport orgaan van Nederland en heeft ons benaderd met de vraag om iets te doen tegen eenzaamheid onder hun studenten. Er zijn uitingen ontwikkeld voor Facebook en Instagram, waarin studenten aangeven wat zij doen om eenzaamheid in hun omgeving te voorkomen. De SSN verspreidt de uitingen onder alle studentensportverenigingen, die het onder haar leden verspreiden. Er zijn ook een aantal algemene uitingen opge maakt met het logo van rijksoverheid, die voor een breed publiek ter beschikking worden gesteld om te verspreiden.

#### Bi-culturele doelgroep

Voor de bi-culturele doelgroep zijn vanaf 24 november online video's verspreid, waarin we thuissituaties tonen, geënt op verschillende culturen (Marokkaans, Turks, Surinaams, Antilliaans en Kaapverdisch). Deze video's zijn bedoeld voor de 1e generatie migranten. De video's gaan over quarantaine (bij ervaren van klachten) en het houden van 1.5 meter afstand in huis. Dit in verband met de vele besmettingen binnenshuis met familie en/of vrienden en met het oog op de feestdagen. De oorspronkelijke taal van de betreffende cultuur wordt hierin ook gevoerd. De video's worden Nederlands ondertiteld en verspreid via social en andere online kanalen waar deze doelgroep te vinden is.

## Niet-Nederlandstaligen

Om ook niet-Nederlandstaligen te bereiken worden de middelen met nieuwe maatregelen standaard vertaald in acht talen voor mensen die het Nederlands niet machtig zijn. Met name gemeenten verspreiden deze informatie in de lokale migrantennetwerken. Vanuit deze netwerken wordt de informatie verder gedeeld. Op verzoek wordt informatie ook naar andere talen vertaald. De persconferenties zijn binnen een dag na de uitzending in verschillende talen beschikbaar.

## Mensen met verminderd taalbegrip

De rijksoverheid probeert zoveel mogelijk informatie in zo begrijpelijk mogelijke taal te verwoorden. Maar voor een deel van de mensen in Nederland is dit te ingewikkeld. Denk aan laaggeletterden, mensen voor wie Nederlands een tweede taal is en mensen met een verstandelijke beperking. Voor deze groepen wordt bijvoorbeeld direct na de persconferentie een nieuwsbericht in begrijpelijke taal gepubliceerd en een beelddisambiguïteit met gebruik van iconen en slechts zeer beperkt aantal woorden. Ook werkt NKC-C19 samen met Steffie.nl, een informatie-website voor mensen met een verstandelijke beperking. De belangrijkste coronamaatregelen worden door Steffie op simpele wijze uitgelegd.

## Visuele en auditieve beperking

Vanaf het begin van de crisis is er aandacht voor mensen met visuele en auditieve beperkingen. De websites van de rijksoverheid zijn toegankelijk voor beide doelgroepen. De persconferenties worden direct vertaald in gebarentaal.

## *Partners faciliteren*

De rijksoverheid heeft een groot bereik met bovenstaande communicatie. Maar communicatie van andere partijen is cruciaal om het bereik groter en communicatie effectiever te maken. Vanuit NKC-C19 wordt intensief samengewerkt met de Veiligheidsregio's en de gemeenten. Het NKC-C19 faciliteert de Veiligheidsregio's en gemeenten door bijvoorbeeld informatie of (campagne)content te delen. De communicatieboodschappen van Rijk en gemeenten worden, waar dat kan, op elkaar aangepast, zodat er zo veel mogelijk met dezelfde boodschap wordt gecommuniceerd. Daarnaast worden kennis en ervaringen uitgewisseld om te zorgen dat nieuwe inzichten brede toepassing vinden.

Niet alleen de partners aan de overheidskant hebben een belangrijke rol. Ook maatschappelijke en sociale partners, koepelpartijen en marktpartijen hebben een grote communicatierol. Zo dragen beheerders van (semi-) publieke plaatsen, van stations tot detailhandel, met hun eigen communicatie op grote schaal bij aan het stimuleren van de naleving van basisregels. De departementen hebben met veel van deze partijen regelmatig contact om communicatie-inspanningen af te stemmen. Waar dat nodig en mogelijk is faciliteert het NKC-C19 de communicatie van deze partners.

## *Aandacht voor elkaar*

Het coronavirus raakt ons allemaal. In ons werk, onze vrije tijd en in het contact met familie en vrienden. We hebben elkaar hard nodig. Daarom is het project «Aandacht voor elkaar» opgezet. Dat is bedoeld om stil te staan bij elkaars emoties en elkaars onzekerheid rondom het coronavirus en de maatregelen die zijn genomen. Op [www.aandachtvoorelkaar.nl](http://www.aandachtvoorelkaar.nl) worden meer dan 70 verhalen gedeeld van mensen die hun verhaal delen

of die een initiatief ontplooiën om extra naar elkaar om te kijken. Daarmee beogen we om zo anderen op ideeën te brengen en in actie te laten komen. Dit heeft geleid tot een samenwerking met Omroep MAX en een twee tv-uitzendingen. Het kabinet vervolgt dit project in 2021, en samen met andere programma's gericht op het versterken van mentale weerbaarheid, zoals «Eén tegen eenzaamheid», wil het kabinet aandacht geven aan het mentale welzijn.

### *Leefstijlcampagne*

De urgentie om gezond te leven is in deze coronacrisis heel zichtbaar geworden. Er is veel steun vanuit de samenleving en de Kamer voor een leefstijlcampagne die mensen juist nu duidelijk maakt dat gezonder leven je weerstand ondersteunt tegen ziekmakers zoals corona. Deze campagne is aangekondigd in een brief van de Staatssecretaris van 18 december.<sup>68</sup> Gezonder leven voorkomt geen besmetting, maar verhoogt wel de kans op een milder verloop. Mensen kunnen met kleine dagelijkse inspanningen al een positief effect bereiken. Daarom zijn we vlak na de kerst gestart met de uiting in de landelijke en regionale dagbladen: «Je hoeft geen rendier te zijn. Word gewoon een wandeldier». Dit om het half uurtje wandelen te bevorderen. Deze boodschap hebben we ook via sociale media verspreid. De volgende uitingen komen eraan: onder andere via radio en social media. Ook blijven we goede initiatieven van andere partijen rondom een gezonde leefstijl zichtbaar maken als de gelegenheid zich voordoet. Intussen wordt er verder gewerkt aan het vervolg van de multimediale publiekscampagne in afstemming met experts zoals Liesbeth van Rossum en wetenschappers bij onze kennisinstututen. Deze leefstijlcampagne is een onderdeel van de coronacommunicatie.

### *Ontwikkeling van de communicatie*

Sinds het begin van de crisis houdt het kabinet met regelmaat de effectiviteit van de communicatie tegen het licht. Dat gebeurt door onderzoek te doen naar de eigen communicatiemiddelen, zowel vooraf (door conceptmiddelen te testen), tijdens en achteraf (door regelmatig effectonderzoek). Deze onderzoeken worden standaard gepubliceerd op Rijksoverheid.nl. Experts van binnen en buiten de rijksoverheid denken mee of reflecteren op onze communicatie. Zo werkt het kabinet aan evidence based communicatie. De inzichten die hiermee worden opgedaan worden in onder meer nieuwsbrieven en handreikingen gedeeld met de decentrale overheden en de maatschappelijke partners.

Mede op basis van onderzoek, gedragswetenschap en reflectie is de communicatie sinds het begin van de crisis in ontwikkeling. De ontwikkeling blijft door gaan. Dat is nodig want we leren veel van de communicatie, maar ook omdat de crisis voortdurend verandert en communicatie met die verandering mee moet bewegen.

### *Coronacommunicatie over specifieke onderwerpen*

Naast de algemene publiekscommunicatie over de coronamaatregelen vanuit het NKC-C19, is er communicatie gericht op specifieke corona-onderwerpen en instrumenten zoals de avondklok, vaccinatie, quarantaine en CoronaMelder.

---

<sup>68</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 840

## Avondklok

Direct na de stemming in uw Kamer over de moties over het instellen van de avondklok is de communicatie over de avondklok gestart. Rijksoverheid.nl is direct geactualiseerd. De formulieren zijn dezelfde avond beschikbaar gekomen en zoveel mogelijk verspreid onder partijen die een rol kunnen spelen bij het verder verspreiden, zoals gemeenten en werkgeversorganisaties. Ook op die avond is gestart met een campagne om de avondklok breed onder de aandacht te brengen. Gemeenten en andere partners hebben beschikking gekregen over communicatiemiddelen.

Formulieren zijn van te voren getest of ze duidelijk zijn en goed invulbaar zijn. Ze voldoen aan alle toegankelijkheidseisen voor mensen met een beperking. Formulieren zijn beschikbaar in Nederlands, Fries, Engels en in negen andere talen. Formulieren zijn digitaal invulbaar zodat ze ook vanaf smartphone te tonen zijn.

## Vaccinatie

In de communicatie over vaccinaties willen we mensen informeren zodat zij een eigen mening kunnen vormen over het vaccineren. Op coronavaccinatie.nl is alle informatie te vinden, over de vaccins, de veiligheid, de aanpak, en meer. De indeling van de website is sterk verbeterd en sluit goed aan bij het zoekgedrag van mensen. Ook zijn alle teksten vereenvoudigd en dus beter te begrijpen.

## *Publiekscampagne*

In de publiekscampagne op televisie en radio, in kranten en online wordt steeds naar deze website verwezen. Om zorgmedewerkers en ouderen en uiteindelijk heel Nederland te motiveren om zich te vaccineren tegen corona is er een postercampagne ontwikkeld waarbij we laten zien hoe bekende en onbekende Nederlanders hun mouw opstropen voor het vaccin. Met #ikstroopmijnmouwop laten zij zien dat zij zich willen laten vaccineren. Iedereen die wil laten zien dat zij/hij ook de mouw opstroopt, kan op [www.stroopjemouwop.nl](http://www.stroopjemouwop.nl) een gepersonaliseerde versie maken met een eigen foto, die ook gedeeld kan worden op de eigen social media kanalen. Voor de postergenerator wordt in een later stadium ook breder aandacht gevraagd.

## *Bijzondere doelgroepen*

Voor bijzondere doelgroepen zijn inmiddels verschillende middelen uitgebracht:

- Basisinformatie over coronavaccinatie in verschillende talen: Engels, Arabisch, Bulgaars, Frans, Duits, Pools, Roemeens, Spaans en Turks. Enkele talen volgen nog, waaronder het Fries.
- Een praatplaat om mensen met een verstandelijke beperking of mensen die bijvoorbeeld (beginnende) dementie hebben uitleg te kunnen geven over vaccineren tegen corona.
- **De Steffie-video over vaccineren tegen corona is bedoeld voor mensen met een verstandelijke beperking, maar is ook goed inzetbaar voor bijvoorbeeld laaggeletterden.**

## *Toolkit*

Andere organisaties – zoals zorgorganisaties en gemeenten – worden ondersteund in de communicatie met een toolkit waarin communicatiematerialen te vinden zijn, zoals banners, advertenties en beeldmateriaal;

zij kunnen dit gebruiken in hun eigen communicatie. Over communicatie is ook regelmatig overleg met verschillende koepelorganisaties uit de zorg.

### *Desinformatie*

Om desinformatie tegen te gaan worden vanaf volgende week op de website feiten, labels en meningen uitgewerkt en toegelicht door experts. Ook verwijzen we naar bronnen buiten de rijksoverheid waar informatie duidelijk wordt uitgelegd. In een samenwerking met Amsterdam UMC wordt onderzocht welke barrières mensen ervaren en op welke manier de juiste informatie kan helpen deze weg te nemen.

### Quarantaine

We zijn met verschillende (veld)partijen in gesprek met betrekking tot samenwerking bij het overbrengen van de quarantaine-boodschap (wanneer moet je in quarantaine en vooral; waarom is dit zo belangrijk en hoe doe je dit). We werken aan een aanpak specifiek voor jongeren en ook voor mensen met een kwetsbare positie in de samenleving. Voor jongeren lanceren we binnenkort de online campagne «Coronaconflict» op social media waarbij we ons richten op het erkennen van negatieve gevoelens ten aanzien van quarantaine. Ook geven we hen handelingsperspectieven om goed door een quarantaine periode heen te komen. De social mediacampagne die is gericht op jongeren, leidt hen naar een platform-website waar zij informatie en inspiratie kunnen vinden.

Er wordt ook gewerkt aan een quarantaine flyer in begrijpelijke taal. Deze zal onder meer via Voedselbanken en gemeenten worden verspreid. Daarnaast werken we samen met de koepelorganisatie van jongerenwerkers. Zij ontwikkelen op dit moment een campagne voor- en met (moeilijk bereikbare) jongeren in hun netwerk om de quarantaine naleving te verbeteren met als onderwerp «Nog ff volhouden». Ook zijn we in contact met TeamNL/NOC\*NSF en hebben we de handen ineen geslagen om samen een campagne op te tuigen met sportambassadeurs. De boodschap zal uiteraard aansluiten bij de jongeren doelgroep en op de juiste manier naar buiten gebracht worden.

Om reizigers te helpen de juiste keuzes te maken bij terugkeer uit het buitenland hebben we de Quarantaine Reischeck ontwikkeld. Deze online tool biedt een praktische, digitale checklist zodat reizigers kunnen nagaan welke stappen zij moeten nemen na terugkeer van een (noodzakelijke) reis. Dit maakt het gemakkelijker om te bepalen hoe lang zij in quarantaine moeten blijven en het helpt hen de quarantaine vol te houden. Deze tool wordt op dit moment via advertenties op social media onder de aandacht gebracht bij internationale vliegvelden en ferry terminals.

### Reizen

Elke reis verhoogt de kans op meer besmettingen of het meenemen van nieuwe varianten van het coronavirus naar Nederland. Recent is daarom de communicatieboodschap verstevigd: Blijf in Nederland. Ga niet op reis en boek geen reizen die in de periode tot en met 31 maart plaatsvinden. Deze boodschap is, samen met de aangescherpte maatregelen waarover ik uw Kamer informeerde op 20 januari, verwerkt in verschillende communicatiemiddelen voor reizigers en betrokken organisaties waaronder luchtvaartmaatschappijen. Voorbeelden hiervan zijn rijksoverheid.nl/testverklaring, government.nl/testdeclaration, een checklist voor reizigers op rijksoverheid.nl/checklist-inreizen, verschil-

lende social mediaberichten en uitgebreide vraagbeantwoording via publieksvoorlichting.

### Dashboard

Het Dashboard coronavirus is uitgebreid met cijfers over vaccinaties. Veel mensen willen graag weten wat de stand van zaken is ten aanzien van het vaccineren; dat is nu te zien op het dashboard. Bovendien is het dashboard publieksvriendelijker en toegankelijker gemaakt met een helder ontwerp en een andere indeling. Bezoekers zien op de homepage in één oogopslag de belangrijkste trends en cijfers. In korte artikelen wordt meer uitleg gegeven over verschillende cijfers en grafieken. De komende weken communiceren we via verschillende kanalen wat het dashboard te bieden heeft.

### *CoronaMelder*

De CoronaMelder app is inmiddels ca 4,5 miljoen keer gedownload en onderzoek onder de gebruikers laat zien dat er verschillen zijn in de mate waarin verschillende groepen van de samenleving de app gebruiken. Het meest wordt de app gebruikt door mensen tussen de 55 en 64 jaar, mensen met een hoger inkomen en mensen met een HBO of WO opleiding. Jongeren (tussen 15 en 24) en mensen met alleen basisonderwijs of VMBO gebruiken CoronaMelder relatief minder. Daarom onderzoeken we nu samen met gedragswetenschappers hoe we juist deze groepen kunnen bereiken. Daarbij brengen we doorlopend misverstanden, bijvoorbeeld over locatie, privacy en werking van de app, onder de aandacht.

### Coronabanen

Vanaf begin februari communiceert VWS over de subsidie voor coronabanen. Via een persbericht en social media wijzen we organisaties op de subsidie van in totaal € 80 miljoen. De communicatie wordt ondersteund door betrokken partners.

### *Caribisch Nederland*

De laatste gegevens van 31 januari 2021 van het Caribisch deel van het Koninkrijk laten het volgende besmettingsbeeld zien:

	Bonaire	St. Eustatius	Saba	Curaçao	Aruba	Sint Maarten
Aantal actieve COVID patiënten (cumulatief)	12 (366)	0 (20)	0 (6)	68 (4585)	341 (6966)	167 (1862)
Aantal actuele ziekenhuisopnames (op de IC)	3 (2)	0	0	2 (2)	18 (10)	2 (0)
Aantal patiënten overleden	3	0	0	21	59	27

Het gemiddeld aantal besmettingen en het aantal ziekenhuisopnames op Aruba is de afgelopen weken hoog, de afgelopen dagen is een lichte daling waarneembaar. Tevens is de Britse variant geconstateerd, op dit moment wordt daar verder onderzoek naar gedaan. Curaçao en Bonaire kenden rond en na de feestdagen een flinke stijging in het aantal besmettingen. Naar aanleiding van de aangescherpte maatregelen die de autoriteiten op Curaçao en Bonaire hebben genomen is de incidentie en het aantal ziekenhuisopnames sterk gedaald en sinds 13 januari jl. heeft

Curaçao de maatregelen versoepeld. Op Sint Maarten schommelt het aantal actieve Covid-casussen tussen de 100 en 130 patiënten. De afgelopen dagen is een toename waarneembaar. Op Sint Eustatius is half januari voor het eerst sinds augustus een besmetting geconstateerd, bij een inreiziger. Ook op Saba is afgelopen week bij een inreiziger een besmetting geconstateerd. Beide personen bevonden zich in quarantaine en bevinden zich op dit moment in isolatie. Ze zijn inmiddels klachtenvrij.

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

### *Mentale gezondheid*

#### *Gevolgen van corona beperken voor het mentaal welbevinden van jongeren*

Jongeren worden bijzonder hard getroffen door de coronacrisis<sup>69</sup>. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat jongeren en jongvolwassenen nu meer mentale gezondheidsproblemen ervaren dan andere leeftijdsgroepen.<sup>70</sup> Om de gevolgen van deze coronacrisis op het mentaal welbevinden van jongeren tegen te gaan, heeft het kabinet samen met gemeenten en jongeren in december 2020 een Jeugdpakket van in totaal € 58,5 mln. gelanceerd. Met deze brief wordt de Kamer geïnformeerd over de verder uitwerking van het Jeugdpakket, conform toezegging aan lid Segers (CU) e.a. Ook heeft de Staatssecretaris met jongeren en het brede jeugdveld gesproken over de stappen die nodig zijn om de schadelijke lange termijn effecten van corona op het sociale welzijn, de mentale gezondheid en de ontwikkeling van jeugdigen te beperken. In samenspraak met jongeren en jeugdveld wordt nu bekeken welke aanvullende stappen nodig zijn.

Met het Jeugdpakket wordt financiële slagkracht gegeven aan gemeenten om binnen de geldende coronaregels zoveel mogelijk activiteiten voor jongeren te organiseren en om jongeren te ondersteunen op het gebied van mentale gezondheid. Jongeren worden hier actief bij betrokken. Het Jeugdpakket is onderverdeeld in drie delen:

- Alle 352 gemeenten krijgen vanuit het gemeentefonds (via een algemene uitkering) een bedrag van € 40 mln. uitgekeerd.<sup>71</sup> Dit bedrag kunnen gemeenten naar eigen inzicht besteden aan perspectief biedende activiteiten voor jongeren, bijvoorbeeld aan het organiseren van coronaproof activiteiten (bv. cultuur en sport). Verantwoording over de uitgaven en activiteiten loopt via de gemeenteraden en eilandsraden.
- Alle gemeenten die willen kunnen een subsidiebedrag van maximaal € 50.000 indienen bij het programma Maatschappelijke Diensttijd (MDT) voor in totaal € 15 mln.
- Voor laagdrempelige preventieve ondersteuning van jongeren op het gebied van mentale gezondheid en eenzaamheid is een bedrag van € 3,5 mln. uitgetrokken. Het Ministerie van VWS is al in gesprek met verschillende (bestaande) initiatieven over de invulling van dit pakket.

<sup>69</sup> <https://www.ser.nl/-/media/ser/downloads/overige-publicaties/2021/en-nu-daden.pdf>

<sup>70</sup> A. vd Maat (Nji), D. Gommers (Erasmus MC, NVIC), K. Illy (NVK) e.a.: Jongvolwassenen, de koplopers voor de maatschappij van de toekomst.

<sup>71</sup> Voor de openbare lichamen van Caribisch Nederland is vanuit het Jeugdpakket € 100.000 beschikbaar gesteld

Tegelijkertijd en in verbinding met het Jeugdpakket, heeft het Rijk een financiële bijdrage geleverd aan de *Winter Games*<sup>72</sup> en de organisatie van het online thuisfestival *Goodbye 2020*.<sup>73</sup>

### *Voorlopige resultaten Jeugdpakket*

#### Activiteiten voor jongeren tijdens kerst en de wintermaanden

Door de gekozen financieringssysteem konden gemeenten al voor de kerst starten met het met het plannen en organiseren van activiteiten voor en door jongeren. Om gemeenten te helpen bij een vliegende start is vanuit de VNG, het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), MDT en de Nationale Jeugdraad (NJR) ingezet op het verzamelen en delen van goede voorbeelden uit gemeenten.<sup>74</sup> Daarnaast heeft het NJI voor gemeenten een stappenplan opgesteld met praktische handvatten hoe je jongeren op een goede manier betreft bij de organisatie van activiteiten.<sup>75</sup>

Een rondgang langs de 16 meeste kwetsbare gebieden in Nederland laat zien dat de jaarwisseling rustig en gemoedelijk is verlopen, op enkele uitzonderingen na. De gecombineerde en creatieve inzet van jongerenwerk, buurtsportcoaches, welzijnsorganisaties, politie en gemeente hebben daar een bijdrage aan geleverd. Hierbij werd enerzijds aangesloten bij bestaande landelijke initiatieven zoals activiteiten van *Winter Games* en *Goodbye 2020* (zie kader verderop). Anderzijds werden de middelen van het Jeugdpakket aangewend om lokale activiteiten te organiseren (zie kader voor voorbeelden).

#### MDT-activiteiten voor jongeren

Gemeenten kunnen hun jongeren ook perspectief bieden door MDT in te zetten. Hiervoor kunnen ze gebruik maken van de MDT subsidieregeling voor gemeenten. Samen met (lokale) MDT-organisaties kunnen ze vanaf 1 februari tot 12 maart een aanvraag indienen bij ZonMw. Voor het maximale bedrag van € 50.000 kunnen 100 jongeren een MDT-project doen onder coördinatie van de gemeente. Daarna is een verlenging mogelijk als er nog meer jongeren kunnen deelnemen (tot max. € 50.000).

Het betreft een zogenaamde «light» subsidieregeling, waardoor het mogelijk is de aanvragen sneller (binnen 10 dagen) dan normaal te beoordelen. Zo kunnen gemeenten bij positieve beoordeling direct aan de slag met hun MDT-project. Het project kan aansluiten bij en volgen op de activiteiten die veel gemeenten (circa 250) in de afgelopen weken al hebben opgezet in het kader van het project Jeugd aan Zet (JAZ). Dit door het Veiligheidsberaad geïnitieerde project wordt financieel ondersteund door MDT en zet in op het organiseren van maatschappelijke activiteiten voor de jeugd. Aan de projecten die gefinancierd worden uit de MDT subsidieregeling zijn extra voorwaarden verbonden ten opzichte van de activiteiten in het kader van JAZ. Na deelname aan deze light subsidieregeling kunnen gemeenten de activiteiten (laten) voorzetten in reguliere MDT-projecten. Hiervoor wordt voor de zomer een nieuwe subsidieregeling open gezet.

#### **Voorbeelden uit het Jeugdpakket**

<sup>72</sup> <https://www.wintergames2020.nl/>

<sup>73</sup> <https://www.goodbye2020.nl/>

<sup>74</sup> [https://vng.nl/overzicht-praktijkvoorbeelden?f%5B0%5D=practical\\_examples\\_subjects%3A400264](https://vng.nl/overzicht-praktijkvoorbeelden?f%5B0%5D=practical_examples_subjects%3A400264)

<sup>75</sup> <https://www.nji.nl/nl/coronavirus/Gemeenten/Vrije-tijd,-sport-en-dagbesteding/Stappenplan-voor-jongerenactiviteiten>



- In Amsterdam is voor jongeren een overdekking geplaatst bij een buitenspeelveld zodat ze ook bij slecht weer kunnen sporten.
- In Den Haag zijn in een grote tent die op de parkeerplaats van Tuincentrum Ockenburgh is gezet diverse jongeren (7–17 jaar) bezig. Met een virtual reality (VR)-bril op doen ze allerlei spelletjes: de een is aan het boksen, een ander skiet en er was ruimte om te gaan dronevliegen.
- In Apeldoorn werkt de gemeente op vier locaties aan nieuwe chill plekken voor jongeren. In leegstaande gebouwen, hallen en de schouwburg organiseert de gemeente samen met partners uiteenlopende activiteiten (bingo, escaperoom, bootcamps).
- In Rotterdam heeft men aan jongeren gevraagd (13–27 jaar) om inspirerende concrete plannen in te dienen die deze winter gerealiseerd of georganiseerd kunnen worden. Plannen kunnen gaan over vijf thema's: toekomstperspectief, onderwijs, maatschappelijke (on)gelijkheid, mentale gezondheid en woonsituatie. De beste ideeën worden beloond met een voucher van € 2.500.
- In Leiden hebben ze samen met jongeren de Leidse Burcht opgezet. Een digitale wereld met allerlei activiteiten (kookworkshops, bioscopen, escaperoom) aangevuld met activiteiten die in groepjes van 2 gedaan kunnen worden (geo-catch, speurtocht).

### **Winter Games en Goodbye 2020 dragen bij aan rustige jaarwisseling**

#### Winter Games

Het initiatief van de *Winter Games* is gestart om jongeren in de wintermaanden in beweging te brengen met extra sport- en spelactiviteiten. Dit vanuit een positieve impuls en met de focus op wat wel mag en kan in deze periode. De *Winter Games* zijn gestart in de kerstvakantie en lopen door tot eind februari 2021. Op [www.wintergames2020.nl](http://www.wintergames2020.nl) en eigen Instagram account worden goede voorbeelden gedeeld. Tot half januari 2021 zijn 190 aanvragen goedgekeurd in 107 plaatsen. Het gaat hierbij om ongeveer 1.000 verschillende activiteiten waarmee naar schatting 30.000 jongeren worden bereikt.

#### Goodbye 2020

Op 31 december 2020 werd via meer dan 40 streams afscheid genomen van het oude jaar met het online thuis muziekfestival *Goodbye 2020*. Veel bekende Nederlandse artiesten zoals Dance Valley, Milkshake, Sunnery James & Ryan Marciano, Suzan & Freek, De Jeugd van Tegenwoordig en Vunzige Deuntjes stonden op het affiche. De initiatiefnemer Follow The Beat en de rijksoverheid mikten op 500.000 kijkers. Uiteindelijk waren er ruim 650.000 kijkers.

#### *Mentale gezondheid en weerbaarheid*

Voor dit deel van het Jeugdpakket hebben zich al diverse (bestaande) initiatieven gemeld bij het Ministerie van VWS. Met verschillende van deze initiatieven lopen momenteel gesprekken om te kunnen beoordelen of zij in aanmerking kunnen komen voor de gelden uit het Jeugdpakket die bestemd zijn voor mentale gezondheid. Het betreft onder andere het beter ontsluiten van (online) laagdrempelige preventieve steun op gebied van mentale gezondheid. Bij de afweging over de besteding van deze middelen wordt onder andere gelet op het verwachte bereik onder jongeren en de wijze waarop invulling wordt gegeven aan het bieden van

perspectief, bespreekbaar maken van verminderd mentaal welbevinden en de mogelijkheden die er zijn om laagdrempelige preventieve hulp te krijgen.

#### *Week van de dialoog (1–5 feb)*

De oproep om met jongeren in dialoog te gaan in de week van 1 tot en met 5 februari vindt breed gehoor. De VNG heeft in samenwerking met NJI, NJR en *Number Five Foundation* een handreiking ontwikkeld die op dit moment met tal van gemeenten wordt gedeeld.<sup>76</sup> Op 26 januari heeft een voorbereidend webinar plaatsgevonden, waarin gemeenten zich – onder begeleiding van Laurentien van Oranje – oefenden in het voeren van dialoog met jongeren. Aan het webinar deden ruim 90 deelnemers uit verschillende gemeenten mee. Tijdens de week wordt dagelijks verslag gedaan van de dialoog in onder andere Urk, Utrecht, Heerenveen en Hilvarenbeek. Deze verslaglegging wordt via de site van de VNG en sociale media breed verspreid. gedrag

#### *Stand van Zaken Fieldlabs Evenementenindustrie*

Het kabinet hecht aan het uitvoeren van praktijktesten in het kader van de Fieldlabs Evenementen. Deze praktijktesten maken het mogelijk om op een gecontroleerde wijze te experimenteren met een veilige en verantwoorde organisatie van evenementen. Gezien het grote belang om kennis en inzicht te vergaren en vanwege het perspectief voor de sector, zullen ondanks de huidige maatregelen een viertal praktijktesten plaatsvinden in februari. De voorbereiding en planning zijn daarvoor gestart, zodat een verantwoorde uitvoering plaats kan vinden. Er zijn vier typen evenementen geformuleerd en voor elke categorie komen er twee praktijktesten. In februari zullen, zoals nu voorzien, de praktijktesten met type 1, een theatervoorstelling en een zakelijk congres en type 3 en twee voetbalwedstrijden plaatsvinden. Met een ministeriele regeling<sup>77</sup> is de juridische grondslag voor het mogelijk maken van de praktijktesten inmiddels geregeld.

Op basis van de actuele epidemiologische situatie neemt het kabinet in overleg met de lokale overheden begin februari een besluit over de data voor nog eens vier praktijktesten in type 2, een concert en een dance event en type 4, een dance – en muziek festival. Deze praktijktesten zijn voorzien voor maart. Zowel met de initiatiefnemers als met het lokaal bestuur en de veiligheidsregio's is intensief overleg om de praktijktesten in goede banen te leiden. Mocht het epidemiologisch beeld snel en drastisch verslechteren, ten opzichte van de verwachte ontwikkeling van het aantal besmettingen, treedt het kabinet uiteraard onmiddellijk in overleg met de initiatiefnemers en andere betrokken autoriteiten.

#### *Catshuisstukken*

In mijn de brief van 9 december jl., 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 website van rijksoverheid gedeeld voor zover daar geen zwaarwegende belangen in de weg staan. Hier zijn vanaf heden, voor zover beschikbaar,

<sup>76</sup> <https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/NJi-Handreiking-duurzame-jongerenparticipatie.pdf>

<sup>77</sup> Regeling van de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van Justitie en Veiligheid en van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties van 22 januari 2021 tot wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met het mogelijk maken van praktijktesten voor het veilig en verantwoord organiseren van evenementen, Kamerstuk 25 295, nr. 938

de presentaties van de overleggen op het Catshuis van 22 maart 2020, 29 maart 2020, 5 april 2020, 11 april 2020, 19 april 2020, 25 april 2020, 3 mei 2020, 10 mei 2020, 17 mei 2020, 30 mei 2020, 14 juni 2020, 21 juni 2020, 16 augustus 2020, 27 september 2020, 11 oktober 2020, 18 oktober 2020 en 31 januari 2021 te vinden. Daarmee zijn, samen met de reeds eerder gepubliceerde presentaties van 25 oktober 2020, 1 november 2020, 15 november 2020, 6 december 2020, 10 januari 2021 en 17 januari 2021 alle beschikbare presentaties van alle zogenaamde «Catshuisoverleggen» die plaats hebben gevonden in het kader van de coronacrisis openbaar.

#### *Onderzoek naar COVID-19, veehouderij en luchtkwaliteit*

Samen met de Minister van LNV en de Staatssecretaris van lenW heb ik het RIVM verzocht een verkenning uit te voeren naar de onderzoeksmogelijkheden aangaande de relatie luchtkwaliteit, veehouderij en COVID-19. Het RIVM heeft hiervoor een meerjarig onderzoeksvoorstel opgesteld, dat inzicht kan verschaffen in potentiële oorzakelijke verbanden tussen luchtkwaliteit (beïnvloed voor verschillende bronnen van luchtverontreiniging) en COVID-19. Vanwege de complexiteit van het vraagstuk heeft het enige tijd geduurd om tot een passend onderzoeksvoorstel te komen. Hierbij informeer ik u, mede namens de Minister van LNV en Staatssecretaris van lenW, dat we op hoofdlijnen akkoord zijn met het onderzoeksvoorstel. Momenteel zijn we in overleg met het RIVM over de invulling van de laatste details. Wij vinden het bijvoorbeeld van belang om een internationale vergelijking op te nemen, om de onderzoeksgroep te completeren met relevante partijen en de voortgang te monitoren aan de hand van tussenresultaten. De Staatssecretaris van lenW zal u mede namens de ministers van VWS en LNV binnenkort nader informeren over het definitieve onderzoeksvoorstel en vervolgproces.

#### *Toepassing artikel 58s Wpg*

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

#### *Sportinfrastructuur*

De Nederlandse sportinfrastructuur wordt hard getroffen door de noodzakelijke maatregelen om het coronavirus te bestrijden. Nu de lockdown voortduurt, blijft het slechts beperkt mogelijk om sportactiviteiten aan te bieden. Het is een zware tijd voor zowel ondernemende aanbieders als sportverenigingen en sportbonden, maar ook voor die leden die nu niet de sociale en gezondheidseffecten van sporten en bewegen ervaren.

In deze lastige tijd is het des te belangrijker om vooruit te kijken. Het kabinet trekt hierin samen op met de sportsector, zodat maatregelen en mogelijke versoepelingen goed aansluiten bij de veelvormige praktijk die kenmerkend is voor de sector. Hiertoe heb ik wekelijks overleg met vertegenwoordigers van de sportsector. Ik beschouw hiermee de motie van het lid Kerstens<sup>78</sup> die het kabinet hiertoe oproept als afgedaan. Samen met de sport zetten we er op in dat zoveel mogelijk mensen nu, maar ook na de coronacrisis, de weg naar de sportsector weten te vinden. Op die

<sup>78</sup> Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 56

manier zorgen we samen voor een sportsector die nu en in de toekomst een bijdrage aan de gezondheid en vitaliteit kan leveren.

Het kabinet blijft zich tegelijkertijd inzetten om de sportsector te ondersteunen. De onlangs aangekondigde verruiming van het rijksbrede COVID-19-steunpakket biedt ook de sportsector meer lucht om de financiële gevolgen van de verlengde lockdown op te vangen. Daarnaast heeft het kabinet € 240 miljoen beschikbaar gesteld om het steunpakket voor amateursportverenigingen en zwembaden en ijsbanen te verlengen tot en met juni 2021.<sup>79</sup>

Met het steunpakket voor de amateursportverenigingen ondersteunt het kabinet de sterke infrastructuur met verenigingen en sportbonden die wekelijks wedstrijden en trainingen aanbiedt aan vele sporters, en de exploitanten van zwembaden en ijsbanen bij wie het water aan de lippen staat. De regelingen uit dit pakket zijn erop gericht om die infrastructuur zoveel mogelijk in stand te houden. In nauw contact met de sport evalueert het kabinet continu de effecten van de steun, en waar nodig zal het huidige steunpakket worden bijgestuurd om de infrastructuur van verenigingen, bonden en grote sportaccommodaties optimaal te ondersteunen.

Tot slot roep ik verenigingen en verhuurders van sportaccommodaties graag op om aanvragen in te dienen voor een tegemoetkoming voor financiële schade in het vierde kwartaal van 2020. Gemeenten vraag ik om in gesprek te gaan met de exploitanten van zwembaden en ijsbanen over de noodzakelijke financiële steun voor 2020. Vanaf 19 februari as. kunnen sportverenigingen een aanvraag doen voor de TASO Q4. Verhuurders van sportaccommodaties kunnen vanaf 9 maart as. een aanvraag indienen voor de TVS Q4 als zij de huur kwijt willen schelden aan amateursportorganisaties.

#### *Zoönosen en schimmels*

In de stand van zakenbrief COVID-19 van 12 januari jl.<sup>80</sup> bent u geïnformeerd over de wens van het Kabinet om de problematiek van toekomstige uitbraken van zoönosen grondig aan te pakken en daarvoor een expertgroep in te stellen. Binnenkort wordt de Kamer bij brief nader geïnformeerd over de opdracht en de samenstelling van deze eerder aangekondigde expertgroep zoönosen.

In de stand van zakenbrief COVID-19 van 12 januari jl. is eveneens toegezegd u eind januari te informeren over de stand van zaken rondom resistente schimmels. Deze brief heeft u inmiddels ontvangen<sup>81</sup>.

#### *Slot*

We zitten in een spannende en onzekere fase van de coronacrisis door de snelle opmars van de Brits variant van het virus. Het is cruciaal dat we ons aan de maatregelen houden, hoe moeilijk het voor veel mensen is om nog langer vol te houden. We zullen elkaar daarbij moeten blijven helpen. Het naleven van de maatregelen, intensiever testen en vaccineren, vormen de weg terug naar een zo'n normaal mogelijk leven.

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

<sup>79</sup> Kamerstuk 35 420, nr. 217

<sup>80</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 874

<sup>81</sup> Kamerstuk 27 858, nr. 529