

Vergaderjaar 2020–2021

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 995

Ontvangen ter Griffie op 23 februari 2021.

De vastgestelde ministeriële regeling kan niet eerder inwerking treden dan op 3 maart 2021.

De vastgestelde ministeriële regeling vervalt van rechtswege indien de Kamer, op voorstel van vijftig leden uiterlijk 2 maart 2021 te kennen geeft niet in te stemmen met de regeling.

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 februari 2021

Inmiddels is het een jaar geleden dat wij geconfronteerd werden met COVID-19. Vorig jaar, op zaterdag 27 februari, werd de eerste Nederlandse besmetting vastgesteld. Dat was het begin van een gezondheids crisis. Het werd vervolgens – daarbovenop – een diepe economische crisis. Ondertussen is het ook een sociaal-maatschappelijke crisis geworden. We worden allemaal op de één of andere manier getroffen door het virus. Sommigen doordat zij direct door de ziekte gevelde zijn, anderen doordat andere zorg is uitgesteld of doordat zij geraakt worden door de maatregelen die we moeten nemen om het virus te bestrijden. Het kabinet begrijpt dat de maatregelen het geduld van miljoenen Nederlanders danig op de proef stelt. Het kabinet ziet hoe de samenleving snakt naar versoepelingen en begrijpt heel goed dat mensen behoefte hebben aan meer ruimte. Die ruimte blijft beperkt.

We zien dat het huidige maatregelenpakket tot nu toe effectief is gebleken in het terugdringen van het aantal contacten en het voorkomen van besmettingen. Door die maatregelen hebben we een betere uitgangspositie opgebouwd om de derde golf, die nu echt voor de deur staat, op te vangen. De cijfers laten zien dat het percentage positieve testen nauwelijks afneemt en met 9.7¹% nog steeds hoog is. Uit de cijfers blijkt ook dat het aantal besmettingen sinds een aantal dagen weer stijgend is. We weten dat een stijgend aantal besmettingen twee tot drie weken later leidt tot nieuwe ziekenhuisopnames. We zien dat de daling in de instroom in de ziekenhuizen is gestagneerd en de instroom op de IC laat een lichte stijging zien. Dit komt onder andere doordat we worden geconfronteerd met de Britse variant van het virus. Deze is nog besmettelijker dan de ons bekende variant.

Door de vele onzekerheden is het moeilijk te voorspellen hoe de komende maanden eruit zullen zien. Wat we wel weten is dat vaccineren, testen en

¹ zevendaags gemiddelde 16–22 februari.

naleving van de maatregelen de weg uit de crisis is. Hoewel we nu al heel voorzichtig de eerste positieve effecten van vaccinatie in de gevaccineerde doelgroepen zien, is het niet verantwoord om op dit moment grote stappen te nemen in de versoepeling van maatregelen.

Echter, aangezien bij heel veel mensen de behoefte aan meer ruimte zo sterk is, wil het kabinet met kleine, gecontroleerde en bewuste stappen de samenleving en economie enigszins ruimte geven. Het kabinet realiseert zich dat het ruimte bieden, consequenties heeft voor het aantal besmettingen en de belasting voor de zorg. We voelen de noodzaak om meer risico's te aanvaarden, zij het beperkt en weloverwogen. Het kabinet kiest daarom voor versoepelingen met als uitgangspunten dat het gaat om 1-op-1 contacten en dat strikte voorschriften worden gehanteerd. Hierdoor worden de risico's op het aantal besmettingen ingeperkt.

Maar we moeten alert zijn. De toename van het aantal besmettingen en belasting voor de zorg mag niet te veel stijgen. Ook moet het uitvoeren van bron- en contactonderzoek mogelijk blijven. Dat betekent concreet dat de versoepelingen die we nu mogelijk maken, teruggedraaid kunnen worden indien de cijfers hiertoe aanleiding geven. Daarbij is het streven om de versoepelingen voor het onderwijs niet meer terug te draaien, want onderwijs is essentieel voor de ontwikkeling en het welzijn van onze jongeren.

Met de versoepelingen die we gaan invoeren, is het van groot belang we ons allemaal houden aan alle geldende maatregelen. We geven juist nu meer lucht aan de samenleving om mensen nieuwe energie te geven om die maatregelen op te blijven volgen. Het doel dat we nastreven blijft daarbij nog steeds: controle houden over het virus. Dit is alleen mogelijk als iedereen zich houdt aan het nieuwe pakket maatregelen, waarvan de avondklok en bezoekenregeling van 1 persoon nog steeds onderdeel zijn. Daarnaast blijft het van belang dat we allemaal ook de bekende basismaatregelen in acht nemen: laat je testen bij klachten en blijf thuis als je besmet bent, werk zoveel mogelijk thuis, houd 1,5 meter afstand, vermijd drukte, hoest en nies in je elleboog en was vaak je handen.

Uiteraard gaan we het effect van de versoepelingen zeer nauwlettend volgen. Hierdoor kunnen we ook tijdig ingrijpen indien nodig. Als we er, met de versoepelingen, in slagen om het aantal besmettingen laag te houden en de derde golf onder controle te houden, dan kunnen we stap voor stap nog verder gaan versoepelen. Daarbij kijken we naar wat er wel kan, maar handelen we behoedzaam.

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

Toepassing artikel 58s Wpg

Met deze voortgangsrapportage voldoe ik aan de maandelijkse rapportageplicht van artikel 58s Wpg. Hieronder zal bij het OMT-advies met daarin het epidemiologisch beeld worden uiteengezet dat het treffen van maatregelen op grond van de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19 (Kamerstuk 35 526) nog steeds nodig is. Een toelichting op de maatregelen wordt verderop in deze brief weergegeven.

Aanbieding regelingen

- Regeling van 23 februari 2021 houdende wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19, de Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19 Bonaire, de Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19 Saba en de Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19 Sint Eustatius in verband met verlenging van het maatregelenpakket, het toestaan van de uitoefening van contactberoepen, de verhoging van de leeftijd voor buitensporten, het toestaan van winkelen op afspraak, aanpassing van de uitzonderingen op de verplichte antigeentestuitslag, opnemng van de regels over de landelijke avondklok en enkele andere wijzigingen².

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 3 maart 2021 in werking treedt. Daarom is het van belang om deze regeling vandaag naar u toe te zenden

- Regeling van 23 februari 2021 tot wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19 in verband met het verlengen van de verzwaarde maatregelen voor het hoger onderwijs en de buitenschoolse opvang en het onder voorwaarden heropenen van het voortgezet onderwijs en beroepsonderwijs³.

Ik doe hierbij een beroep op de spoedprocedure van artikel 58c, derde lid, van de Wet publieke gezondheid. De huidige maatregelen voor instellingen voor voortgezet onderwijs, beroepsonderwijs en hoger onderwijs en de buitenschoolse opvang vervallen echter van rechtswege op maandag 1 maart 2021. Instellingen voor beroepsonderwijs en hoger onderwijs en de buitenschoolse opvang zouden in dat geval van maandag 1 maart en dinsdag 2 maart 2021 zonder aanvullende maatregelen weer open kunnen gaan, hetgeen niet mogelijk moet zijn. Naar ons oordeel kan daarom de uitgestelde inwerkingtreding van ten minste een week – die uitgangspunt dient te zijn bij de vaststelling van maatregelen op basis van hoofdstuk Va Wpg – in deze zeer dringende omstandigheden niet worden afgewacht.

Leeswijzer

In deze brief ga ik in op:

- Het 100^e en 101^e OMT-advies, de brede maatschappelijke weging van de maatregelen, de maatregelen zelf en reizen;
- Het perspectief in relatie tot de ontwikkeling van de epidemie en de routekaart, de doorontwikkeling van het dashboard, quarantaine; en de sluiting van bedrijven waar clusterbesmettingen zijn;
- De stand van zaken van het testen en traceren, digitale ondersteuning, data lek GGD, vaccinaties, de inkoop van griepvaccins, en innovatieve behandelingen;
- Zorgen voor patiënten in de curatieve sector;
- De bescherming van mensen met een kwetsbare gezondheid met aandacht voor de verpleeghuiszorg, kwetsbare mensen thuis, gehandicaptenzorg en maatschappelijke ondersteuning;

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

- Andere onderwerpen, namelijk de communicatie, persoonlijke beschermingsmiddelen, arbeidsmarkt, Caribisch Nederland, fieldlabs, sport, schimmels, Intravacc, Wob-besluiten, en de Catshuisstukken.

Hiermee voldoe ik aan:

- De motie van het lid Bruins over een uitzondering op de avondklok voor het volgen van praktijkonderwijs (Kamerstuk 35 570 VIII, nr. 173);
- De motie van de leden Kröger en Van Dam welke het kabinet verzocht om de termijn waarbinnen de PCR-test voor reizigers moet zijn uitgevoerd, ten opzichte van het moment van binnenkomst in Nederland, zoveel mogelijk te minimaliseren (Kamerstuk 35 695 nr. 8);
- De motie van het lid Azarkan inzake toegang tot publieke voorzieningen ongeacht vaccinatie- of teststatus waarborgen (Kamerstuk 25 295, nr. 864);
- De motie van het lid Marijnissen c.s. d.d. 26 januari jl. (Kamerstuk 25 295 nr. 926);
- De motie van het lid Van den Berg welke de regering verzocht te bevorderen dat zo spoedig mogelijk bij de GGD GHOR Nederland een chief information officer (CIO) wordt aangesteld (Kamerstuk 27 529, nr. 251);
- De motie van het lid Azarkan waarin wordt verzocht om te bewerkstelligen dat aan mensen vooraf toestemming wordt gevraagd of hun lichaamsmaterialen na een coronatest gebruikt mogen worden voor onderzoek en gedeeld mogen worden met derden (Kamerstuk 27 529, nr. 242);
- De motie van het lid Pieter Heerma over een speciaal gezant die de productie van vaccins kan opschalen (Kamerstuk 25 295, nr. 956);
- De motie van het lid Sazias om zorg te dragen dat ouderen bij GGD-vaccinatie locaties niet buiten op een prik hoeven te wachten (Kamerstuk 25 295, nr. 968);
- De motie van het lid Wilders over een plan voor het inhalen van reguliere zorg (Kamerstuk 25 295, nr. 977);
- De motie van het lid Marijnissen om de mogelijkheden om te sporten te verruimen (Kamerstuk 25 295, nr. 783);
- De motie van de leden Van Gerven en Hijink waarin wordt verzocht om niet over te gaan tot privatisering van Intravacc (Kamerstuk 31 016, nr. 306);
- De toezegging aan het lid Krol over een quarantaineverplichting voor inreizigers uit hoog risicogebieden;
- De toezegging aan het lid Jasper van Dijk waarin ik heb aangegeven de gewetensbezwaren van niet-gevaccineerden te respecteren, maar ook het belang van vaccinatie te zullen benadrukken;
- De toezegging van de Minister van OCW aan het lid Bruins om uw Kamer te informeren over de pilot sneltesten mbo-ho;
- De toezegging aan het lid Sazias om nader in te gaan op het validatieprogramma en het monitoren van nieuwe innovaties op het gebied van sneltesten;
- De toezegging aan het lid Ellemeet om te onderzoeken wat de modelleringseffecten op de R zijn als gevolg van risicogericht grootschalig gebiedstesten;
- De toezegging aan uw Kamer spoor 2 te informeren over de testcapaciteit in spoor 2;
- De toezegging aan het lid Van den Berg om uw Kamer te informeren over innovatieve testmethodes en hoe deze bij kunnen dragen aan het verlichten van de maatregelen;
- De toezegging aan het lid Diertens om uw Kamer te informeren over een handelingskader bij positieve testuitslagen van zelfafname (i.r.t. onderzoek Kluytmans);
- De toezegging aan het lid Ellemeet over dat er meer getest gaat worden in het hoger onderwijs;

- De toezegging aan het lid Veldman over uitvoeriger terugkomen en beschrijven van sequencing en het voldoen aan internationale standaarden;
- De toezegging aan het lid Ouwehand om een reactie te geven op haar motie (Kamerstuk 27 858, nr. 222);
- De toezegging aan GroenLink om terug te komen op de vraag aan welke criteria gebiedstesten moeten voldoen om succesvol te zijn.
- De toezegging aan uw Kamer om u naar aanleiding van het Gezondheidsraad advies te informeren over de testsamenleving en hierover het debat te vervolgen;
- De toezegging aan uw Kamer om een beleidsreactie te geven op het Gezondheidsraad advies;
- De toezegging aan uw Kamer om u te informeren over het standpunt dat het kabinet inneemt ten aanzien van het advies van de Gezondheidsraad en daarbij de motie van het lid Azarkan inzake toegang tot publieke voorzieningen ongeacht vaccinatie- en teststatus betrekken (Kamerstuk 25 295, nr. 864);
- De toezegging aan uw Kamer om de Kamer te informeren over het standpunt dat het kabinet;
- De toezegging aan het lid Veldman om dieper in te gaan op de controle en handhaving op het testbewijs;
- De toezegging om uw Kamer te informeren over de juridische en technische aspecten rondom zelfafname;
- De toezegging aan het lid van Esch om een reactie te geven op haar aangehouden motie (Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 152);
- De toezegging aan de Kamer over de registratie van soa's bij de Centra voor Seksuele Gezondheid van de GGD'en;
- De toezegging aan het lid Recourt over het voldoen van contactonderzoek door instellingen aan de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG);
- De toezegging aan het lid Van Haga (FvD) over wanneer risicogroepen, zoals mensen met morbide obesitas, in aanmerking komen voor vaccinatie;
- De toezegging aan het lid Van der Staaij over ondersteuning mentaal welzijn jongeren.

Zicht op en inzicht in het virus

100^e en 101^e OMT-adviezen

100^e OMT-advies

Het OMT is 12 februari jl. bijeen geweest om te adviseren over de situatie rondom de COVID-19-uitbraak. Het advies heeft uw Kamer per brief van 17 februari jl. reeds ontvangen (Kamerstuk 25 295, nr. 993). Hieronder wordt eerst een samenvatting gegeven van het advies, waarna de reactie van het kabinet op het advies volgt.

Het advies behelst de volgende onderwerpen:

1. Verloop van de epidemie
2. Stand van zaken verschillende virusvarianten
3. Werking van het AstraZeneca vaccin tegen de Zuid-Afrikaanse variant
- 4a. Geldigheid testbewijzen
- 4b. Validatie massaspectrometrie

Voor de onderwerpen, verloop van de epidemie en de stand van zaken van de verschillende virusvarianten geldt dat deze ook aan de orde komen in het 101^e OMT-advies. De weergave daarvan is opgenomen in het 101^e advies hieronder.

Ad 3) Werking van AstraZeneca vaccin tegen de Zuid-Afrikaanse variant
Ten aanzien van de werking van het AstraZeneca vaccin tegen de Zuid-Afrikaanse variant, geeft het OMT aan dat het onvoldoende duidelijk is of, en in welke mate het vaccin op de langere termijn minder effectief zou zijn in Nederland, als er een toename van de circulatie van ZA-varianten zou zijn. Het ontbreken van deze kennis kan nu geen reden zijn om het vaccin niet in te zetten. Dit leidt tot een ongewenste en onnodige vertraging in de uitvoering van de vaccinatiestrategie. Uiteraard is wel goede monitoring nodig van infecties, met name van infecties onder gevaccineerde personen ten gevolge van mogelijk vaccinfalen. Een gedeeltelijke bescherming tegen nieuwe varianten is van groot belang, en met het oog op de te verwachten derde golf is uitstel van vaccinaties onverantwoord.

Ad 4a) Geldigheid testbewijzen

De functie van testen vooraf is vooral om de kans op transmissie nog verder te verkleinen, door het verlagen van de kans op virusintroductie, in aanvulling op andere al bestaande maatregelen.

Om presymptomatische geïnfecteerden als potentieel besmettelijk te kunnen identificeren met een test, is een hoge testfrequentie (en hoge test sensitiviteit) nodig. Het betekent ook dat een negatieve testuitslag niet lang geldig kan zijn.

Het OMT adviseert om voor éénmalige activiteiten waarbij testbewijzen worden gevraagd een geldigheid van het (negatieve) testbewijs van de sneltest aan te houden van maximaal 24 uur gerekend van testafname tot aan het einde van de activiteit. Bij voorkeur wordt de test bij de persoon zonder klachten, die uiteraard niet in quarantaine mag zijn, afgenomen op de dag van de activiteit en is het negatieve testbewijs in elk geval niet langer dan 24 uur voor het einde van de betreffende activiteit afgegeven.

Het OMT vraagt aandacht voor duidelijke communicatie met betrekking tot geldigheidsduur van verschillende sneltesten, zoals de antigeen-sneltest, in vergelijking met de norm die voor de PCR gehanteerd wordt in de fieldlab-setting, waar een geldigheid van 48 uur wordt aangehouden.

Ad 4b) Validatie massaspectrometrie

Ten aanzien van de validatiegegevens van het gebruik van massaspectrometrie, geeft het OMT aan dat de gegevens nog niet voldoende in de praktijk zijn geëvalueerd om een duidelijke meerwaarde en daarmee plaats in het huidige SARS-CoV-2-testbeleid te kunnen geven.

Het OMT adviseert de testontwikkelaars om een praktijkimplementatie uit te voeren bij een voldoende grote, gevarieerde en in detail beschreven onderzoekspopulatie. Hierbij dient ook aandacht te zijn voor implementatie-aspecten zoals de doorlooptijd en beschikbaarheid van apparatuur en liefst ook een vergelijking met andere snelle testen zoals de antigeensneltest, zodat de meerwaarde wat betreft testeigenschappen en (flexibele) inzetbaarheid bepaald kan worden.

BAO-advies

Het BAO dat 15 februari heeft plaatsgevonden, heeft kennisgenomen van het epidemiologisch beeld en vindt het navolgbaar dat de prognoses op de langere termijn onzekerheid kennen door onzekerheden over de eigenschappen van de nieuwe varianten en de effecten van de maatregelen. Het BAO onderschrijft de adviezen over geldigheidsduur van het testbewijs en massaspectrometrie.

In de paragrafen Vaccinaties en Testen en Traceren wordt nader in gegaan op de wijze waarop het kabinet opvolging geeft aan het OMT-advies voor wat betreft de werking AstraZeneca vaccin tegen de Zuid-Afrikaanse variant en geldigheidsduur van testbewijzen en validatie van massaspectometrie.

101e OMT-advies

Het 101^e OMT-advies is opgenomen in de bijlage⁴. Hieronder wordt eerst een feitelijke weergave van het advies gegeven, waarna de reactie van het kabinet op het advies volgt.

Het advies behelst de volgende onderwerpen

1. Verloop van de epidemie
2. Stand van zaken diverse virusmutanten
3. Maatregelenpakket: effect versoepelen op verspreiding virus

Ad 1) Verloop van de epidemie

Afgelopen week is het aantal meldingen van nieuw gediagnosticeerde gevallen van COVID-19 met 6% toegenomen t.o.v. de week daarvoor. Gemiddeld waren er afgelopen week 143 meldingen van bevestigde COVID-19-gevallen per 100.000 inwoners. De testvraag lijkt weer toe te nemen.

Het percentage positief geteste personen in de teststraten bedroeg afgelopen week 10,5%, hetgeen een lichte daling is ten opzichte van de week daarvoor, maar nog steeds hoog.

De belasting van de zorg blijft onveranderd hoog. Het aantal nieuw opgenomen patiënten en de bezetting op de ziekenhuisafdelingen en de IC's lijkt niet verder af te nemen. Het aantal nieuwe opnames op de IC's nam zelfs licht toe. Ook in de verpleeghuizen, woonzorgcentra voor ouderen en instellingen voor personen met een beperking, lijkt het aantal besmettingen niet verder te dalen. 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 0,95 (0,92–0,98) voor 4 februari. De schatting van het reproductiegetal voor de VK-variant op 4 februari komt uit op 1,09 (1,04–1,15), terwijl het R_t van het klassieke virus op 0,85 (0,80–0,90) ligt.

De eerste voorzichtige indicaties van het effect van vaccinatie in de gevaccineerde doelgroepen beginnen zich af te tekenen. In de afgelopen weken is zowel het aantal meldingen, als het aantal ziekenhuisopnames en het aantal overlijdens in de oudste leeftijdsgroepen vanaf 90 jaar relatief meer afgenomen dan in de leeftijdsgroepen vanaf 60 jaar, die nog niet in aanmerking zijn gekomen voor vaccinatie. Het effect van vaccinatie op de IC-opnames is niet zichtbaar, waarschijnlijk omdat personen in de oudste leeftijdsgroepen niet of nauwelijks op de IC opgenomen worden. Het is nog te vroeg om vergaande conclusies te trekken over de effecten van vaccinatie, ondanks deze eerste positieve bevindingen.

Het aantal personen dat toch nog positief getest wordt na vaccinatie, wordt nauwkeurig gevolgd om het effect van vaccinatie te kunnen monitoren en eventueel vaccin-falen te kunnen opsporen. Het is belangrijk, met name ook voor zorgpersoneel dat al gevaccineerd is, om er rekening mee te houden dat iemand met een milde infectie na vaccinatie nog besmettelijk kan zijn voor anderen. Infectiepreventiemaatregelen blijven dus onverminderd van toepassing.

⁴ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

De prognoses laten een stagnatie zien in de afname van infecties, gevolgd door een toename. De prognoses zijn consistent met het beeld dat we ons de afgelopen week, qua ziekenhuisopnames, in een dal bevonden, waarna vanaf nu weer een toename zal volgen. De prognoses kennen een grote mate van onzekerheid, dat o.a. door de snelheid van opkomst van nieuwe varianten bepaald wordt. Het blijft van belang de Rt zo laag mogelijk te krijgen om de hoogte van de derde golf zo laag mogelijk te houden.

Ad 2) Stand van zaken diverse virusmutanten

De toename van de VK-variant lijkt voornamelijk door te zetten, daarnaast is er een stijging van het aandeel van de Zuid-Afrika variant waar te nemen.

Voor het eerst zijn daarnaast een aantal mutaties, de E484K-mutatie en de F888L-mutatie in het spike-eiwit aangetroffen. De E484K-mutatie wordt verondersteld de binding van het virus aan het celoppervlak te versterken en lijkt van invloed op de mate van bescherming door de huidige generatie vaccins en na een eerder doorgemaakte infectie met een «klassieke» variant. De afgelopen weken is deze mutatie in verschillende virusachtergronden over de wereld onafhankelijk van elkaar ontstaan, hetgeen wijst op een evolutionair voordeel van deze mutatie voor het virus. In beide gevallen vindt bron- en contactonderzoek plaats en wordt sequencing gedaan van materialen van positieve contacten.

Ad 3) Maatregelenpakket: effect versoepelen op verspreiding virus

Het huidige maatregelenpakket is tot nu toe effectief gebleken in het terugdringen van het aantal contacten en daarmee het voorkomen van besmettingen, door zowel de klassieke variant als de VK-variant. Op basis van modellering concludeert het OMT dat de avondklok in combinatie met de huidige bezoekbeperking, van maximaal 1 persoon per dag, de Rt met ongeveer 10% heeft gereduceerd. Zonder het huidige maatregelenpakket inbegrepen avondklok, zouden we in deze fase van de uitbraak veel meer besmettingen hebben gehad en zou de druk op de zorg aanzienlijk hoger zijn geweest.

Op basis van modellering verwacht het OMT dat het aantal besmettingen en het aantal ziekenhuis- en IC-opnames sterk zal toenemen als in deze fase van de epidemie maatregelen worden afgebouwd. Met de verdere opbouw van immuniteit door vaccinatie en het te verwachten seizoenseffect, ontstaat er in de komende maanden meer ruimte voor versoepelingen, mits deze stapsgewijs worden ingevoerd en hun effect zorgvuldig gemonitord wordt, zodat er tijdig kan worden ingegrepen indien nodig.

Avondklok en bezoekbeperking

Het is de verwachting dat ook de druk op de zorg snel zal toenemen als de avondklok en de bezoekbeperkingen in deze fase van de epidemie worden opgeheven. Loskoppelen van de avondklok en de bezoekbeperking geeft een intermediair beeld, waar nog steeds van belangrijke toename van zorgbelasting sprake is.

Het OMT adviseert daarom de avondklok en de bezoekbeperking te continueren tot een volgend evaluatiemoment. Door de avondklok en bezoekbeperking aan te houden, is het mogelijk enige ruimte te creëren voor aanpassingen van maatregelen in andere sectoren. Hierin moeten dan wel keuzes gemaakt worden. Het OMT geeft aan dat deze keuzes niet kunnen worden gebaseerd op een gedegen inschatting van het effect op het reproductiegetal en de prognoses.

Op basis van modellering is wel duidelijk dat aanpassingen in meer dan een sector tegelijk de zorg te veel onder druk zal zetten en maatregelen

weer moeten kunnen worden beëindigd als de toename van besmettingen uit de hand dreigt te lopen. Dat laat onverlet dat, als een afweging moet worden gemaakt over verdere aanpassingen de komende tijd, enkele uitgangspunten kunnen worden gehanteerd. Zo is het versoepelen van activiteiten, waarbij sprake is van individuele, laagfrequente deelname en waarbij slechts een-op-een contact is (met in acht neming van bronmaatregelen (zoals triage), collectieve maatregelen (zoals de 1,5 metermaatregel en hygiëne en het gebruik van mondneusmaskers) te prefereren boven activiteiten waar groepen aan deelnemen en social mixing en persoonsverplaatsing op grote schaal plaatsvindt.

Voortgezet onderwijs en onderbouw mbo

Het OMT adviseert om te starten met het versoepelen van de maatregelen in het voortgezet onderwijs en de onderbouw van het middelbaar beroepsonderwijs. Voor het veilig inrichten van onderwijs voor deze leeftijdsgroep zijn inmiddels kaders beschikbaar voor het voortgezet onderwijs die ook kunnen worden gebruikt voor de onderbouw van het MBO. Daarmee moet het mogelijk zijn om betreffende kinderen en jongeren minimaal 1 dag per week naar school te laten gaan.

Bovenbouw mbo, hbo en wo

Wanneer de epidemiologische situatie het toelaat, zou de bovenbouw van het mbo het hbo en het wo in een volgende fase heropend kunnen worden. Hiertoe zouden de genoemde onderwijsinstellingen alvast voorbereidingen kunnen treffen, met name op het gebied van testfaciliteiten omdat die hierbij zeer waarschijnlijk een rol gaan spelen. Het OMT adviseert onderwijsinstellingen zich voor te bereiden op een (beperkte) heropening en zich te gaan oriënteren op het organiseren en/of inrichten van testfaciliteiten, waaronder de GGD-teststraat.

Buitenschoolse opvang

Het OMT adviseert buitenschoolse opvangfaciliteiten voorlopig gesloten te houden. Het heropenen van de BSO wordt minder belangrijk geacht voor de algemene gezondheid van kinderen en kan zorgen voor meer contacten tussen kinderen van verschillende groepen en/of scholen.

Andere sectoren

Het OMT geeft aan dat het doorvoeren van versoepeling in meerdere sectoren betekent dat er bereidheid moet zijn meer risico's te aanvaarden op een toename van het aantal besmettingen en belasting voor de zorg.

Een goede opvolging van het algemene maatregelenpakket blijft essentieel.

De kernboodschap over het belang van de bron (bijv. als je klachten hebt, blijf thuis en test) en collectieve maatregelen (bijv. houd afstand, vermijd drukte en strikte hygiëne) staat onverminderd. Het OMT is van mening dat het blijvend aandacht geven aan de basisregels en het je laten testen bij klachten, essentieel bijdraagt aan het naar beneden brengen en houden van het reproductiegetal. Ten slotte benadrukt het OMT het belang van sequentie-analyse ten behoeve van kiemsurveillance en lokaal uitbraakonderzoek.

BAO-advies

Het BAO dat 22 februari heeft plaatsgevonden, kan zich in zijn algemeenheid vinden in de adviezen van het OMT. Het BAO noemt het belang van een maatschappelijk ventiel en is daarom voor een versoepeling van het voortgezet onderwijs en de onderbouw van het mbo. Het BAO benadrukt richting de onderwijssector dat één dag fysiek onderwijs, ook daadwerkelijk een minimum is en geeft aan dat moet worden bezien

of met inachtneming van het generiek kader er meer dagen onderwijs gegeven zou kunnen worden. Zo kan met inzet van extra zalencapaciteit bij bijvoorbeeld sportverenigingen en culturele instellingen aan meer leerlingen fysiek onderwijs worden aangeboden. Gemeenten kunnen hierin in faciliteren. Daarnaast pleit het BAO dat de onderwijssector al start met het treffen van voorbereidingen ten behoeve van het eventuele heropenen van de bovenbouw van het mbo, hbo en wo.

In de paragraaf Maatregelen wordt nader in gegaan op de wijze waarop het kabinet opvolging geeft aan het OMT-advies ten aanzien van het maatregelenpakket.

Brede maatschappelijke weging maatregelen

Zoals uw Kamer bekend, maakt het kabinet bij de bespreking van mogelijke maatregelen een brede afweging waarin de te voorziene gevolgen op de volksgezondheid (inclusief mentaal welzijn), de economie, de maatschappij, communicatie, gedrag, uitvoering en handhaving betrokken worden. Mede naar aanleiding van de debatten met de Staten-Generaal heeft het kabinet zich gerealiseerd dat de afweging die reeds gemaakt wordt explicieter inzichtelijk gemaakt dient te worden. In de onderstaande passage wordt allereerst inzicht gegeven in de afwegingen die ten grondslag liggen aan de besluitvorming van heden. Daarnaast heeft het kabinet besloten om aanvullend op de reeds bestaande brede maatschappelijke toets aan het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP), het Centraal Planbureau (CPB) en het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) te vragen om sociaaleconomisch en maatschappelijk advies. Hiermee wordt de reeds bestaande systematiek doorontwikkeld. Een toelichting op dit besluit volgt hieronder.

Hoofdpijnen brede maatschappelijke toets ten behoeve besluitvorming 23 februari

Naast het epidemiologisch advies van het OMT maakt de brede maatschappelijke toets reeds een belangrijk onderdeel uit van de besluitvorming. Bij de dwarsdoorsnijdende toets van het maatregelenpakket en de bepaling van de strategie, is onder andere advies van de Corona Gedragsunit van het RIVM ingewonnen, dit advies vindt u in de bijlage⁵.

Hierbij een beknopte weergave van de resultaten van de brede maatschappelijke toets. Uit de hoofdpijnen van de brede maatschappelijke toets behorende bij de besluitvorming van 23 februari 2021 volgt het volgende beeld. De bestrijding van het virus vraagt al heel lang heel veel van mensen. We hebben stevige maatregelen moeten nemen om het virus te bestrijden en zijn genoodzaakt om die nog vol te houden. Nederlanders zijn veerkrachtig, al begint de rek er bijvoorbeeld bij jongeren wel uit te raken. De stevige maatregelen leiden onvermijdelijk tot economische schade en hebben ook grote impact op het sociaal en mentaal welzijn van mensen. Het welbevinden van mensen staat door de lange duur en de stapeling van maatregelen onder druk. Harde cijfers ontbreken, maar signalen dat huiselijk geweld toeneemt worden sterker. De kindertelefoon meldt een toename van telefoontjes over depressieve gevoelens en suicedegedachten. Negatieve effecten van maatregelen slaan ongelijk neer en kwetsbare groepen worden relatief hard geraakt, zoals de planbureaus ook stellen. Denk aan kinderen en jongeren (hebben doorgaans relatief veel sociale contacten), mensen uit een zwakker sociaal milieu (minder comfortabele/veilige thuissituatie, verslechtering levensstijl) en mensen zonder vast contract (ondernemers die schulden

⁵ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

opbouwen, flexwerkers die hun baan verliezen). De avondklok beperkt de individuele vrijheid van mensen en lijkt vooral jongeren te raken, aangezien zij in de regel meer sociale contacten onderhouden. Sporten heeft positieve gevolgen voor volksgezondheid en mentaal welzijn. Tenslotte komt naar voren dat het op- en afschalen van maatregelen zoveel mogelijk voorkomen dient te worden. Dit zou namelijk afbreuk doen aan het draagvlak voor maatregelen (en daaraan gekoppeld naleving) en komt de handhaafbaarheid niet ten goede. Het toestaan van fysiek onderwijs in het voortgezet onderwijs heeft uit sociaalmaatschappelijk en (lange termijn) economisch perspectief prioriteit, gevolgd door het (gefaseerd) openen van middelbaarberoepsonderwijs en hoger onderwijs. Als bijlage treft u het «*Maatschappelijk beeld en doorontwikkeling maatschappelijke toets*» die onder andere besproken is in het Catshuis dd. 21 februari 2021 en de besluitvormende MCC-19 van dinsdag 23 februari 2021⁶.

De opbrengsten van deze brede maatschappelijke toets zijn samen met het OMT-advies betrokken bij de totstandkoming van onderstaand maatregelenpakket.

Doorontwikkeling sociaalmaatschappelijke en economische toets

De bestrijding van het virus vraagt al heel lang heel veel van mensen. Hoe langer de crisis duurt, hoe duidelijker het wordt dat er bovendien niet alleen gevolgen zijn voor de manier waarop we nu werken, zorgen, leren en contact met elkaar hebben, maar dat er ook potentieel grote consequenties zijn voor de toekomst. Daarbij komt het moment dat de meest kwetsbaren in onze samenleving zijn gevaccineerd en de druk op de zorg afneemt hopelijk dichterbij. De planbureaus noemen dit in hun briefadvies⁷ een cruciale fase waarin de epidemiologische, economische en maatschappelijke belangen en effecten een andere onderlinge weging zullen en moeten krijgen in de besluit- en beleidsvorming.

De planbureaus SCP, CPB en PBL adviseren in hun briefadvies om bij het heropenen van sectoren en het afbouwen van maatregelen steeds alle aspecten van de crisis te benoemen en de korte- en langetermijneffecten ten opzichte van elkaar te wegen. Het is immers niet denkbeeldig dat de oproep tot heropening in het ene maatschappelijke domein nu of later negatieve consequenties in een ander domein heeft en daarmee de welvaart eerder hindert dan versnelt.

Het kabinet heeft mede naar aanleiding van het briefadvies en eerdere besprekingen met het parlement besloten om de bestaande sociaal-maatschappelijke en economische toets te verdiepen en de planbureaus te vragen in gezamenlijkheid te adviseren in de vorm van een onafhankelijke analyse van de situatie en eventueel voorgenomen beleid. Dit verzoek bestaat uit een onderdeel gericht op de korte termijn (gericht op besluitvormingscycli) en de (middel)lange termijn.

Planbureaus worden voorafgaand aan de OMT-adviesaanvraag gevraagd om een maatschappelijk beeld («stand van het land») op te leveren vanuit het sociaalmaatschappelijk en economisch perspectief. Daarin kunnen kernindicatoren over de Nederlandse samenleving en economie terugkomen, te denken valt aan werk, economie, gezondheid, psychisch welbevinden en leefomgeving. Ook wordt het concept maatregelenpakket in dit voorstel ter advisering voorgelegd aan de planbureaus, parallel aan

⁶ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

⁷ Briefadvies Planbureaus voor herstelbeleid, 18 februari 2021; <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2021/02/18/briefadvies-planbureaus-voor-herstelbeleid>.

het OMT-advies, waarbij het samen kijken is naar het abstractieniveau dat geleverd kan worden. Bijvoorbeeld op doelgroep- en sectorniveau («wat doet dit voor jongeren» en «hoe ontziet dit een sector» etc.). Dit zullen geen doorrekeningen zijn, maar op basis van onderzoek geformuleerde aandachtspunten om mee te wegen in de beleid- en besluitvorming. De overige onderdelen van de brede maatschappelijke toets zoals uitvoering en handhaving zullen, overeenkomstig huidige praktijk, uitgevraagd worden bij relevante partners.

Daarnaast worden de planbureaus ook gevraagd om binnen de respectievelijke expertises te adviseren over de middellange en lange termijn in het kader van perspectief. Hierbij kunnen indien de thematiek hiertoe aanleiding geeft de inzichten van de Coronadenktank van de SER, de KNAW, en de Nationale Jeugdraad bij worden betrokken. Op basis van een rollende agenda worden inhoudelijke vragen geïdentificeerd en belegd bij een of meerdere van deze partijen. Op deze manier kan optimaal gebruik worden gemaakt van alle aanwezige kennis.

De precieze processtappen worden nog met de planbureaus besproken. Belangrijk hierbij is dat het aan de onafhankelijke planbureaus is en blijft om te bepalen wat zij kunnen leveren. Bij besluitvorming worden zoals reeds bestaande praktijk relevante adviezen en toetsen gewogen. Dit geldt zowel voor de besluitvorming over de maatregelen ter bestrijding van het virus, als voor de nodige flankerende maatregelen. Eventueel advies van de planbureaus zal, naast het OMT-advies, de uitvoeringstoets en de Catshuisstukken, meegezonden worden met de Kamerbrief op de dag van besluitvorming en persconferentie.

Maatregelen

Het kabinet deelt het beeld dat er al heel lang heel veel wordt gevraagd van de samenleving en onderschrijft de behoefte aan perspectief. Vandaar dat het kabinet zorgvuldig heeft gekeken naar mogelijkheden voor verantwoorde versoepelingen van het maatregelenpakket, gelet op het OMT-advies en de brede maatschappelijke toets.

Het kabinet heeft hierbij conform adviezen met prioriteit ingezet op het (gefaseerd) mogelijk maken van fysiek onderwijs van het vo en mbo. Hierbij zullen voorwaarden gelden, zoals de 1,5 meter maatregel. Dit is in lijn met het OMT-advies en de resultaten van de brede maatschappelijke toets. Zoals aangegeven geeft het OMT aan dat het versoepelen van activiteiten, waarbij sprake is van individuele, laagfrequente deelname en waarbij slechts sprake is van een-op-een contact (met in acht neming van bronmaatregelen (zoals triage) en collectieve maatregelen (zoals de 1,5 meter-maatregel en hygiëne en het gebruik van mondneusmaskers)) te prefereren zijn boven activiteiten waar groepen aan deelnemen en «social mixing» en persoonsverplaatsing op grote schaal plaatsvindt. Het OMT geeft aan dat er de komende maanden meer ruimte ontstaat voor versoepelingen, mits deze stapsgewijs worden ingevoerd en hun effect zorgvuldig gemonitord wordt, zodat er tijdig ingegrepen kan worden indien nodig. Dit overwegende heeft het kabinet besloten om contactbe-roepen toe te staan als ook het «winkelen op afspraak», onder strikte voorwaarden zoals triage en reserveren. Dit dient zowel een economisch als een sociaalmaatschappelijk doel (welzijn). Ten behoeve van het bevorderen van welzijn van jongeren (zowel fysiek als mentaal), is besloten om de leeftijd waarvoor buitensport op buitensportlocaties is toegestaan, te verhogen tot 27 jaar. Met deze versoepelingen in combinatie met zorgvuldige monitoring van de effecten op de virusverspreiding, worden volgens het kabinet verantwoorde risico's genomen die tegemoet-

komen aan de brede wens vanuit de samenleving om meer ruimte te creëren, in het bijzonder voor jongeren.

Tegelijkertijd wordt de rest van het maatregelenpakket gecontinueerd tot en met maandag 15 maart 2021. Dit is noodzakelijk gezien de ernstige epidemiologische situatie. Daarmee blijft onder andere de avondklok en het advies om maximaal één bezoeker per dag te ontvangen onverkort van kracht. Een nieuw moment van besluitvorming is voorzien voor maandag 8 maart 2021. Ten behoeve van dat moment werkt het kabinet binnen de motie van het lid Dijkhoff⁸ slimme plannen uit om te bezien of en welke aanvullende kleine stappen gezet kunnen worden ter openstelling van de culturele sector, het onderwijs (hbo en wo), de horeca en sport.

De hierboven genoemde versoepelingen voert het kabinet door ondanks de huidige zorgelijke epidemiologische situatie. Het kabinet erkent het risico dat deze versoepeling van de maatregelen voor een toename van het aantal contactmomenten en daarmee het aantal besmettingen zal zorgen. Om dit risico zoveel mogelijk te beperken, zijn er voorwaarden verbonden aan de versoepelingen en uiteraard geldt de anderhalve meter norm. En bij versoepelen is het extra belangrijk dat mensen zich laten testen en in quarantaine gaan als dit nodig is. Zoals eerder aangegeven, moeten we het virus maximaal controleren. Mocht niettemin het epidemiologisch beeld verslechteren en de druk op de zorg toenemen, dan kan het noodzakelijk zijn om de versoepelingen in de toekomst weer terug te draaien. Wanneer dit onverhoopt noodzakelijk is, zullen versoepelingen in het onderwijs, mede gezien het maatschappelijke belang, zo lang als verantwoord overeind blijven.

Bij dit alles benadrukt het kabinet, met het OMT, dat een goede opvolging van het algemene maatregelenpakket essentieel blijft. De besluitvorming ten aanzien van de individuele maatregelen wordt onderstaand nader toegelicht.

Verlenging dringend advies thuisbezoek en avondklok tot 15 maart 04.30 uur

Opnieuw staat het kabinet bij het besluit tot mogelijke verlenging van de avondklok voor een moeilijke afweging. Enerzijds stelt het kabinet vast dat de avondklok een zware maatregel is, die verregaand ingrijpt in levens van mensen. Tegelijkertijd heeft het OMT, zoals eerder vermeld, geconcludeerd dat de avondklok in combinatie met de huidige bezoekbeperking, van maximaal 1 persoon per dag, de Rt met ongeveer 10% heeft gereduceerd. Zonder het huidige maatregelenpakket inbegrepen de avondklok, zouden we in deze fase van de uitbraak veel meer besmettingen hebben gehad en zou de druk op de zorg aanzienlijk hoger zijn geweest. Rekening houdend met de beperkte ruimte voor versoepelingen en de maatschappelijke weging van de verschillende maatregelen, heeft het kabinet besloten om de avondklok te verlengen tot 15 maart 04.30 uur. Deze verlenging zal juridisch haar beslag krijgen door middel van een wijziging van de Trm. Parallel hieraan verlengt het kabinet ook het dringend advies om maximaal één bezoeker per dag thuis te ontvangen.

Zowel voor het in het voortgezet onderwijs, het voortgezet speciaal onderwijs, het middelbaar beroepsonderwijs, het hoger beroepsonderwijs en het wetenschappelijk onderwijs geldt vanaf 3 maart een uitzondering op de avondklok voor het volgen van praktijkonderwijs. Hiermee geeft het

⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 952.

kabinet uitvoering aan de motie van het lid Bruins c.s.⁹. Daarnaast geldt een uitzondering voor het volgen van voortgezet algemeen volwassenen- onderwijs in het examenjaar voor avondstudenten. Er gold reeds een uitzondering voor tentamens en examens in het middelbaar beroepson- derwijs, het hoger beroepsonderwijs of het wetenschappelijk onderwijs.

Met de avondklok en het dringend advies om maximaal 1 bezoeker te ontvangen, beperken we het aantal contactmomenten in de avond- en nachturen en in thuissituaties. Dit geeft nu ruimte voor de heropening van onder andere het vo en het mbo.

Onderwijs

Heropenen van het voortgezet onderwijs (vo) per 1 maart

Vanaf maandag 1 maart 2021 mogen de scholen in het voortgezet onderwijs (vo) weer fysiek les gaan geven aan al hun leerlingen. Hierbij geldt de verplichting dat ook leerlingen onderling 1,5 meter afstand moeten houden. Voor leerlingen in het voortgezet speciaal onderwijs, het praktijkonderwijs en leerlingen die praktijkgerichte lessen volgen op het vmbo is het houden van 1,5 meter afstand niet altijd mogelijk. Hier geldt wel dat de afstand zoveel als mogelijk moet worden gehouden. Daarmee wordt de huidige situatie voor deze leerlingen gecontinueerd. Leerlingen die een vast tweetal vormen op een locatie van het vo worden ook uitgezonderd van de 1,5 meter-maatregel. Mede naar aanleiding van de pilot Praktijktesten, komt er een uitzondering op de veilige afstandsnorm voor leerlingen in het vo die zich verplaatsen in de gangen, voor zover het feitelijk niet mogelijk is de veilige afstand te houden. In deze situatie blijft de mondkapjesplicht gelden. Voor leerlingen in het vo blijft het mogelijk om binnen te gymmen, mede met het oog op het examenprogramma. Hierbij geldt het advies om zo veel als mogelijk de veilige afstand tot elkaar te houden en daar waar mogelijk buiten te gymmen.

De heropening van het vo gaat gepaard met aanvullende maatregelen om onder meer het afstand houden te bevorderen en het aantal verschillende contacten op school te beperken. Deze maatregelen zijn uitgewerkt in het Generiek kader van het RIVM en een aanvullend servicedocument. De sectorspecifieke protocollen worden op zeer korte termijn aangepast. Met deze documenten hebben de scholen handvatten om de aanvullende maatregelen zo goed mogelijk in de schoolspecifieke context te imple- menteren. Het is de verwachting dat met de toepassing van het Generiek kader ongeveer een derde tot de helft van het aantal leerlingen gelijktijdig op de school kan zijn. Daarbij geldt dat iedere leerling minimaal één dag in de week naar school gaat. In de meeste gevallen zal er voldoende ruimte zijn om meer leerlingen te ontvangen. In dat geval is voor scholen maatwerk mogelijk en bovendien wordt in het voortgezet onderwijs toegestaan dat externe locaties worden ingezet om leerlingen meer fysiek onderwijs aan te kunnen bieden.

Het kabinet roept scholen dringend op om, conform de eerder gegeven ruimte, bij verdeling van deze ruimte aandacht te hebben voor examen- leerlingen, leerlingen in een kwetsbare positie en leerlingen op het vmbo die praktijklessen volgen, omdat deze leerlingen in het bijzonder gebaat zijn bij fysiek onderwijs.

⁹ Kamerstuk 35 570 VIII, nr. 159.

Heropenen van het mbo per 1 maart voor één dag per week per student

In het mbo wordt het vanaf 1 maart 2021 mogelijk om één dag per week per student fysiek onderwijs te geven. Deze verruiming betreft een aanvulling op de uitzonderingen op het afstandsonderwijs die tijdens de lockdown al gelden. De uitzonderingen die er al waren betreffen kwetsbare studenten, studenten die examens, tentamens en toetsen afleggen en studenten die praktijkonderwijs volgen. Bij de heropening dienen zowel de 1,5m afstand regel als de overige RIVM-richtlijnen in acht te worden genomen. De maximumcapaciteit wordt bepaald door de 1,5 meter-maatregel, waarbij een uitzondering kan gelden voor het praktijkonderwijs. Met de aanbieders van openbaar vervoer zijn landelijke en regionale afspraken over gespreide vervoerbewegingen gemaakt.

De overige RIVM-richtlijnen, waaronder de mondkapjesplicht, blijven eveneens van toepassing. Zowel voor het mbo als het hoger onderwijs geldt vanaf 3 maart een uitzondering op de avondklok voor het volgen van praktijkonderwijs. Voor tentamens en examens gold deze uitzondering al. Hiermee geeft het kabinet uitvoering aan de motie Bruins die hier om vroeg.

Handhaving afstandsonderwijs hbo en wo

Voor het hbo en het wo wordt voorlopig het afstandsonderwijs gehandhaafd. Er blijft een uitzondering gelden voor examens, tentamens, praktijkonderwijs en begeleiding van kwetsbare studenten. Ook geldt zoals hierboven aangegeven vanaf 3 maart 2021 een uitzondering op de avondklok voor het volgen van praktijkonderwijs. Voor tentamens en examens gold deze uitzondering al.

Het kabinet begrijpt dat er ook in het ho grote behoefte is aan meer ruimte voor fysiek onderwijs. Daarom wordt bezien of in een volgende fase ook het ho verder open kan. Hogescholen en universiteiten kunnen zich hier alvast op voorbereiden, zoals ook in het OMT-advies is aangegeven.

Over de verdere uitwerking van de heropening van het vo en mbo ontvangt uw Kamer een separate brief. Deze wordt parallel aan uw Kamer gezonden.

Contactberoepen

In aanvulling op de medische contactberoepen worden per 3 maart 2021 ook de overige contactberoepen weer toegestaan. Hiermee is het bijvoorbeeld voor kappers, schoonheidsspecialisten, nagelstylisten, masseurs, auto- en motorrijinstructeur, chiropractors, osteopaten en acupuncturisten weer toegestaan om hun beroep uit te oefenen. Hierbij dient vanzelfsprekend sprake te zijn van behandeling op afspraak, registratie, triage en gebruik van mondkapjes. Uitgezonderd van deze verruiming zijn de sekswerkers. Dit vanwege de bijzondere aard van het contact dat gepaard gaat met dit beroep en de ervaren moeilijkheden bij het opleggen van aanvullende verplichtingen als het werken op afspraak en het verstrekken van persoonsgegevens ten behoeve van bron- en contactonderzoek.

Verhoging leeftijdsgrens voor buitensport op minder dan 1,5m tot 27 jaar

Gezien de in de brede maatschappelijke toets beschreven impact voor jongeren en de positieve impuls die uit gaat voor de volksgezondheid en mentaal welzijn van sporten heeft het kabinet besloten om per 3 maart 2021 de bestaande leeftijdsgrens voor sporten op minder dan 1,5m

afstand te verhogen tot 27 jaar. Deze verruiming betreft sporten in teamverband op sportlocaties buiten, waarbij wedstrijden onderling met teams van de eigen club toegestaan zijn. Regionale en andere competities zijn hierbij niet mogelijk.

Winkelen op afspraak in niet-essentiële detailhandel wordt toegestaan

Het kabinet staat de niet-essentiële detailhandel toe om per 3 maart 2021 te starten met winkelen op afspraak. De voorwaarden zijn dat hierbij gebruik gemaakt wordt van een vooraf te reserveren tijdslot van minimaal tien minuten en er 1,5m afstand gehouden wordt. Daarbij geldt een maximum van twee klanten per verdieping per tijdslot. Dit is van belang voor detaillisten waarvoor verkoop via onlinekanalen of bestellen en afhalen geen goed alternatief is, bijvoorbeeld vanwege de aard van de producten die ze verkopen of de kleine schaal van de winkel.

Juridische (herstel)punten en overige wijzigingen

Het kabinet kiest ervoor om een aantal wijzigingen in de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 door te voeren. Ook worden een aantal omissies hersteld:

- Kleinschalige beheerde buitenspeeltuinen worden heropend. Hierbij geldt dat deze nadrukkelijk verbonden dienen te zijn met de wijk.
- Er wordt een uitzondering gemaakt op het verbod op openstelling van publieke plaatsen, ten behoeve van praktijkcertificering en -examining van opleiding en cursussen die benodigd zijn voor de uitoefening van beroep of bedrijf, bijvoorbeeld gericht op vaardigheden en bedrijfsveiligheid. De verkoop van warme dranken bij tankstations tijdens avondklokuren wordt gecodificeerd;
- De uitzondering die geldt voor topsporters wordt verduidelijkt.
- Tot slot vindt een aantal wijzigingen plaats in de regelingen voor Europees Nederland en Caribisch Nederland ten aanzien van reizigers, waaronder de vervanging van de term PCR-test door de betere term NAAT-test. Voor Caribisch Nederland wordt tevens een extra uitzonderingscategorie toegevoegd voor reizen van ten hoogste twee dagen.

Reizen

Vervoersverbod Duitsland

Tijdens het debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus van 4 februari 2021 (Handelingen II 2020/21, nr. 53, debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus, heeft het kabinet toegezegd na te gaan wat de overwegingen van het Robert Koch-Instituut zijn geweest in het adviseren van een vervoersverbod voor reizigers uit Portugal. In Duitsland is sinds 30 januari jl. een verbod op grensoverschrijdend personenvervoer per vliegtuig, schip, trein en bus van kracht voor een aantal landen, waaronder Portugal. In de beoordeling van hoog risicogebieden door het Robert Koch-Instituut bestaat een categorie voor landen met een hoog risico vanwege het voorkomen van bepaalde varianten, die niet of minder in Duitsland circuleren, en tot ernstigere ziekte of snellere verspreiding kunnen leiden. Portugal wordt in deze categorie genoemd wegens de circulatie van de B.1.1.7 (Britse) variant. De verspreiding van deze variant in Portugal was voor Duitsland reden een vervoersverbod in te stellen voor dit land.

Het kabinet heeft het OMT op 21 januari jl. gevraagd te adviseren over de noodzaak om voor Portugal, Dubai en eventueel andere landen een vliegverbod of andere maatregelen in te stellen. In zijn 97e advies (deel II) (Bijlage bij Kamerstuk 25 295, nr. 950) heeft het OMT aangegeven dat er op dat moment geen landen toegevoegd hoefden te worden aan de lijst

met landen waar vliegverboden voor gelden, gezien de dubbele negatieve testverplichting die al is ingeregeld en het dringend advies tot thuisquarantaine. Het kabinet heeft dit advies overgenomen. Uw Kamer is hierover geïnformeerd in de stand van zakenbrief COVID-19 van 2 februari jl.¹⁰. Het RIVM zal de situatie met betrekking tot de verspreiding van de nieuwe varianten blijven monitoren en gevraagd en ongevraagd adviseren indien een vliegverbod voor bepaalde landen noodzakelijk geacht wordt.

Verkorting termijn negatieve testverklaring

Ook heeft uw Kamer middels de aangenomen motie van de leden Kröger en Van Dam¹¹ het kabinet verzocht om de termijn waarbinnen de PCR-test voor reizigers moet zijn uitgevoerd, ten opzichte van het moment van binnenkomst in Nederland, zoveel mogelijk te minimaliseren. In de stand van zakenbrief COVID-19 van 13 januari jl.¹² heb ik toegezegd om de mogelijkheid van een dergelijke verkorting te onderzoeken en daarbij de ervaringen uit het buitenland mee te nemen.

Op dit moment geldt dat de verplichte negatieve testverklaring voor reizigers maximaal 72 uur oud mag zijn bij aankomst in Nederland. Het beleid in andere Europese lidstaten verschilt per land. België, Luxemburg en Frankrijk hanteren een termijn van maximaal 72 uur voor vertrek, waarmee zij een langere termijn hanteren in vergelijking met Nederland. Oostenrijk en Spanje hanteren net als Nederland maximaal 72 uur voor aankomst. Duitsland en Denemarken hanteren een kortere termijn. In Duitsland geldt dat de testuitslag maximaal 48 uur oud mag zijn bij aankomst. Wel accepteert Duitsland ook een negatieve antigeentest en is het soms mogelijk voor reizigers zich binnen 48 uur na aankomst te laten testen wanneer zij geen test voor vertrek hebben kunnen afnemen. Denemarken hanteert een termijn van maximaal 24 uur voor vertrek, maar accepteert ook een negatieve antigeentest.

Uit de bovenstaande inventarisatie blijkt dat de landen die een termijn korter dan 72 uur voor aankomst hanteren, de reizigers een alternatief bieden. Dit is zowel de mogelijkheid van een test bij aankomst, of de mogelijk tot een antigeentest met een kortere doorlooptijd. Daarnaast is Nederland het enige Europese land met een dubbele testverplichting. Reizigers uit hoog risicogebieden die per vliegtuig of veerboot naar Nederland reizen, dienen voorafgaand aan het aan boord gaan van het voertuig ook een negatieve sneltest van maximaal 4 uur oud te kunnen tonen. Deze maatregel beperkt het risico dat iemand inreist met een besmetting die is opgelopen na afname van de PCR-test. De bovenstaande analyse en de aanvullende sneltestverplichting in beschouwing genomen en rekening houdend met de uitvoerbaarheid, is het kabinet van oordeel dat als algemene regel een termijn van 72 uur de kortst mogelijke termijn van geldigheid van de negatieve PCR-testuitslag is. Het OMT heeft in het 97^e OMT advies deel 1 (Bijlage bij Kamerstuk 25 295, nr. 943) over testverplichtingen voor de bemanning van vliegtuigen geadviseerd een PCR of LAMP (niet ouder dan 72 uur) af te nemen en een antigeensneltest op de dag van vertrek. Indien de PCR of LAMP test op de dag van vertrek en maximaal binnen 12 uur voor vertrek is afgenomen, vervalt de noodzaak van een antigeensneltest voor vertrek. Het RIVM heeft aangegeven dat dit ook geldt voor passagiers, omdat de PCR of LAMP test van maximaal 12 uur voor vertrek gevoeliger is dan de antigeentest en daardoor dezelfde of zelfs een betere betrouwbaarheid biedt. De wijziging helpt mogelijk crew en passagiers in het buitenland waar de beschik-

¹⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 950.

¹¹ Kamerstuk 35 695, nr. 8.

¹² Kamerstuk 25 295, nr. 874.

baarheid van antigeentesten beperkt is. Hiermee beschouw ik deze motie als afgerond.

RIVM-advies over quarantaine van veerpont- en luchtvaartcrew en gedrag aan boord van veerponten

In het licht van de huidige epidemiologische situatie heeft het RIVM geadviseerd om aanvullende maatregelen omtrent het uitdelen en nuttigen van maaltijden en de rijvorming bij het (aan- en) van boord gaan te nemen, op veerboten varende tussen het Verenigd Koninkrijk en Nederland. Uitgangspunt is dat de maatregelen die gelden voor de horeca op land worden vertaald naar vergelijkbare maatregelen aan boord. Hierbij moet in acht worden genomen dat omstandigheden op bepaalde punten niet vergelijkbaar zijn. In overleg met de sector, het Ministerie van I&W en het Ministerie van VWS is afgesproken dat de sector maatregelen neemt om groepsvorming bij het nuttigen van maaltijden, en rijvorming bij het aan en van boord gaan wordt tegengegaan. De verschillende maatschappijen zullen hierop controleren. Vergelijkbare gesprekken zijn gevoerd met de zeevisserijsector, waarbij het belang van de naleving van de maatregelen nogmaals is benadrukt.

Scenario's ontwikkeling van de epidemie

In het COVID-19 debat van 4 februari 2021 heb ik in antwoord op vragen van Segers toegezegd scenario's te schetsen over het verloop van de epidemie.

Het verloop van de epidemie wordt beïnvloed door een groot aantal factoren. Een deel van deze factoren zijn te beïnvloeden door ons gedrag en het beleid dat we voeren. Op andere factoren hebben we echter weinig tot geen invloed. Denk daarbij aan de intrede van nieuwe virusvarianten, de mate waarin vaccins daartegen bestand zijn, de mate waarin mensen die gevaccineerd zijn het virus nog kunnen overdragen en onzekerheden in de vaccinleveringen. Met scenario's laten we zien:

- Wat de effecten kunnen zijn van de factoren waarop we weinig tot geen invloed hebben. Het gaat dan om gevolgen voor de volksgezondheid, economie en samenleving.
- Hoe we ons daar beleidsmatig op voorbereiden via de factoren waarop we wel invloed hebben: testen & traceren, vaccinatiebeleid, maatregelen en de sociaaleconomische en maatschappelijke steunpakketten en herstelplannen.

Bij het bepalen van de ruimte steunt het kabinet op OMT-adviezen en maakt daarnaast een brede maatschappelijke afweging. Een afweging die oog houdt voor zowel samenleving als economie. Het verloop van de epidemie is moeilijk te voorspellen. Scenario's kunnen behulpzaam zijn om ons voor te bereiden op verschillende situaties die zich kunnen voordoen.

Op 4 februari 2021 heb ik aangegeven te proberen de scenario's in deze voortgangsbrief te presenteren. Ik ben tot de conclusie gekomen dat hier iets meer tijd nodig is. Over 2 weken zal ik u inhoudelijk informeren over de ontwikkelde scenario's en de doorvertaling daarvan naar het beleid.

Routekaart

Verdeling gezamenlijke epidemiologische ruimte

2 februari is de vernieuwde routekaart gepresenteerd. Met deze routekaart wordt het voor de samenleving, ondanks alle onzekerheden in deze fase van de crisis, voorspelbaar welk risiconiveau geldt en welke maatregelen in welke volgorde kunnen worden versoepeld. De daadwerkelijke

besluitvorming zal afhangen van het actuele beeld op dat moment en weging van o.a. sociaaleconomische factoren.

De routekaart wordt iedere drie weken getoetst door het OMT, zodat we nieuwe inzichten en ontwikkelingen mee kunnen nemen. Zoals de oplopende vaccinatiegraad, de lessen die getrokken kunnen worden uit de Fieldlabs en op termijn het inzetten van toegangstesten bij bepaalde evenementen of activiteiten. Daarmee blijft deze routekaart en de aanpak actueel en adequaat.

De wens in de samenleving en het bedrijfsleven om te versoepelen is groot, begrijpelijk en wordt gedeeld door het kabinet. Daarom kijken we samen met sectoren en branches allereerst of we kleine stapjes binnen het huidige zwaarste risiconiveau mogelijk kunnen maken, in plaats van wachten op ruimte om over te stappen naar een nieuw en lichter risiconiveau. Om dit uit te werken is het kabinet in gesprek met maatschappelijke organisaties, branches, werkgevers- en werknemersorganisaties. Doel hiervan is om met sectoren te komen tot plannen waarbij de samenleving en economie meer lucht krijgen, en waarbij tegelijk de besmettingsrisico's zoveel mogelijk beperkt blijven. Door zo heel voorzichtige stappen binnen een risiconiveau te zetten, kunnen we wellicht eerder ruimte geven aan samenleving en economie.

Het kabinet doet dit nadrukkelijk in samenwerking met sectoren, zodat we gebruik kunnen maken van de slimme plannen die hiervoor in tal van sectoren al ontwikkeld zijn. Op die manier zorgen we ervoor dat we zoveel als mogelijk komen tot intelligent maatwerk dat in de praktijk ook toepasbaar en handhaafbaar is. Tegelijk vraagt de wens om ruimte eerlijk te verdelen van sectoren uiteraard enige onderlinge solidariteit. Ook vraagt het van sectoren flexibiliteit: het kan nu eenmaal zo zijn dat het epidemiologisch beeld dusdanig verandert, dat bepaalde versoepelingen tijdelijk moeten worden teruggedraaid of moeten worden beperkt.

Deze plannen die worden opgesteld samen met sectoren zijn input voor de voorziene periodieke herijking van de routekaart. Op deze manier worden de verschillende plannen voor versoepeling integraal afgewogen. Tegelijkertijd is een winstwaarschuwing gepast: de ruimte zal de komende tijd zeer beperkt zijn. Dat maakt dat nog lang niet alles wat bedacht zal worden aan tussenstappen, past binnen de beperkte ruimte die de epidemie ons op korte termijn biedt. Wel zorgen we hiermee dat we in ieder geval klaar staan op het moment dat die ruimte groter wordt, en geeft het daarmee tegelijkertijd ook al enig perspectief. Bij de volgende stand van zakenbrief van 9 maart wordt de uitwerking van dit traject opgenomen. Hiermee geef ik ook uitvoering aan de motie van het lid Dijkhoff.¹³

Doorontwikkeling dashboard

Gebruikersonderzoeken

Sinds oktober 2020 vinden regelmatig kwalitatieve gebruikersonderzoeken onder burgers plaats om te kunnen beoordelen of het coronadashboard duidelijk is en de informatie bevat die mensen willen weten. Een gebruikersonderzoek bestaat uit individuele gesprekken met heel verschillende Nederlanders, acht mensen per onderzoek. De deelnemers bekijken cijfers, grafieken, designs, teksten of hele pagina's van het dashboard en krijgen onderdelen te zien die in voorbereiding zijn. De reacties leveren verbeterpunten op die in de verdere ontwikkeling van het

¹³ Kamerstuk 25 295, nr. 952.

dashboard worden meegenomen. Inmiddels heeft het gebruikersonderzoek zes keer plaatsgevonden. De belangrijkste resultaten staan hieronder.

- De gebruikers vinden het coronadashboard prettig in gebruik en kunnen makkelijk informatie vinden, zowel op een pc als op een tablet en mobiele telefoon. Zij waarderen de informatie over hun regio en gemeente het meest. De waardering van het coronadashboard hangt overigens samen met de mate waarin deelnemers informatie van de overheid vertrouwen.
- Sommige gebruikers zijn «coronamoe». Zij willen vooral weten of iets erger of juist beter wordt, en willen niet te diep in alle informatie duiken. Sinds eind januari heeft het dashboard daarom een nieuwe homepage die in één oogopslag de belangrijkste trends laat zien. Sinds dat moment bevat het dashboard ook artikelen die uitleg geven bij de cijfers en grafieken. Daarmee komen we tegemoet aan gebruikers die bepaalde informatie minder interessant of ingewikkeld vinden omdat ze uitleg missen. Ook deze nieuwe homepage is vooraf getoetst bij de gebruikers.
- Uit de onderzoeken is verder gebleken dat gebruikers behoefte hebben aan overzichtelijke informatie over de geldende maatregelen. De maatregelen hebben daarom een prominente plek gekregen op het dashboard. Ook de onlangs toegevoegde informatie over vaccinaties voorziet in een grote behoefte. De wens van gebruikers blijft echter groot om te kunnen zien wanneer ze zelf aan de beurt zijn.

Ook de komende tijd zullen er gebruikersonderzoeken plaatsvinden om te zorgen dat het dashboard op een goede manier feitelijke informatie verschaft over de verspreiding van het coronavirus.

Overige ontwikkelingen

Naast de wijzigingen als gevolg van de gebruikersonderzoeken, is het coronadashboard permanent in ontwikkeling om steeds beter zicht op en inzicht in de ontwikkelingen van het virus te geven. Onlangs zijn de sterftecijfers op gemeenteniveau toegevoegd. Daarnaast bevat de gedragspagina nu ook informatie over de Coronamelder-app. Er worden gegevens getoond over de hoeveelheid waarschuwingen en het aantal downloads van de app. De pagina over vaccinaties is ook verder uitbereid; zo tonen we sinds afgelopen week de vaccinatiebereidheid per leeftijdsgroep.

Quarantaine

In mijn brief van 2 februari jl. informeerde ik uw Kamer over de invoering van een quarantaineplicht voor inreizigers uit hoog risicogebieden. Een dergelijke quarantaineplicht is nodig voor de beperking van het risico op verspreiding van coronabesmettingen door inkomende reizigers uit hoog risicogebieden. Vanwege de komst van nieuwe, snel verspreidende virusmutaties, en het risico dat reizen uit hoog risicogebieden met zich mee brengt op de verspreiding van mutaties, is een wettelijk verplichte quarantaine voor in reizigers uit aangewezen hoog risicogebieden, als sluitstuk, noodzakelijk.

Met het invoeren van de quarantaineplicht worden de maatregelen in Nederland meer in overeenstemming gebracht met de Europese Raadsaanbevelingen daarover waarin lidstaten worden opgeroepen een quarantaineperiode te laten gelden voor reizigers uit hoog risicogebieden.

Nederland heeft zich aan deze Raadsaanbevelingen¹⁴ gecommitteerd. De verplichte quarantaine en de eventuele opheffing van overige reismaatregelen, zoals de dubbele testverplichting voor reizigers per vliegtuig, zal onderdeel zijn van nadere besluitvorming. De huidige vliegverboden voor de VK, Zuid Afrika en Zuid Amerika, die deze week aflopen, zullen worden verlengd. Op basis van een op 1 maart te ontvangen OMT-advies zal een heroverweging plaatsvinden.

Er wordt momenteel een spoedwetvoorstel voorbereid om de quarantaineverplichting voor reizigers uit hoog risicogebieden mogelijk te maken. Ik hoop dit spoedwetsvoorstel in maart 2021 aan de Kamers aan te bieden.

Het volgende moet hiervoor ingeregeld worden

- De identificatie van inreizigers
- Een vorm van registratie van deze inkomende reizigers
- Afspraken over wie als toezicht en handhavende instanties worden aangewezen

Daar worden de komende periode stappen in genomen. Ik verwacht u in de volgende brief meer in detail te kunnen informeren hierover.

Communicatie-campagnes zullen worden ingezet om reizigers voor vertrek te informeren over de regels met betrekking tot testen en quarantaine.

Sluiting bedrijven waar clusterbesmettingen zijn

In mijn vorige voortgangsbrief van 2 februari¹⁵ heb ik uw Kamer geïnformeerd dat het kabinet het voornemen heeft om een gerichte bepaling van tijdelijke duur in de Wet publieke gezondheid op te nemen ter uitvoering van motie van de leden Klaver en Ouwehand¹⁶. Het kabinet werkt momenteel een wetsvoorstel uit en verwacht het wetsvoorstel binnen een aantal weken aan uw Kamer aan te kunnen bieden.

Testen en traceren

Doorontwikkeling teststrategie

De twee doelen van het testbeleid zijn:

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

Hieronder vat ik samen wat de stand van zaken is, welke acties worden ondernomen om deze twee doelen te realiseren en geef ik aan welke actoren verantwoordelijk zijn voor de uitvoering. Voor een grafische samenvatting hiervan verwijs ik u naar de bijlage¹⁷.

¹⁴ Raadsaanbeveling 2020/912 over de tijdelijke beperking van niet-essentiële reizen naar de EU en de mogelijke opheffing van die beperking en Raadsaanbeveling 2020/1475 betreffende een gecoördineerde aanpak van de beperking van het vrije verkeer in reactie op de COVID-19-pandemie.

¹⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 950.

¹⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 924.

¹⁷ Corona teststrategie – versie 3.0, Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

1a Testen van risicodoelgroepen

De afgelopen weken hebben we een op- en neergaande ontwikkeling gezien in het aantal testen dat werd afgenomen. Het ene moment daalde het aantal afnames met 15% ten opzichte van de week daarvoor, het volgende moment daalde het aantal afnames met 5% ten opzichte van de week daarvoor. In week 8 steeg de testvraag bij de GGD'en weer met circa 50% ten opzichte van de week daarvoor (met in beide weken een dag sluiting vanwege extreem weer). Kortom, het aantal testen daalde tot en met week 7, en dat kan een veelheid aan redenen hebben, waaronder afnemende testbereidheid. Er wordt daarom extra ingezet op communicatie om mensen te stimuleren om zich te laten testen bij klachten of wanneer zij behoren tot één van de andere groepen die zich kunnen laten testen.

Omdat minder mensen zich laten testen, is er een overcapaciteit ontstaan in de testketen en laboratoria. Het kabinet gaat ervan uit dat dit een tijdelijke situatie is: de testvraag kent een grillig verloop en deze kan binnen korte tijd sterk toenemen. Recent hebben we bovendien nieuwe groepen toegevoegd aan het testbeleid: kinderen onder 13 jaar, het testen van de ring rondom een besmette leerling in het primair onderwijs, de reizigers en niet-nauwe contacten die zich ook op dag 5 kunnen laten testen en de nauwe contacten die zich op dag 1 en dag 5 kunnen laten testen. We verwachten dat het toevoegen van deze nieuwe groepen in combinatie met het risicogericht grootschalig testen in steden en gemeenten en meer contact als gevolg van stapsgewijs openen van de samenleving, de testvraag zal doen stijgen. Naast deze prognose, hebben we te maken met onvoorziene vraagkatalysatoren en de Britse-variant die ervoor kan zorgen dat er meer besmettingen komen, en dus meer mensen getest willen te worden.

1b Risicogericht grootschalig gebiedstesten

Update pilots Rotterdam-Charlois, Dronten en Bunschoten

In de vorige Kamerbrief heb ik uw Kamer geïnformeerd over de stand van zaken van de pilots. De laatste twee van de in totaal vier pilots (risicogericht) grootschalig gebiedstesten zijn van start gegaan in Dronten en Bunschoten. De begeleidingscommissie Grootschalig Risicogericht testen heeft inmiddels advies gegeven over het plan van aanpak van Bunschoten; ik voeg deze als bijlage¹⁸ bij deze brief toe.

Het overkoepelende doel van alle pilots is meer zicht op het virus te krijgen door op grote schaal proactief te testen. De pilots geven ons belangrijke inzichten in de effecten van de verschillende aanpakken op de testbereidheid en het naleven van de quarantaine- en isolatiemaatregelen. De pilot in Lansingerland is afgerond. De pilot in Rotterdam-Charlois is in de eerste week van februari van start gegaan en loopt tot en met 7 maart, de pilots in Dronten en Bunschoten lopen tot en met 21 maart. De eerste tussentijdse resultaten verwachten we begin maart.

In zowel Rotterdam-Charlois, Dronten als Bunschoten hadden de pilots bij de start te maken met het Nederlandse winterweer, waardoor een deel van de week de testlocaties gesloten bleven en minder afspraken gemaakt zijn dan ingecalculleerd. Inmiddels zijn alle testlocaties weer geopend. Op

¹⁸ Advies 3 Begeleidingscommissie Risicogericht Grootschalig Testen, Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

vrijdag 19 februari waren er respectievelijk in Rotterdam-Charlois, Dronten en Bunschoten ongeveer 8500, 6700 en 5500 mensen getest.

Vervolg pilots risicogericht grootschalig testen

Op dit moment ben ik met onder andere de GGD GHOR, regionale GGD'en, Dienst Testen en het RIVM in gesprek over het vervolg van de pilots. Ik wil verkennen of en hoe grootschalig risicogericht testen als extra instrument in de gereedschapskist van de GGD GHOR kan worden opgenomen. De verkenning hoe en wanneer het grootschalig risicogericht testen een oplossing kan zijn en het verkrijgen van de resultaten uit de pilots loopt parallel aan elkaar. In de verdere planning van mogelijke uitrol van grootschalig risicogericht testen wordt uiteraard rekening gehouden met uitkomsten van deze onderzoeken, om te bepalen wanneer het een zinvol instrument kan zijn om beter zicht op het virus te krijgen. Ik verwacht uw Kamer in maart te kunnen informeren over de mogelijke vervolgstappen.

Definitieve uitkomsten Lansingerland

De begeleidingscommissie Grootschalig Risicogericht Testen is bijeengekomen om de resultaten van de pilot in de gemeente Lansingerland en de eerste resultaten van de pilot in Charlois door te nemen. Daarnaast heeft de commissie geadviseerd over de kaders voor de inzet van het instrument grootschalig risicogericht testen. Zij adviseert naast indicaties de voorwaarden van proportionaliteit en subsidiariteit te hanteren om te bepalen of grootschalig risicogericht testen ingezet kan en zou moeten worden. Hiermee staat de mate waarin grootschalig risicogericht testen verwacht wordt inzichten te geven en of grootschalig risicogericht testen de beste maatregel is voor een specifieke vraagstelling centraal. Ik voeg het advies als bijlage¹⁹ bij deze brief toe.

Risicogericht grootschalig gebiedstesten en R-waarde

Ik heb aan het RIVM gevraagd om de effecten van grootschalig gebiedstesten op de R-waarde opnieuw te modelleren nu er meer bekend is over de mogelijkheden dan in november vorig jaar, toen het OMT hierover heeft geadviseerd in het achtergronddocument «Grootschalig testen van personen zonder klachten» bij het 89e OMT-advies. De resultaten daarvan zal ik in de komende stand van zakenbrief met de Kamer kunnen delen. Hiermee voldoe ik aan de toezegging aan het lid Ellemee in het AO inzake de tijdelijke testsamenleving van 10 februari jl. om te onderzoeken wat de modelleringseffecten op de R zijn als gevolg van risicogericht grootschalig gebiedstesten.

1c Testen op primair- en voortgezet onderwijs bij uitbraken

Primair onderwijs

In mijn vorige stand van zakenbrief heb ik geïnformeerd over het voorgenomen test- en quarantainebeleid bij een besmetting op een basisschool en op de kinderopvang en het voornemen om kinderopvang-medewerkers met klachten toe te voegen aan de prioriteitsstraten zodat zij zich met voorrang kunnen laten testen. Dit beleid is per 8 februari geïmplementeerd.

Onderwijspersoneel dat naar voren komt uit het bron en contactonderzoek uit categorie 2 contacten zullen binnenkort ook op dag 5 getest worden in de prioriteitsstraat. Deze aanvulling op het testbeleid zorgt ervoor dat besmettingen op school snel worden opgespoord en dat een uitbraak

¹⁹ Advies 4 Begeleidingscommissie Risicogericht Grootschalig Testen. Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

voorkomen kan worden zodat het fysieke onderwijs zoveel mogelijk doorgang kan vinden.

In aanvulling hierop worden op korte termijn pilots gestart met het frequent sneltesten van leraren in het primair onderwijs. Tijdens de pilots kan onderwijspersoneel zonder klachten zich meerdere keren per week preventief asymptomatisch laten testen door middel van een sneltest. Onderwijspersoneel met klachten kan getest worden via de prioriteitsstraat bij de GGD.

Binnen de pilots worden twee routes gevolgd:

1. Het sneltesten vindt plaats door middel van zelfafname. Dit houdt in dat het personeel een test bij zichzelf afneemt.
2. Het sneltesten vindt plaats op een testlocatie in of bij de school en wordt uitgevoerd door een commerciële partij.

We starten de pilots bij een beperkt aantal basisscholen en breiden zo snel als mogelijk verder uit. Om de effecten van het inzetten van sneltesten in beeld te krijgen wordt een monitor- en evaluatieonderzoek opgezet. Dit is van belang om de effecten van het aanvullend testen op de continuering van het onderwijsproces in kaart te brengen. Aan de hand van de resultaten van het onderzoek wordt voor een van de twee routes, dan wel een combinatie van de routes gekozen voor de opschaling. Daarin wordt dan ook aanbod voor het personeel van het voortgezet onderwijs meegenomen. De planning is om binnen drie maanden een landelijk dekkend aanbod te hebben van pilots. Het kabinet trekt ca. € 0,9 miljoen uit voor de voorbereiding en uitvoering van deze pilots. De kosten voor deze pilots bestaan uit de daadwerkelijke sneltesten door commerciële partijen, de kosten voor het onderzoek, voor communicatie rondom de pilots en voor de logistiek. De kosten van de landelijke uitrol worden nog geraamd, hierover wordt uw Kamer op een later moment geïnformeerd.

Voortgezet onderwijs

Ook in het voortgezet onderwijs is het van belang om de introducties en verdere verspreiding van het virus te beperken. Daarom gaat de heropening van het voortgezet onderwijs gepaard met aanvullende maatregelen, zoals het houden van afstand en het beperken van het aantal verschillende contacten op school. Daarnaast blijft het belangrijk dat leerlingen of leraren met klachten thuis blijven en zich zo snel mogelijk laten testen.

In de afgelopen weken hebben een dertigtal middelbare scholen ervaring opgedaan met de inzet van sneltesten nadat een besmetting bekend was. Doordat de scholen dicht waren, de leerlingen inmiddels afstand van elkaar hielden, en de besmettingsgraad is gedaald, is er veel minder getest dan vooraf verwacht. Daarom verlengen we de pilot tot eind maart, zodat er goede conclusies kunnen worden getrokken.

Deze pilot levert een aantal uitvoeringsvragen op, die het testbeleid en de inzet van sneltesten belemmeren. Ook bij een overstap naar de inzet van begeleid zelftesten zijn deze kwesties aan de orde. Om hierin een doorbraak voor elkaar te krijgen, heeft het kabinet een expertgroep gevraagd hierover een advies uit te brengen. De expertgroep, met leden vanuit het onderwijsveld, GGD, RIVM, IGJ en de epidemiologie en onder leiding van de voorzitter van de LCT, wordt gevraagd binnen twee weken met een advies te komen over hoe de inzet van sneltesten, inclusief het begeleid zelftesten, vorm kan krijgen voor categorie 3 contacten bij risicogericht testen en pre-emptive testen. In dit advies worden meegewogen de testbereidheid, het juridische kader, de snelheid en frequentie van het testen, de uitvoerbaarheid en de opschaalbaarheid. Daarnaast wordt gevraagd te adviseren over hoe, met respect voor privacy en

veiligheid, een praktisch hanteerbare organisatie voor deze wijze van testen vorm kan krijgen. Dit advies is, naast het VO, ook gericht op het MBO, HBO en WO (spoor 2c) en zal ook van toepassing kunnen zijn voor werkgevers en werknemers om veiliger werken mogelijk te maken (spoor 2b).

Tegelijkertijd is inmiddels het bron- en contactonderzoek voor leerlingen in het voortgezet onderwijs geïntensiveerd. Op het moment dat er toch besmettingen plaatsvinden, geldt dat zo spoedig mogelijk de categorie 2 (nauwe) contacten en categorie 3 (overige) contacten geïdentificeerd worden door de GGD in samenwerking met de betreffende school. Voor categorie 2 (nauwe) contacten gaat het dan om leerlingen en leerkrachten die zich in 24 uur langer dan 15 minuten binnen 1,5 meter afstand van een besmet persoon hebben bevonden. Voor hen geldt dat zij direct in quarantaine gaan voor 10 dagen, én zij worden opgeroepen zich zo snel mogelijk en op dag 5 na blootstelling bij de GGD-teststraten te laten testen. Bij een negatieve testuitslag van de test op dag 5 wordt de quarantaine opgeheven en kan de leerling of leraar terug naar school. Categorie 3 (overige) contacten hoeven niet in quarantaine en worden opgeroepen zich op dag 5 te laten testen bij de GGD.

Spoor 2 Testen om de samenleving te openen

Naast het testen om het virus op te sporen en te bestrijden, gaat het kabinet ook meer testen mogelijk maken om de samenleving stapsgewijs steeds meer te openen. Het kabinet zet nieuwe stappen die hiervoor perspectief bieden door te testen voor veilige toegang tot het sociale leven en veiliger werken en studeren. Hieronder staan deze stappen toegelicht.

2a Testen gericht op veilige toegang tot het sociale leven (spoor 2a)

In het kader van het openen en continueren van de samenleving geven de Ministeries van VWS, EZK en OCW gezamenlijk vorm aan spoor 2a aan het vormgeven. In dit spoor is het de bedoeling dat burgers een testbewijs kunnen krijgen waarmee ze tijdelijk toegang kunnen krijgen tot bijvoorbeeld evenementen en activiteiten in economie, cultuur en sport. Om dit mogelijk te maken lopen voorbereidingen voor een wetstraject voor een testbewijs, digitale ondersteuning via een app, en dient een fijnmazige infrastructuur van testcapaciteit te worden gerealiseerd. De Stichting Open Nederland, die als doel heeft een bijdrage leveren aan het heropenen van Nederland gedurende en na afloop van de COVID-19 pandemie, organiseert in opdracht van het kabinet een landelijk en fijnmazig netwerk van locaties waar burgers zonder symptomen zich op COVID-19 kunnen laten testen. De Stichting Open Nederland bundelt de kennis en kunde die nodig is om een operatie van deze omvang en complexiteit in relatief korte tijd te realiseren. Gelet op het doel om grootschalig testen voor de Nederlandse bevolking te faciliteren, vind ik het van bijzonder groot belang om zorg te dragen voor de financiering van de opdracht, inclusief de kosten voor de coördinerende taken van de stichting, omdat hiermee kwartier wordt gemaakt voor de uitrol van testcapaciteit. Ik heb derhalve, in afstemming met de Ministers van EZK, OCW en Financiën, besloten tot het verstreken en financieren van een opdracht tot het uitvoeren van voorbereidende werkzaamheden voor de uitrol van testcapaciteit (fase 0). Hiermee kunnen de benodigde voorbereidingen slagvaardig worden getroffen. Voor de goede orde, over het vervolg van de verdere opbouw van de testcapaciteit moet in het kabinet nog besluitvorming plaatsvinden. Tevens volgt besluitvorming over de inzet van testbewijzen, het benodigde wetsvoorstel, de daadwerkelijke

realisatie van de testcapaciteit en de prioritering van sectoren/voorzieningen volgen dus nog.

Realisatie testcapaciteit

In de tweede week van februari is begonnen met het opzetten van de eerste dertig testlocaties waar de coronatesten kunnen worden afgenomen en testbewijzen, wanneer dit wettelijke en praktisch mogelijk is, worden gegenereerd. Het voornemen is om in maart zeventig locaties te bouwen om de locaties begin april operationeel te hebben. De bouw en operationalisering van deze locaties gebeurt in nauwe samenwerking met Stichting Open Nederland, Project Amsterdam en met EZK en OCW. Het streefdoel rondom de opbouw van testcapaciteit gaat van 25.000 testen per dag per 1 maart naar 400.000 testen per dag in mei. Hierover vindt vanuit het oogpunt van haalbaarheid en kosteneffectiviteit stapsgewijze besluitvorming plaats. Hiermee voldoe ik aan de toezegging gedaan in het AO inzake de tijdelijke testsamenleving van 10 februari jl. om dieper in te gaan op de testcapaciteit in spoor 2.

Ontwikkeling testbewijs

In de brief van 2 februari jl. informeerde ik uw Kamer over het advies van de Gezondheidsraad van 14 januari jl. Hierbij geef ik u een reactie op dit advies. Het kabinet is van mening dat de inzet van het verplichte testbewijs een aanvullende maatregel kan zijn om de samenleving op verantwoorde wijze, stap voor stap, te kunnen openen in de periode dat de vaccinatiegraad nog niet hoog genoeg is. Het kabinet zal daarom de inzet van het testbewijs verder uitwerken. Het advies van de Gezondheidsraad en het daarin opgenomen afwegingskader zijn hierbij vanzelfsprekend belangrijke uitgangspunten. In aanvulling daarop hanteert het kabinet de volgende uitgangspunten. Het verplichte testbewijs zal alleen in een specifieke situatie worden ingezet om beperkende maatregelen voor bepaalde voorzieningen of activiteiten te versoepelen of sneller los te laten. Het testbewijs zal niet worden ingezet als een extra beperkende maatregel. Dit maakt het verplichte testbewijs een tijdelijke maatregel: immers hoe minder beperkende maatregelen hoe minder noodzakelijk een testbewijs is. Hiermee voldoe ik aan mijn toezegging in het plenaire debat van 9 december 2020 om de Kamer te over de testsamenleving naar aanleiding van het Gezondheidsraad advies en het debat hierover te vervolgen²⁰. Ook voldoe ik hiermee aan mijn toezegging in het AO inzake de tijdelijke testsamenleving van 10 februari jl. over het geven van een beleidsreactie op het advies van de Gezondheidsraad.

De inzet van het testbewijs betekent een impliciete testverplichting voor bezoekers aan bepaalde voorzieningen of activiteiten en raakt daarmee aan grondrechten. Voor de verplichte inzet van een testbewijs is daarom een specifieke wettelijke basis noodzakelijk. Ik tref daarom voorbereidingen voor de wijziging van hoofdstuk Va Tijdelijke bepalingen bestrijding epidemie covid-19 in de Wet op de publieke gezondheid. In het wetsvoorstel komt vast te liggen voor welke type voorzieningen of activiteiten het testbewijs verplicht kan worden, naast eventuele inzet van testbewijzen door private partijen. Bij de afbakening van de voorziening zal ik de motie van het lid Azarkan inzake toegang tot publieke voorzieningen ongeacht vaccinatie- of teststatus betrekken. Hiermee voldoe ik aan de toezegging in de stand van zakenbrief van 12 januari jl.²¹ om de Kamer te informeren over het standpunt dat het kabinet inneemt ten aanzien van het advies van de Gezondheidsraad en daarbij de motie van het lid Azarkan inzake toegang tot publieke voorzieningen ongeacht vaccinatie- en teststatus betrekken. Bovendien voldoe ik hiermee aan de

²⁰ Handelingen II, 2020/21, nr. 35, item 12.

²¹ Kamerstuk 25 295, nr. 874.

motie van het lid Azarkan om publieke voorzieningen voor iedereen mogelijk te maken ongeacht vaccinatie- of teststatus²².

Vervolgens zal in een ministeriële regeling een nadere precisering van de voorzieningen en activiteiten worden gegeven en onder welke voorwaarden een testbewijs daadwerkelijk zal worden verplicht. Dit zal uiteraard afhankelijk zijn van de epidemiologische situatie en uitvoeringsaspecten zoals beschikbare testcapaciteit. In dit toetsingskader zal het advies van de Begeleidingscommissie Digitale Ondersteuning Covid-19 van 9 februari jl. worden betrokken.

Aan de hand van de systematiek van de routekaart zal het kabinet over de daadwerkelijke inzet van het verplichte testbewijs beslissen. Concreet betekent dit dat het kabinet iedere drie weken, op basis van een OMT-advies, kan besluiten om met de inzet van het verplichte testbewijs bepaalde maatregelen uit de routekaart te versoepelen. Het versoepelen van maatregelen is daarmee nadrukkelijk onderdeel van het testbeleid in zijn geheel.

Ik overleg met de betrokken departementen en sectoren over bij welk type voorzieningen en activiteiten en onder welke voorwaarden het verplichten van een testbewijs mogelijk én wenselijk is. Voor dit overleg wordt gebruik gemaakt van de uitkomsten van de Fieldlabs waar de toepassing van het testbewijs wordt getoetst. Het wetsvoorstel maakt ook meer grootschalige pilots mogelijk, zodat op een later moment ook de opschaalbaarheid van het testbewijs kan worden onderzocht. Het streven is uw Kamer eind maart het wetsvoorstel te sturen.

Zoals eerder aangekondigd werk ik aan een digitale applicatie voor het testbewijs, te weten CoronaCheck. Hiermee kan een negatief testresultaat in een app omgezet worden in een testbewijs. Er wordt naast deze digitale toepassing aan een alternatief gewerkt waarbij geen smartphone benodigd is. Aan het ontwerp van beide applicaties worden hoge eisen gesteld waaraan ik geen concessies doe. Net als eerder bij CoronaMelder en GGD Contact is daarom sprake van privacy & security by design, een open ontwikkelproces, open source waar technisch mogelijk, geen nieuw centraal register van persoonlijke gegevens maar decentrale verwerking in de app zelf en een passende set van beveiligingsmaatregelen. Hierbij is het ook passend dat de app zich op basis van ervaringen in de eerste weken doorontwikkeld wordt.

De belangrijkste afweging die we hebben te maken bij de ontwikkeling van de applicaties is het vinden van de juiste balans tussen de mate van bescherming van persoonsgegevens en het tegengaan van misbruik. Testbewijzen zijn bedoeld om toegangscontrole mogelijk maken voor mensen die kunnen aantonen dat ze recent negatief getest zijn. Dergelijke negatieve testuitslagen bevatten in de regel veel gevoelige persoonsgegevens, zoals Burgerservicenummers en de testuitslag zelf. Voorkomen moet worden dat dergelijke persoonsgegevens worden overgedragen aan de controleur van het bewijs, terwijl de betrokkene geen controle heeft over waar die gegevens daarna verder voor worden gebruikt. Tegelijkertijd is er de wens om misbruik te voorkomen om zo de risico op verspreiding van het virus zo klein mogelijk te houden. Het verkleinen van de kans op misbruik moet daarom worden afgewogen tegen de verwerking van kwetsbare persoonsgegevens. Temeer omdat met het verplicht testbewijs ook het verplicht tonen ontstaat van de gegevens in dit bewijs.

²² Kamerstuk 25 295, nr. 864.

Ik hecht eraan om het belang van privacy en informatieveiligheid in dit geval zwaarder te laten wegen dan het volledig uitsluiten van alle mogelijke misbruik. Dit omdat het gaat om uiterst gevoelige gegevens die zouden worden getoond aan private controleurs bij toegang tot allerlei voorzieningen of activiteiten. Uiteraard zullen wel technische maatregelen genomen moeten worden om de meest voor de hand liggende vormen van misbruik zo veel mogelijk te voorkomen. Ik heb gevraagd hieraan veel aandacht te besteden in de ontwikkeling van de digitale applicatie voor het testbewijs. Denk daarbij aan het ophalen van testbewijzen met behulp van DigiD om eker te zijn over iemands identiteit. Zo kunnen we misbruik aan de voorkant voorkomen en kunnen we op straat af met minder persoonsgegevens.

De Begeleidingscommissie Digitale Ondersteuning Bestrijding COVID-19 adviseert in zijn 17^e advies van 9 februari²³ dat, als ook private digitale toepassingen voor testbewijzen worden ingezet, eerst tot een toelatingskader moet worden gekomen voor dergelijke private apps. Gezien de uitvoeringslasten van een dergelijk kader, waaronder de toelating en toetsing van private testbewijzen en het toezicht en de handhaving hierop, richt ik op dit moment de aandacht op door de overheid gerealiseerde toepassingen voor zowel digitale als niet digitale testbewijzen. Mocht in de uitvoering worden gekozen voor inzet van ook private apps, dan zal ik dit advies zeker meenemen.

OMT advies Testbewijs

Toegang bieden tot een eenmalig activiteit is, ook bij inzet van een testbewijs, niet zonder risico's. Mensen met een negatieve testuitslag kunnen op een bepaald moment kort daarna alsnog besmettelijk blijken te zijn, doordat iemand bij afname in het begin van de besmettingscyclus zat waarbij de viruslading op het moment van afname nog laag was. Bij een activiteit kan dan ondanks een negatieve testuitslag een verspreidingsrisico ontstaan. Het kabinet heeft het OMT daarom gevraagd te adviseren over de geldigheidsduur van verschillende typen testen bij het gebruik als toegangstest voor een eenmalig evenement.

Het OMT geeft aan dat voor de PCR-test een geldigheid van 48 uur wordt aangehouden (zoals bij de huidige fieldlabs). Het OMT adviseert voorts om voor (antigeen)snelttest een geldigheid van maximaal 24 uur aan te houden, gerekend van testafname tot aan het einde van de activiteit.

Bij de toegangstestcapaciteit zal zowel gebruik worden gemaakt van antigeentesten als andere typen snelle testmethoden met een sensitiviteit die vergelijkbaar is met de PCR-test. Idealiter zouden verschillende typen testen en de geldigheid dan ook gekoppeld kunnen worden aan verschillende typen activiteiten. In de uitvoering zal dit worden onderzocht, maar dit zal leiden tot veel complexiteit.

Vanuit het oogpunt van uitvoerbaarheid heeft het kabinet dan ook een voorkeur om geen onderscheid te maken in geldigheidsduur. Nu heeft het OMT in het 94^e advies al aangegeven dat de uitslag van antigeentesten een geldigheid van maximaal 48 uur heeft, rekening houdend met het specifieke doel waarvoor de test wordt afgenomen. Het kabinet wil daarom als uitgangspunt hanteren dat een testuitslag 48 uur geldig is, ongeacht het type test, maar alleen als de omstandigheden dit toelaten. Dit betreft de epidemiologische situatie enerzijds en het risicoprofiel van de activiteit anderzijds. Afhankelijk van de epidemiologische situatie zullen volgens de systematiek van de routekaart bepaalde typen activi-

²³ Advies 17, Begeleidingscommissie Digitale Ondersteuning Bestrijding COVID-19. Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

teiten wel of niet mogelijk zijn, en zullen basismaatregelen wel of niet kunnen worden losgelaten. Aanvankelijk zullen alleen activiteiten met een laag risicoprofiel weer mogelijk zijn (bijvoorbeeld een theatervoorstelling waar wordt stilgezeten en placering mogelijk is), en pas later ook activiteiten met een hoger risicoprofiel (bijvoorbeeld een popconcert waar gedanst en meegezongen wordt). Dat betekent dat de situatie steeds voldoende veilig moet zijn om ervan uit te kunnen gaan dat deelname aan een activiteit mogelijk is met een negatieve uitslag van een test die maximaal 48 uur vóór het einde van de activiteit is afgenomen. Daarnaast zal het kabinet bij ontwikkeling van beleid rond toegangstesten benadrukken dat bezoekers van eenmalige activiteiten geen klachten of bekende blootstelling mogen hebben om het risico op een niet-gedetectede besmetting te minimaliseren.

2b en 2c Testen gericht op veiliger werken en studeren

Tot op heden was het landelijk testbeleid gericht op het testen van mensen met klachten en/of een bekende blootstelling of hoog risico daarop. Naast het risicogericht testen, dat primair tot doel heeft om het virus op te sporen en te bestrijden, wil het kabinet ook meer preventief en frequent testen met antigeensneltesten van mensen zonder klachten en zonder bekende blootstelling mogelijk maken. Deze verbreding van het testbeleid biedt mogelijkheden voor veiliger werken en studeren door besmettingen sneller te identificeren, vroegtijdig te kunnen starten met het traceren van besmette personen en daarmee uitbraaksituaties te voorkomen. Hoewel antigeen(snel)testen een beperkte gevoeligheid hebben, zeker bij mensen zonder klachten, kunnen deze bij herhaald testen in een bepaalde doelgroep of setting meerwaarde hebben, doordat meer positieve gevallen worden opgespoord dan wanneer niet wordt getest. Herhaald testen met antigeentesten kan daarom bijdragen aan de doelstelling van veiliger werken en studeren. In alle gevallen moet duidelijk zijn dat het hierbij gaat om testen op basis van vrijwilligheid.

Veiliger werken (spoor 2b)

Het kabinet kiest voor het mogelijk maken van testen van werknemers zonder klachten met antigeensneltesten. Vanwege de lockdown is dit voor een beperkte doelgroep. Op dit moment geldt dat het kabinet, in lijn met het advies van het OMT, dringend advies heeft afgegeven om thuis te werken. Echter, er zijn situaties waarbij het niet mogelijk is om thuis te werken en waar de 1,5 meter moeilijk te handhaven is. Voor deze situaties geldt dat preventief en frequent testen kan worden ingezet om veiliger werken mogelijk te maken.²⁴ Het kabinet heeft, samen met werkgevers- en werknemersorganisaties, deze criteria opgesteld om werkgevers en werknemers te ondersteunen bij thuiswerken. Deze criteria helpen individuele werkgevers en werknemers bij het maken van afwegingen of een werknemer thuis of op locatie kan werken en kunnen onduidelijkheden wegnemen. De Minister van SZW zal uw Kamer hierover op korte termijn informeren. Hiermee voldoe ik aan de motie van het lid Marijnissen c.s. d.d. 26 januari jl.²⁵

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. Ook is de helpdesk live gegaan waar werkgevers en bedrijfsartsen terecht kunnen met al hun vragen.

²⁴ Hierbij geldt niet voor het versneld openen van werksituaties die nu dicht zijn en waar mensen nu kunnen thuiswerken. De thuiswerkregel blijft gelden.

²⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 926.

Werkgevers en instellingen kunnen via de LCH gevalideerde sneltesten bestellen.

Momenteel verken ik samen met VNO-NCW of werkgevers, waarbij bovenstaande werksituaties van toepassing zijn, ondersteund kunnen worden bij het preventief testen van werknemers zonder klachten middels (begeleide) zelfafname. Wanneer de werkgever deze vorm van testen wil toepassen, is van belang dat de werkgever hierbij het advies van het 100^{ste} OMT, voor wat betreft frequent testen in werksituaties volgt. Het blijft daarbij van belang om altijd de geldende landelijke maatregelen te handhaven en goed met de werknemers te communiceren over hoe de uitslag mag worden geïnterpreteerd. Het is de verantwoordelijkheid van de werkgever/instelling om zich te houden aan de uitgangspunten waaraan het testen binnen bedrijven of ondernemingen dient te voldoen. Op de website van de rijksoverheid²⁶ is alle informatie te vinden die hierover beschikbaar is. Naast de uitgangspunten en handreiking van de LCI voor het testen binnen bedrijven en ondernemingen, is hier ook informatie te vinden over de toolkit die werkgevers kan helpen een testfaciliteit op te zetten. Hiernaast heb ik – zoals ik eerder heb toegelicht – een expertgroep gevraagd om een advies uit te brengen om begeleid zelftesten beter in de praktijk uitvoerbaar te maken.

Veiliger studeren (spoor 2c)

Het kabinet heeft besloten dat het mbo weer deels open kan en zal binnenkort ook bezien of fysiek onderwijs op het hbo en wo weer deels kan starten. Het is van belang dat fysiek onderwijs op het mbo, en op termijn ook het hbo en wo op een veilige en verantwoorde manier plaats kan vinden. Het mbo staat paraat en heeft veiligheidsplannen, die tussen augustus en december zijn benut, klaarliggen voor veilige opening van het mbo op korte termijn. Dit veiligheidsplan per mbo bevat beschermende maatregelen (zoals mondkapjes, spatschermen, looproutes, aanhouden cohorten/groepen), waarbij de geldende maatregelen in acht worden genomen, zoals het houden van 1,5 meter afstand.

Het kabinet wil bij de aanvang van het studiejaar 2021/2022 in september – en indien mogelijk eerder – het middelbaar beroepsonderwijs (mbo), het hoger beroepsonderwijs (hbo) en het wetenschappelijk onderwijs (wo) zo «normaal» mogelijk van start laten gaan. Dat betekent zoveel mogelijk fysiek onderwijs, mede door met de inzet van (snel)testen, en beschermende maatregelen (als mondkapjes, spatschermen en looproutes). Een achttal pilots zijn opgezet om een zo compleet mogelijk beeld te geven van de mogelijkheden hiervoor.

In de pilots wordt onderzocht op welke manieren preventief en zo nodig frequent testen kan bijdragen aan veiliger studeren en zoveel mogelijk fysiek onderwijs te kunnen realiseren. Voor alle pilots geldt de eis dat zij opereren binnen de maatregelen en randvoorwaarden die het kabinet stelt (doelgroepen, 1,5 meter afstand houden etc.). In de regio Groningen is op 18 januari jl. een pilot gestart, in zeven andere regio's zijn medio februari pilots opgestart. Het gaat om pilots in de regio's Delft, Amsterdam, Den Bosch, Nijmegen, Eindhoven, Utrecht en Rotterdam. In de bijlage is een beknopte samenvatting gegeven van iedereen pilot, alsmede de namen van alle betrokken onderwijsinstellingen.²⁷ Bij elke pilot is er sprake van een andere onderzoeksvraag en ook wordt er gebruik gemaakt van verschillende type testen. De betrokken instellingen zijn zelf verantwoor-

²⁶ Testen op corona buiten de GGD-teststraten | Coronavirus COVID-19 | Rijksoverheid.nl.

²⁷ Bijlage Pilotoverzicht sneltesten mbo en hoger onderwijs. Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

delijk voor de uitvoering van de pilot. Wel wordt opgedane kennis en ervaring op het gebied van sneltesten met en tussen de pilotregio's gedeeld en zoveel mogelijk benut. In de regio's zijn samenwerkingsverbanden ingericht tussen meerdere onderwijsinstellingen, een mbo-, hbo- en wo-instelling en waar mogelijk een universitair medisch centrum. De pilotregio's worden gevraagd om op 1 mei – dus na 10 weken – de resultaten op te leveren. Hiermee voldoe ik aan de toezegging aan het lid Ellemeet in het AO inzake de tijdelijke testsamenleving van 10 februari jl dat meer getest gaat worden ook in het hoger onderwijs.

Parallel aan eventuele verdere opening van het onderwijs wordt er bij drie van de acht pilots onderzocht hoe begeleide zelfafname kan bijdragen aan veiliger studeren. Bij deze drie pilots in de regio Den Bosch, de regio Nijmegen en de regio Rotterdam worden studenten gevraagd om onder (digitale) begeleiding zelf een antigeentest af te nemen, voordat ze deelnemen aan fysiek onderwijs. Hiermee voldoe ik aan de toezegging die de Minister van OCW heeft gedaan in het algemeen overleg op 13 januari jl. om uw Kamer te informeren over de pilot sneltesten in het mbo-ho²⁸.

(Begeleide) zelfafname

Op 5 februari zijn in het OMT de resultaten van de thuishetstudie onder leiding van prof. dr. Kluytmans in het OMT gepresenteerd. Die studie is in nauwe samenwerking met het Ministerie van VWS opgezet en uitgevoerd. Uit de studie blijkt dat antigeentesten goed gebruikt kunnen worden als zelftest. Positieve uitslagen zijn zeer betrouwbaar (hoge specificiteit) en negatieve uitslagen zijn voor 70–80% betrouwbaar (sensitiviteit). Het OMT ziet een brede toepasbaarheid van zelftesten in aanvulling op de reguliere GGD-teststraten bij het testen op bijvoorbeeld bedrijven of scholen. De zelftest kan door de brede inzetbaarheid en de schaalbaarheid een grote rol spelen in de aanpak van de pandemie.

Op dit moment zijn er geen antigeen(snel)testen die CE-gemarkeerd zijn voor het gebruik als zelftest. In reactie op het 99^e OMT advies heeft het kabinet aangegeven dat verkend wordt welke mogelijkheden er zijn om op een veilig en verantwoorde manier het (versnelde) gebruik van zelftesten mogelijk te maken. Om dit te bewerkstelligen wil ik fabrikanten, die bezig zijn met het traject van CE markering voor het gebruik van een antigeentest als zelftest, de mogelijkheid bieden om via een tijdelijke ontheffing, onder voorwaarden versneld hun producten op de Nederlandse markt te brengen. Binnen een week zal ik bekendmaken waar fabrikanten zich kunnen melden, aan welke criteria zij moeten voldoen om voor een tijdelijke ontheffing in aanmerking te komen, en hoe het beoordelingsproces eruit ziet. IGJ zal hierbij advies geven over de ontheffingsverlening. Als deze toepassing mogelijk wordt afhankelijk van de CE- markering en andere juridische aspecten, dan is het denkbaar dat zelfafname geleidelijk wordt opgeschaald naar eerder omschreven doelgroepen voor veiliger werken en studeren. Hiermee voldoe ik aan de toezegging in het AO inzake de tijdelijke testsamenleving van 10 februari jl. om uw Kamer te informeren over de juridische en technische aspecten rondom zelfafname.

In aanvulling hierop zal Dienst Testen komende week een marktconsultatie publiceren onder de noemer «zelftesten». Deze marktconsultatie is gericht op fabrikanten die testen hebben met een CE-markering die gebruik als zelftest toestaat of die zich in het proces van het verkrijgen van een dergelijke CE-markering bevinden. Fabrikanten met een dergelijk product kunnen zich bij Dienst Testen melden.

²⁸ Kamerstuk 31 524, nr. 486.

Per 1 februari is gestart met een onderzoek bij werknemers van essentiële diensten op Schiphol, waar afstand houden niet altijd mogelijk is. In dat onderzoek nemen deelnemers op vrijwillige basis voor iedere dienst een zelftest af, om de kans op besmettingen op werk te verkleinen. Er worden momenteel ook pilots uitgewerkt om de zelftest in te zetten in het hoger onderwijs.

De meldingsplicht voor een A-ziekte op grond van de Wet publieke gezondheid, geldt voor een arts of een laboratorium. Zonder betrokkenheid van een arts of een laboratorium is daar geen sprake meer van. Om bij zelftesten toch zicht op het virus te houden, zullen mensen na een positieve uitslag verzocht worden om de uitslag in de teststraat te laten bevestigen. Het OMT heeft in het achtergronddocument «Grootschalig testen van personen zonder klachten» eerder al aangegeven dat de positief voorspellende waarde (PPV) van hoog-specifieke testen afneemt in een populatie met een lage prevalentie, waardoor bevestiging van de uitslag raadzaam is. Bij thuis testen wordt het vertrouwen in de burger gelegd, dat geldt niet alleen voor de meldplicht maar ook voor de uitvoering van de test. Hiermee voldoe ik aan de toezegging aan het lid Diertens in het AO inzake de tijdelijke testsamenleving van 10 februari jl om uw Kamer te informeren over een handelingskader bij positieve testuitslagen van zelfafname.

Herijking inkoopstrategie

De Kamer heeft mij bij motie van het lid Klaver²⁹ gevraagd om stevig in te zetten op het gereed stellen van overcapaciteit. Mede naar aanleiding hiervan en op basis van de LCT-adviezen over de vraagprognose heb ik de GGD GHOR Nederland najaar 2020 verzocht om een roadmap op te stellen met testcapaciteit, welke zij op 29 januari jl. heeft opgeleverd. De capaciteit loopt op tot 175.000 testen per dag in maart van dit jaar. Om pieken op te kunnen vangen heb ik de Dienst Testen gevraagd om met spoed contracten af te sluiten voor PCR-capaciteit die ons in staat stelt om tot 200.000 testen per dag uit te voeren in maart. De reden hiervoor is dat de PCR-test een betrouwbare test is en het belangrijk is om mogelijk risico op een tekort aan testen te mitigeren. Tegelijkertijd heb ik verzocht orders uit te zetten voor antigeentesten oplopend tot 10 miljoen per maand tot aan de zomer. Hiermee beoog ik een ruime overcapaciteit gecreëerd om zo in te spelen op de testvraag.

Parallel hieraan is in de afgelopen periode hard gewerkt aan de validatie van innovatieve testmethoden, zoals de adem- en de LAMP-test. De afgelopen weken hebben praktijkimplementaties plaatsgevonden van deze adem- en de LAMP-test en de komende weken wordt er gestart met de uitrol in de teststraten. Dit maakt het noodzakelijk om de inkoopbehoefte en inkoopstrategie te herijken. Een tweede reden hiervoor is dat – in de contracten met een deel van de nieuw aangesloten laboratoria – een garantstelling is opgenomen om ervoor te zorgen dat zij voldoende capaciteit kan reserveren. Uw Kamer is reeds geïnformeerd over verleende garantstellingen. De komende tijd wordt uw Kamer geïnformeerd over de overige met spoed afgesloten overeenkomsten en bijbehorende garantstelling. Deze garantstelling loopt in de tijd op tot 30% van het gecontracteerde volume. Momenteel ontvangt een aantal laboratoria een vergoeding voor niet-uitgevoerde testen tot maximaal 30% van de door hun gereserveerde capaciteit. Omdat hiermee relatief forse bedragen gemoeid zijn, zijn meteen maatregelen getroffen om dit risico zo veel mogelijk te beheersen, namelijk:

²⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 637.

- de Dienst Testen heb ik vanaf het begin gevraagd om de looptijd van de contracten met laboratoria te beperken. Het moment van heronderhandeling ligt bij één contract op 1 maart, andere contracten op 1 april en één contract op 1 juni aanstaande.
- de Dienst Testen heb ik enkele weken geleden gevraagd om de analyse van testmonsters zoveel mogelijk te verleggen naar de laboratoria waarmee een garantstelling is afgesproken. Dit kost echter tijd waarbij ook rekening gehouden wordt met het inrichten van een duurzame route voor het afleveren van afgenomen testen bij deze laboratoria voor labdiagnostiek.
- in december heb ik een werkgroep de opdracht te geven om het gehanteerde tarief voor PCR-testen te heroverwegen. Binnenkort wordt een nieuw tarief vastgesteld en dit zal worden gehanteerd met de ingang van nieuwe contracten met laboratoria.

Tot heb ik de LCT gevraagd om een herijking van de inkoopbehoefte in spoor 1 en spoor 2 vast stellen, welke door de Dienst Testen zal worden vertaald naar een herijkte inkoopstrategie per 1 april aanstaande. Deze herijkte inkoopbehoefte en inkoopstrategie worden naar verwachting begin maart in de LCT besproken en zullen hierna worden vastgesteld.

Landelijk Expertteam Ademtest

Medio februari is de uitrol van de ademtest tijdelijk stopgezet naar aanleiding van een aantal mogelijk foute uitslagen. Een lokaal team in Amsterdam heeft zich sindsdien gebogen over de problemen en eerste conclusies getrokken. Hieruit is gebleken dat de kwaliteit van de ademtest niet ter discussie staat, maar dat er meer controle op de uitvoering van de test en de registratie van de testresultaten nodig is. Deze week zal het Landelijke Expertteam Ademtest onder leiding van professor Bossuyt deze oplossingen nader bezien en zo nodig van een second opinion voorzien en zullen ook de ervaringen in Venraij erbij worden betrokken. Maatregelen worden getroffen om de controle op de uitvoering en de registratie van de testresultaten te borgen, en de geleerde lessen worden benut om de test op meer locaties veilig en zeker te laten afnemen. GGD GHOR Nederland, Breathomix en GGD Amsterdam maken een plan voor de verdere uitrol van de ademtest naar andere GGD testlocaties. GGD GHOR Nederland zal de uitrol van de ademtest naar de overige locaties weer opstarten zodra alle benodigde verbeteringen in het proces van implementatie zijn uitgevoerd.

Sequencing

Voor het zicht op het virus is het essentieel dat de juiste selectie van monsters geanalyseerd wordt en dat de data beschikbaar zijn voor de bestrijding. Het RIVM volgt de ECDC-norm voor kiemsurveillance en haalt deze op dit moment ruimschoots. Het ECDC adviseert om minimaal een aselechte steekproef van 500 monsters per week te sequencen om inzicht te krijgen in circulerende varianten (kiemsurveillance). De afgelopen weken voerde het RIVM een oplopend aantal van in het totaal 600–900 sequenties per week uit. ErasmusMC voert 300–400 sequenties per week uit. Bij een COVID-19 incidentie van 25.000–30.000 positieven per week is dat ongeveer 3–5% van het totaal aan positieve monsters³⁰. Bij een stijgende COVID-19 incidentie wordt dit percentage lager en bij een dalende COVID-19 incidentie wordt het hoger.

³⁰ Zie voor de meest recente COVID-19 incidentie <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/actueel>.

Het RIVM vaart op wetenschappelijke adviezen van het ECDC en op eigen inhoudelijke kennis en inzichten om het minimaal aantal testen te bepalen, waarmee met voldoende zekerheid en voldoende «aanlooptijd» de circulatie van bepaalde varianten van het virus «SARS-CoV-2» kunnen worden gemonitord. Het RIVM is dan ook bezig op te schalen naar een hogere en duurzame capaciteit. Met 1500 monsters per week wordt het bijvoorbeeld mogelijk om een nieuwe variant twee maanden voordat deze variant dominant wordt in Nederland te detecteren.

Daarnaast wordt sequentieanalyse ook gebruikt voor andere doeleinden, zoals bij het testen van reizigers uit risicogebieden, bij uitbraakonderzoeken en bron- en contactonderzoek (BCO). Totaal zou er daarmee een capaciteit van ongeveer 2250 monsters per week nodig zijn (eind april 2021 als streefdatum). De bovengenoemde opschaling zal rekening houden met deze behoefte. Hiervoor is sturing en regie nodig. Om deze te borgen wordt een netwerk ingericht. Regionaal zicht op varianten kan hiermee ook versterkt worden.

Met het voorgaande voldoe ik aan de toezegging aan het lid Veldman in het Notaoverleg inzake de tijdelijke testsamenleving van 10 februari jl om uitvoerig te beschrijven wat het kabinet met sequencing doen en of Nederland voldoet aan de internationale standaarden.

Innovatie en validatieprogramma

In de brief van 13 januari jl. (Kamerstuk 25 295, nr. 904) informeerde ik uw Kamer over invasieve en minder invasieve testmethoden. Hoewel op dit moment de wattenstaaf die diep in de neus en in de keel ingebracht moet worden nog de gouden standaard is voor monsterafname voor de detectie van een besmetting van het SARS-CoV-2 virus, verandert het spectrum. Steeds vaker wordt een minder invasieve testmethode gebruikt. Dit is fijn omdat minder invasieve testmethoden sneller zijn, minder oncomfortabel voelen, de testbereidheid vergroten en een significante bijdrage kunnen leveren aan onze ambities op het gebied van frequent en risicogericht testen.

Eerder heb ik uw Kamer geïnformeerd over robots die grote hoeveelheden PCR-testen per 24 uur konden verwerken. Deze innovatieve robots worden momenteel doorontwikkeld zodat deze ook toepasbaar worden voor de LAMP-PCR test. Door beide technieken te combineren, wordt het mogelijk een heel gevoelige diagnostiek met korte doorlooptijden te realiseren. Het is goed denkbaar dat deze robots, wanneer ze toepasbaar worden voor de LAMP-PCR test goed inzetbaar zijn bij uitbraaksituaties. Door frequenter en risicogerichter te testen, kan deze robot met een zeer gevoelige diagnostiek een bijdrage leveren aan het zicht op het virus en het (her)openen van de samenleving. Hiermee voldoe ik aan de toezegging aan het lid van den Berg in het AO inzake de tijdelijke testsamenleving van 10 februari jl om uw Kamer te informeren over innovatieve testmethodes en hoe deze bij kunnen dragen aan het verlichten van de maatregelen.

Sinds de uitbraak van het coronavirus zijn onder regie van de LCT en met ondersteuning van VWS verschillende innovatieve testmethoden ontwikkeld, gevalideerd en rijp gemaakt voor opschaling. In aanvulling op de reguliere PCR-test betreft dit onder meer de LAMP-test, antigeentesten en de ademtest. Deze methoden hebben elk verschillende eigenschappen die afhankelijk van de setting van meerwaarde kunnen zijn.

Aan het lid Sazias (50Plus) heb ik toegezegd nader in te zullen gaan op dit validatieprogramma en het monitoren van nieuwe innovaties. De

ontwikkeling van testmethoden staat intussen niet stil: bestaande testmethoden worden verbeterd en er worden nieuwe methoden ontwikkeld. Het is van belang om die te blijven volgen en waar nodig te blijven ondersteunen.

Met betrekking tot nieuwe testmethoden is de afgelopen maanden een werkgroep actief geweest die innovatieve testmethoden in de gaten hield, en waar nodig gericht ondersteunde. Binnen deze werkgroep is naast de hierboven genoemde testmethoden ook ondersteuning geboden aan onder meer de ontwikkeling en validatie van het testen via massa spectrometrie en nieuwe laagdrempelige testmethoden als zelftesten, gorgeltesten en speekseltesten. Met deze testmethoden blijf ik ook de komende tijd aan de slag. Om het verkennen van de markt structureler te laten plaatsvinden heb ik onlangs aan Dienst Testen de opdracht gegeven om de markt in de gaten te houden en marktverkenningen te organiseren. Binnen de LCT is een organisatiestructuur ingericht die het snel mogelijk maakt om nieuwe testmethoden te valideren, zowel door labs als in GGD-teststraten. Een voorbeeld hiervan is het zelftesten. Dienst Testen houdt gerichte marktverkenningen op dit punt, en er is een structuur ingericht waarbij een potentieel interessante zelftest binnen enkele weken in een teststraat gevalideerd kan worden. Zo kunnen we snel inspelen op nieuwe ontwikkelingen.

In aanvulling hierop zijn er ook bestaande testmethoden die in de loop der tijd verbeteren, bijvoorbeeld doordat er nieuwe fabrikanten op de markt komen met een verbeterd product. Bij nieuwe inkoopronde zullen we daarom telkens de markt breed informeren, zodat ook deze nieuwe partijen voldoende gelegenheid hebben om zich te melden. Een voorbeeld hiervan is de inkoop van antigeentesten. Bij de eerste inkoopronde hebben we antigeentesten van 5 fabrikanten aangekocht. Bij de tweede inkoopronde hebben ook andere fabrikanten zich gemeld en worden deels andere testen aangekocht. Hiermee voldoe ik aan de toezegging aan het lid Sazias om nader in te gaan op het validatieprogramma en het monitoren van nieuwe innovaties.

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 volledig BCO of ongeveer 6.400 volledig BCO zonder monitorgesprekken. Op dit moment voeren alle 25 GGD'en volledig BCO uit of volledig 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 Testen en Traceren week 5–7.

Indicator	Week 5	Week 6	Week 7
<i>Omvang</i>			
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen (GGD-testlocaties en klinische testen) ^{1, 2}	277.214 totaal per week 39.602 gemiddeld per dag	261.100 totaal per week 37.300 gemiddeld per dag	324.170 totaal per week 46.310 gemiddeld per dag
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen alleen bij de GGD testlocaties ¹	193.893 testen per week 27.699 gemiddeld per dag	188.118 testen per week 26.874 gemiddeld per dag	260.778 testen per week 37.254 gemiddeld per dag
Percentage sneltesten van het totaal aantal afgenomen testen ¹	11,4%	11,5%	11,9%
Het aantal meldingen positieven en percentage positieve testresultaten ³	24.668 meldingen bij het RIVM 20.871 positieven uit de GGD-testlocaties 10,7% positieven in GGD-testlocaties	25.229 meldingen bij het RIVM 21.366 positieven uit de GGD-testlocaties 11,2% positieven in GGD-testlocaties	29.977 meldingen bij het RIVM 25.543 positieven uit de GGD-testlocaties 9,7% positieven in GGD-testlocaties
Aantal en percentage opgestarte en afgeronde BCO2	90,0% van de contactinventarisaties i.k.v.h. BCO is uitgevoerd, 23.800 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen i.v.m. duur van het BCO.	89,8% van de contactinventarisaties i.k.v.h. BCO is uitgevoerd, 21.448 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen i.v.m. duur van het BCO.	87,9% van de contactinventarisaties i.k.v.h. BCO is uitgevoerd, 25.108 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen i.v.m. duur van het BCO.
Percentage mensen met nieuwe klachten dat bereid is zich te laten testen ⁴	43% (meting 25-31 januari)	43% (meting 25-31 januari)	43% (meting 25-31 januari)
<i>Effectiviteit</i>			
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en de testafname ¹	15,5 uur	18,3 uur	17,4 uur
Gemiddelde tijd tussen de testafname en testuitslag ¹	17,8 uur	17,8 uur	17,4 uur
Gemiddelde tijd tussen inplannen testafspraken en testuitslag ¹	33,4 uur	36,2 uur	34,8 uur
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en testuitslag voor prioritair testen (zorgpersoneel en onderwijs via GGD-testlocaties) ¹	22,1 uur	23,5 uur	24,6 uur

¹ Bron: CoronIT en Dienst Testen lab-uitvraag (23/02/2021).

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

³ Bron: Epidemiologische situatie Nederland, RIVM (23/02/2021).

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

Digitale ondersteuning/CoronaMelder

Doorlopende evaluatie CoronaMelder

Vanaf peildatum 1 december 2020 was 7 op de 10 mensen die een test aanvroegen na een melding van CoronaMelder nog niet benaderd door de GGD vanuit het reguliere bron- en contactonderzoek. Ongeveer 4,5% tot 5% van de mensen die zich na een waarschuwing van CoronaMelder liet testen zonder dat zij klachten hebben, blijkt echter toch besmet. Daarmee is sinds 1 december 2020 een nieuwe groep van 1966 besmette mensen gevonden, die ketens van besmettingen hebben kunnen doorbreken. Inmiddels heeft ruim 26 procent van de Nederlandse bevolking (4.581.756 personen) de app gedownload en hebben op 22 februari 115.613 mensen, samen met de GGD, een melding gedaan van besmetting waarmee zij andere mensen hebben gewaarschuwd dat zij mogelijk ook besmet zijn. Het beeld dat CoronaMelder meer mensen sneller vindt (aanvullend op

het reguliere bron- en contactonderzoek), wordt hiermee opnieuw bevestigd. In regionale- en lokale media wordt hier ook aandacht aan besteed.

Effect lockdown op CoronaMelder

Sinds Nederland vanaf 15 december in een lockdown zit, is het aantal waarschuwingen via CoronaMelder afgenomen. Het evaluatieteam geeft aan dat dit mogelijk kan worden verklaard doordat er minder sociaal verkeer is. De verwachting is dat zodra het sociale verkeer weer toeneemt en de verspreiding van het virus nog mogelijk is, het aantal notificaties zal stijgen. Wat de cijfers verder laten zien is dat het percentage mensen met en zonder klachten dat na notificatie besmet blijkt stabiel blijft.

De nieuwste onderzoeksresultaten bevestigen de eerdere bevindingen³¹ met als aanvulling dat het aantal mensen dat aangeeft na een melding een test te zullen aanvragen, ook als zij geen klachten hebben, is gestegen³². Verder geeft meer dan een kwart van de mensen aan in meer of mindere mate te geloven dat door het gebruik van CoronaMelder, zij hun eigen risico op een besmetting met het coronavirus verlagen. De onderzoekers geven aan dat het daarom belangrijk is om in de communicatie over CoronaMelder te blijven benadrukken dat het doel van CoronaMelder is anderen te waarschuwen dat zij in contact zijn geweest met een persoon die positief getest is op het coronavirus. Dit advies neem ik over. Daarnaast is ook het gebruik van CoronaMelder onder jongeren toegenomen. Onder de groep jongeren tussen 15 en 24 jaar zijn er verhoudingsgewijs meer nieuwe gebruikers bijgekomen³³.

Anderen via de app waarschuwen na een positieve testuitslag gebeurt samen met de BCO-medewerker van de GGD. Mij bereiken echter signalen dat dat niet altijd plaatsvindt. GGD GHOR Nederland zegt hierover dat de GGD'en naar aanleiding van deze incidenten extra aandacht besteden aan deze stap in het BCO-proces: de BCO-coördinatoren zijn hier extra op gewezen en de werkinstructie en communicatie richting de BCO-medewerkers zijn aangepast. Ik heb het evaluatieteam gevraagd om de deze stap in het BCO-proces mee te nemen in de evaluatie.

Epidemiologisch onderzoek R-getal

Het epidemiologische onderzoek naar de effecten van CoronaMelder op het Reproductiegetal (R) is inmiddels gestart³⁴. Wanneer dit onderzoek gereed is, zal ik uw Kamer informeren over de resultaten.

³¹ Kamerstuk 25 295, nr. 950.

³² Van der Laan, Van der Waal en De Wit: Eindrapportage CoronaMelder Evaluatie, Survey LISS panel – Wave 2, Januari 2021, Tilburg University.

³³ Van der Laan, Van der Waal en De Wit: Eindrapportage CoronaMelder Evaluatie, Survey LISS panel – Wave 2, Januari 2021, Tilburg University (*«een opvallend verschil in vergelijking met de vorige meting, is dat de gebruikerspercentages niet meer significant verschillen tussen de leeftijdsgroepen. Dit duidt erop dat er vooral in de leeftijdsgroepen met lage adoptiegraad, zoals die van 15–24 jaar, nieuwe gebruikers zijn bijgekomen ten opzichte van de vorige meting»*).

³⁴ (R) te onderzoeken. Deze modellen worden door het RIVM al gebruikt om de impact van andere maatregelen op de R te berekenen. Tot slot worden er verklarende variabelen voor adoptie onderzocht.

Data lek GGD

Onlangs informeerde ik uw Kamer over een aantal actuele onderwerpen in het kader van de digitale ondersteuning van de bestrijding van de pandemie³⁵. Hierbij wil ik u opnieuw informeren over de stand van zaken.

Regiegroep Digitale Ondersteuning Test- en Traceerketen

Onder verantwoordelijkheid van de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit (LCT) heeft de Regiegroep Digitale Ondersteuning Test- en Traceerketen (DOTT) samen met alle ketenpartijen gezamenlijk het verbeterplan fase I «de basis op orde» opgesteld, dit plan is bijgevoegd bij deze Kamerbrief³⁶. Het verbeterplan fase I bestaat uit 27 deelplannen. Eind maart volgt het DOTT verbeterplan fase II dat in zal gaan op de deelplannen met een tijdshorizon van 3 maanden en langer. Met het formeel vaststellen van het verbeterplan, kom ik tegemoet aan de motie van lid Agema inzake het opstellen van «actieplan voorkomen en herstellen dataschade testbeleid»³⁷. De Regiegroep DOTT rapporteert wekelijks de voortgang op implementatie van het Verbeterplan aan de LCT.

Er is een eerste rapportage van DOTT aan LCT in concept besproken in de LCT. Het betreft 27 deelplannen met een tijdshorizon van 6 weken tot 3 maanden vanaf begin februari 2021. Voor veertien deelplannen is GGD GHOR Nederland verantwoordelijk; GGD GHOR Nederland heeft aangegeven dat vijf van de veertien deelplannen reeds gereed zijn. De overige deelplannen die belegd zijn bij de verschillende ketenpartijen zijn in uitvoering of zullen zo snel mogelijk opgepakt worden.

De Regiegroep DOTT heeft het zestiende advies van de Begeleidingscommissie Digitale Ondersteuning Bestrijding Covid-19 ontvangen. Dit advies gaat in op de veiligheid van test- en vaccinatiedata en zal worden meegenomen in de uitvoering van één van de verbeterplannen. Het advies is als bijlage bij deze brief opgenomen³⁸.

HPZone

Eén van de verbetervoorstellen uit Verbeterplan fase I betreft de versnelde vervanging van HPZone en HPZone Lite. GGD GHOR Nederland heeft mij gevraagd om als opdrachtgever op te treden voor deze versnelde vervanging. Ik heb daarop toegezegd dat te willen doen. GGD GHOR Nederland zal een apart programma optuigen om deze vervanging uit te voeren en zal daartoe een nieuwe programmadirecteur aantrekken. Daarnaast zal ik samen met GGD GHOR Nederland bepalen hoe beheer en toezicht op de systemen en systeemkeuzen op de langere termijn ingericht moeten worden. Daarover ben ik met GGD GHOR Nederland in gesprek.

Externe controle

De voorzitter van de LCT heeft aan Bureau Gateway gevraagd om, in aanloop naar een Gateway Review die enige voorbereiding vergt, een Gateway Reflectie uit te voeren op het Verbeterplan fase I. Het doel van deze reflectie is extern advies in te winnen of de ingeslagen weg de juiste is. Zoals eerder gemeld zal medio maart ook een audit uitgevoerd worden

³⁵ Kamerstuk 27 529, nr. 258.

³⁶ Verbeterplan fase I «de basis op orde» Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

³⁷ Kamerstukken 27 529, nr. 250.

³⁸ Advies 16 BDOC. Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

op de analyse en de aanpak van de genomen maatregelen naar aanleiding van de datadiefstal uit CoronIT en HPZone. GGD GHOR Nederland en ik geven samen opdracht tot een externe audit van beide systemen. Deze audit gaat na of de adviezen zijn opgevolgd, in hoeverre de aangekondigde maatregelen daadwerkelijk zijn getroffen en wat de resterende risico's zijn.

Op grond daarvan kan sturing plaatsvinden. Eind maart zal een vervolg plaatsvinden op de Gateway reflectie met een meer uitgebreide Gateway Review op alle verbeterplannen. Daarna zal het Verbeterplan fase II volgen, waarin activiteiten met een iets langere termijn zullen worden opgenomen. De uitkomsten van de Gateway Review en de externe audit zullen hierin worden meegenomen. Met deze externe controle op het proces, heb ik vertrouwen dat we de juiste stappen nemen om de problemen in de ICT van de test- en traceerketen op te lossen.

*Motie Van den Berg c.s.*³⁹

De motie van het lid Van den Berg verzoekt de regering te bevorderen dat zo spoedig mogelijk bij GGD GHOR Nederland een chief information officer (CIO) aangesteld wordt. GGD GHOR Nederland heeft mij medegedeeld dat er inmiddels een CIO ad interim is aangesteld. Deze zal vanuit het expertteam, dat GGD GHOR Nederland helpt bij het implementeren van de verbeterplannen, worden ondersteund bij het inrichten van de CIO-rol. De motie is hiermee uitgevoerd.

*Moties lid Azarkan*⁴⁰

Op 3 februari (Handelingen II 2020/21, nr. 52, Stemmingen) heeft uw Kamer een motie van het lid Azarkan aangenomen, waarin wordt verzocht om te bewerkstelligen dat aan mensen vooraf toestemming wordt gevraagd of hun lichaamsmaterialen na een coronatest gebruikt mogen worden voor onderzoek en gedeeld mogen worden met derden.

Wanneer mensen zich bij een teststraat laten testen wordt een monster afgenomen dat deels lichaamseigen materiaal bevat, aangevuld met materiaal van virussen en bacteriën die zich in de bovenste luchtwegen bevinden. Dit materiaal wordt getransporteerd naar een laboratorium waar het materiaal wordt opgewerkt, geanalyseerd en opgeslagen. In mijn stand van zaken brief van 8 december 2020⁴¹ heb ik u toegelicht welke regels hiervoor gelden.

Bij het bewaren en gebruiken van (indirect) herleidbaar lichaamsmateriaal door derden is uitdrukkelijke toestemming op dit moment al het uitgangspunt. Daarmee wordt met het bestaande wettelijke kader al deels uitvoering gegeven aan deze motie. Dit volgt uit de (U)AVG. Er geldt een uitzondering op de toestemmingseis voor de gegevensverwerking in het kader van wetenschappelijk onderzoek, uitgewerkt in artikel 24 van de UAVG. Kortweg houdt deze uitzondering in dat er geen toestemming nodig is, indien de verwerking van de persoonsgegevens noodzakelijk is voor wetenschappelijk onderzoek in het algemeen belang; het vragen van uitdrukkelijke toestemming onmogelijk blijkt of een onevenredige inspanning kost; en bij de uitvoering is voorzien in zodanige waarborgen dat de persoonlijke levenssfeer van de betrokkene niet onevenredig wordt geschaad. Vanwege het grote maatschappelijke belang van dergelijk wetenschappelijk onderzoek – ook voor de bestrijding van COVID-19 – is

³⁹ Kamerstuk 27 529, nr. 251.

⁴⁰ Kamerstuk 27 529, nr. 242.

⁴¹ Kamerstuk 25 295, nr. 771.

deze uitzondering van grote waarde. Dit betekent dus dat de mogelijkheid bestaat dat in uitzonderlijke gevallen geen toestemming gevraagd zal worden voor de gegevensverwerking. Dit vergt desalniettemin een afweging in het concrete geval.

Niet-herleidbaar lichaamsmateriaal mag momenteel zonder toestemming worden gebruikt voor medisch-statistisch of ander medisch-wetenschappelijk onderzoek, mits de patiënt van wie het lichaamsmateriaal afkomstig is hiertegen geen bezwaar heeft gemaakt en het onderzoek met de vereiste zorgvuldigheid wordt verricht (artikel 7:467 BW). Er is pas sprake van onherleidbaar lichaamsmateriaal als de herleiding tot de patiënt voor eenieder onherroepelijk is uitgesloten, ook met behulp van anderen of redelijkerwijze in te zetten middelen. Zo is bij codering meestal sprake van indirecte herleidbaarheid.

Aan de motie wordt verder invulling gegeven met het wetsvoorstel Wet zeggenschap lichaamsmateriaal (Wzl) dat in voorbereiding is. Hierin wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen herleidbaar of onherleidbaar gemaakt lichaamsmateriaal. Dit betekent dat ook voor het bewaren en gebruiken van niet-herleidbaar lichaamsmateriaal het uitgangspunt toestemming wordt, waarbij een gelijkkluidende uitzondering geldt als in artikel 24 (U)AVG. Voor de verdere precieze werking van het wetsvoorstel vraag ik u om de indiening van het wetsvoorstel af te wachten. In mijn brief van 17 november gaf ik aan dat ik verwachtte begin 2021 het wetsvoorstel aan uw Kamer te kunnen zenden⁴². Momenteel ben ik nog in afwachting van het advies van de afdeling advisering van de Raad van State. De discussie over de borging van de zeggenschap zal te zijner tijd worden gevoerd in het kader van de parlementaire behandeling van de Wzl.

In de motie wordt opgeroepen om «vooraf» toestemming te vragen. De toestemming kan voorafgaand aan de afname worden gevraagd, maar ook vooraf aan het nadere gebruik voor wetenschappelijk onderzoek. Met verschillende betrokken partijen (GGD, Dienst Testen en de wetenschap) worden gesprekken gevoerd om te bekijken op welke wijze dit het beste georganiseerd kan worden, waarbij ik er belang aan hecht dat voor de bestrijding van de pandemie noodzakelijk onderzoek (zoals het onderzoeken van virusvarianten die in omloop zijn) ook zoveel mogelijk doorgang kan vinden. In mijn volgende stand van zakenbrief zal ik u hier nader over informeren.

Tevens heeft uw Kamer op 3 februari 2021 een motie van het lid Azarkan aangenomen, waarin wordt verzocht om bij samenwerking met andere partijen prioriteit te geven aan de bescherming van persoonsgegevens, zodanig dat aan ICT-beveiligingsstandaarden en wettelijke standaarden, waaronder de AVG wordt voldaan (Kamerstuk 27 529, nr. 241). Ik zeg uw Kamer toe dat ik in verdere samenwerking inderdaad ruim voldoende aandacht reserveer om prioriteit te geven aan de bescherming van persoonsgegevens. In de eerste plaats zal ik tegemoet komen aan deze toezegging in het traject van de versnelde vervanging van HPZone (Lite). Ik zal uw Kamer, wanneer hier meer over bekend is, nader informeren.

Toezegging registratie soa's

In het debat over het GGD datalek (Handelingen II 2020/21, nr. 52, debat over een privacylek in de systemen van de GGD) heb ik toegezegd u te informeren over de registratie van soa's bij de Centra voor Seksuele Gezondheid van de GGD-en. Bij de acht coördinerende GGD-en zijn twee

⁴² Kamerstuk 25 295, nr. 713.

elektronische patiëntendossiers (epd) in gebruik. De regio's Amsterdam en Haaglanden gebruiken Aphrodite en de GGD-en in de overige 6 regio's SHDirect. In beide webbased systemen worden de gegevens van de cliënten van de soaklinieken opgeslagen, zoals de uitslagen van soatesten. Aphrodite en SHDirect zijn gekoppeld aan het landelijk RIVM systeem SOAP. Het RIVM ontvangt een beperkte hoeveelheid gegevens die niet tot personen herleidbaar zijn (gepseudonimiseerd). De GGD-en zijn ervoor verantwoordelijk dat hun systemen aan de bestaande wet- en regelgeving voldoen. Ik heb begrepen dat, vanwege eerder aan uw Kamer gemelde problemen, de GGD'en de veiligheid Aphrodite en SHDirect zekerheids-halve nogmaals onder de loep zullen nemen.

Toezegging incidentproces GGD intern

Ik heb uw Kamer toegezegd dat ik zou controleren hoe het incidentmeldingsproces geregeld is. De GGD'en melden mij dat bij een incident er regionaal vaste procedures zijn ingeregeld. Coördinatoren van de afzonderlijke GGD'en staan in nauw contact met hun collega's bij GGD GHOR Nederland, waar zij incidenten kunnen melden. Dit is bijvoorbeeld het geval geweest bij het incident bij de teststraat in Urk.

Antwoord op de algemene vraag lid Recourt

De vraag van lid Recourt was of ik kon toezien opdat contactonderzoek door instellingen voldoet aan de AVG. Het voldoen aan de AVG is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de verwerkingsverantwoordelijke, in het geval van bron- en contactonderzoek de GGD. Het toezicht op de AVG is een taak van de Autoriteit Persoonsgegevens.

Vaccinaties

Zoals ik ook in mijn eerdere brieven aan uw Kamer heb aangegeven, beoogt het kabinet met de vaccinatiestrategie zoveel mogelijk ziekte en sterfte als gevolg van het coronavirus te voorkomen. Omdat sterfte en ziektelast toenemen met leeftijd, is begonnen met het uitnodigen van de oudste leeftijdsgroepen. De Gezondheidsraad geeft namelijk aan dat het risico op een ernstig beloop voor 60-jarigen 2,5 tot 5 maal hoger is, voor 70-jarigen 6 tot 9 maal hoger en voor 80-jarigen en ouder 11 tot 21 maal hoger, ten opzichte van mensen jonger dan 60 jaar. Ik vind het daarom belangrijk dat we deze groepen en de mensen die voor deze groepen zorgen zo snel mogelijk een vaccin kunnen aanbieden.

Met dank aan de tomeloze inzet van de betrokken uitvoeringspartijen en de hoge opkomst komt de vaccinatieoperatie goed op stoom. De aanpassingen in het voorraadbeheer en het feit dat de spillage veel lager is dan aanvankelijk aangenomen, hebben ertoe geleid dat we binnenkomende voorraden sneller kunnen wegprikken, waardoor meer mensen sneller een vaccinatie aangeboden krijgen. De snelheid van de vaccinatieoperatie is sinds de eerste prik flink toegenomen. Zo is de miljoenste prik op zondag 21 februari bij één van de 54 GGD-vaccinatie locaties gezet, 46 dagen na de eerste prik. Ik ben trots op het werk van de GGD'en, RIVM, ziekenhuizen, huisartsen, ActiZ, VGN, Verenso, de NVAG en vele anderen die aan deze mijlpaal hebben bijgedragen. Op deze manier krijgen we steeds meer grip op het virus en komt ook het volgende miljoen snel dichterbij. De twee miljoenste vaccindosis zal medio maart gezet worden, ongeveer 20 dagen na de miljoenste prik. Daarmee blijven we de snelheid van de vaccinatieoperatie verder verhogen.

Inmiddels zijn de eerste mensen volledig gevaccineerd, waaronder verpleeghuisbewoners van diverse instellingen, een deel van hun

zorgmedewerkers, en de zorgmedewerkers in de directe COVID-zorg in ziekenhuizen. Zij hebben dus zowel hun eerste als tweede vaccinatie ontvangen. In totaal hebben ruim 218.000 mensen ook hun tweede vaccinatie ontvangen.

De vaste Kamercommissie voor VWS heeft mij gevraagd een overzicht te geven van de volgorde van groepen binnen de vaccinatiestrategie. Daarnaast heeft de commissie mij gevraagd om een schriftelijke reactie op de uitzending van Nieuwsuur van 11 februari jl., waarin aandacht is voor mensen die vanwege een kwetsbare gezondheid al een jaar binnen zitten, maar voorlopig niet aan de beurt zijn voor vaccinatie. Dat werk ik in de onderstaande paragraaf verder uit. Achtereenvolgens ga ik in op de aankoop van vaccins en de leveringen, de stappen die we zetten in de uitwerking van de strategie en de volgorde waarin groepen aan de beurt zijn en de verdere uitvoering en inspanningen om het aantal toegediende vaccinaties verder op te schalen.

Aankoop vaccins en leveringen

De aankoop van vaccins vordert goed. Deze week rondde de Commissie de zogenaamde top-up contracten met BioNTech/Pfizer en Moderna af, waarmee Nederland in de loop van dit jaar de beschikking krijgt over aanzienlijk grotere hoeveelheden van deze vaccins. Uw Kamer is hierover als gebruikelijk met een aparte brief nader geïnformeerd. De leveringen blijven een punt van zorg. Het blijkt voor fabrikanten moeilijker dan verwacht om op te schalen tot de volumes die worden gevraagd en die zij eerder indicatief ook zelf hadden toegezegd. Het blijkt in praktijk helaas zelfs moeilijk om verder dan enkele weken vooruit te kijken voor wat de vaccinatieplanning bemoeilijkt. We moeten daarom ook in de logistiek en uitvoering goed kunnen omgaan met die onzekerheden in de leveringsketen. Tegelijk ben ik optimistisch dat de leveringen in het tweede kwartaal significant zullen gaan toenemen. Onderstaand vindt u zoals gebruikelijk een update van de leveringscijfers voor zover deze bekend zijn.

Tabel 2. Leveringscijfers komende weken

Weeknummer	BT/Pfizer	Moderna	AstraZeneca	Totaal
1 (04/01)	123.825			123.825
2	154.050	13.200		167.250
3	92.430			92.430
4	191.880	19.200		211.080
5 (01/02)	159.120		72.000	231.120
6	159.120	38.400	86.400	283.920
7	193.050		146.400	339.450
8	200.070	72.000	134.400	406.470
9 (01/03)	208.260		228.000	436.260
10	218.790	60.500	51.493	330.783
11	218.790	60.500	141.317	420.607
12	218.790	60.500	343.320	622.490
13 (29/03)	218.790	60.500	375.123	654.413
14	n.n.b.	n.n.b.	205.000	
15	n.n.b.	n.n.b.	205.000	
16	n.n.b.	n.n.b.	205.000	
17 (26/04)	n.n.b.	n.n.b.	205.000	
18	n.n.b.	n.n.b.	235.000	
19	n.n.b.	n.n.b.	235.000	
20	n.n.b.	n.n.b.	235.000	

– De gepresenteerde leveringen van AstraZeneca bevatten in de schatting voor februari 9 miljoen doses voor de EU die nog niet 100% zijn bevestigd. De leveringen in week 12 en 13 kunnen daarmee tot 50% lager uitvallen.

– Ten opzichte van de verwachtingen die in de Kamerbrief van 2 februari zijn geschetst, zijn de leveringen van AstraZeneca in de weken 5–8 aanzienlijk naar beneden bijgesteld. Vanaf week 13 (Q2) zijn alleen maandleveringen gegeven van het AstraZeneca-vaccin. Deze worden

voor dit overzicht over de vier weken van de maand verdeeld. AstraZeneca heeft aangegeven de leveringen voor het tweede kwartaal significant te willen verhogen. Voor het BioNTech/Pfizer-vaccin en het Moderna-vaccin zijn vanaf Q2 nog slechts indicatieve kwartaalleveringen afgegeven.

– De Moderna-levering in week 8 is gehalveerd t.o.v. de verwachting in de Kamerbrief van 2 februari. De Moderna-leveringen voor maart bedragen 242.000. Er is nog geen leverings-schema voor maart. In deze tabel is dit volume over de vier weken verdeeld.

Tabel 3. Indicatief leveringsoverzicht per kwartaal (in miljoenen doses)

	Dec 2020	1Q2021	2Q2021	3Q2021	4Q2021	1Q2022	Totaal
<i>BionTech/Pfizer</i>	0,165	2,4	7,8	6,8	2,65		19,8
<i>Moderna</i>	0	0,4	1,4	5	7,4	-	14,2
<i>AstraZeneca</i>	0	1,5	4	6,2	-	-	11,7
<i>CureVac</i>	0	0	0,0	5,1	2,8	2,8	10,7
<i>Janssen</i>	0	0	3	6	2,3	-	11,3
<i>Sanofi</i>	0	0	0	0	5,85	5,85	11,7
<i>Novavax</i>	0	0	0,6	1	1,2	1	3,8
<i>Valneva</i>	0	0	0	0	0	1,2	1,2
Totaal	0,165	4,3	16,8	30,1	22,2	10,9	84,5

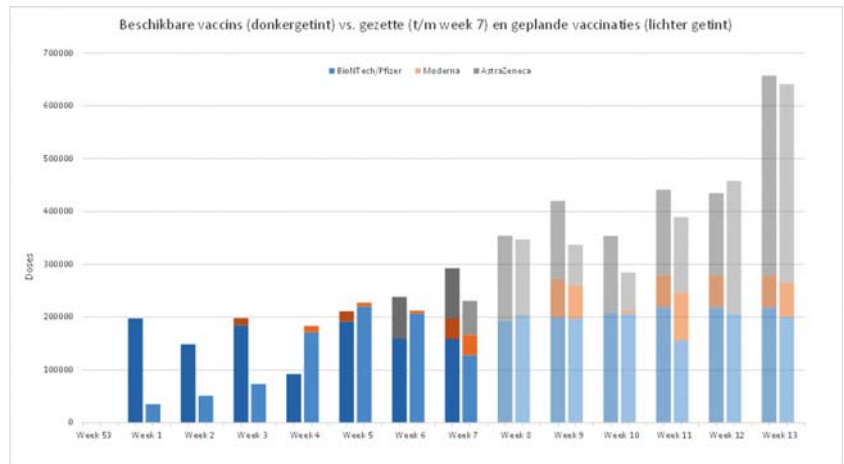
NB De verwachte levering van CureVac in Q2 is minder zeker geworden, de eerder verwachte aantallen voor Q2 zijn daarom opgeteld bij Q3. Ten opzichte van de Kamerbrief van 2 februari jl. is de verwachting van de levering van AstraZeneca naar beneden bijgesteld van 6,8 naar 4 miljoen doses.

De échte versnelling kan plaatsvinden als het aanbod aan vaccins met grote stappen gaat stijgen. In januari werden gemiddeld per week ongeveer 160 duizend doses afgeleverd bij de opslaglocatie in Nederland. In februari en maart stijgt dit aantal volgens de toezeggingen van fabrikanten gestaag naar gemiddeld 325 duizend respectievelijk 515 duizend doses per week. Daarmee is het te verwachten dat de ingezette versnelling verder zal doorzetten als gevolg van toenemende hoeveelheden beschikbare vaccins. Ik verwacht in het tweede en derde kwartaal pas echt meters te kunnen maken. Immers: de indicatieve leveringsomvang van het tweede kwartaal is 16,8 miljoen doses, wat neerkomt op gemiddeld zo'n 1,3 miljoen doses per week, en in het derde kwartaal is dit aantal aanzienlijk hoger. Al geldt tot op heden natuurlijk wel dat leveringen (te) regelmatig achterblijven bij de door de bedrijven afgegeven leveringsindicaties, zoals afgelopen weekend ook weer bleek toen AstraZeneca aangaf dat deze en volgende week aanzienlijk minder vaccins worden geleverd. AstraZeneca geeft aan dit te compenseren met een extra levering op 7 maart. Ik heb u daarnaast seperaat geïnformeerd over de aankoop van extra top-up doses BioNTech/Pfizer en Moderna. Deze aantallen zijn reeds verwerkt in onderstaande tabel.

In onderstaande twee figuren is weergegeven hoe de wekelijks beschikbaar gekomen vaccins en verwachte leveringen leiden tot toename in het aantal gezette en geplande prikken, weergegeven in aantallen doses per week en cumulatief, tot aan het eind van dit kwartaal.

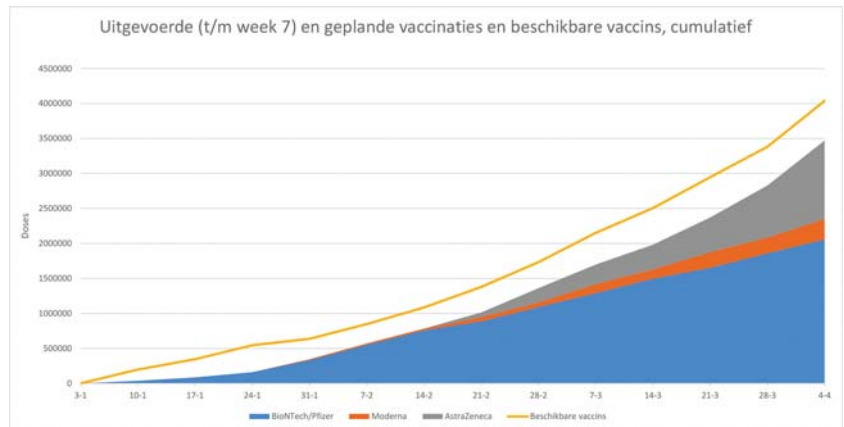
Figuur 1 laat daarbij zien dat het aantal gezette en geplande prikken per week (de rechter staafjes van ieder paar) wat fluctueert maar over de tijd gestaag stijgt. De meeste weken blijft het aantal prikken iets achter bij het aantal vaccins dat die week beschikbaar komt (de linker staafjes). Dat betekent dat de veiligheidsvoorraad aan vaccins, uitgedrukt in doses, toeneemt in de tijd. Dat hangt samen met de verwachte toename in leveringsomvang, vooral van het AstraZeneca-vaccin. Uitgedrukt in prikdagen blijft de veiligheidsvoorraad grosso modo gelijk.

Figuur 1. Per week beschikbaar gekomen (t/m week 7) en verwachte vaccins vs. uitgevoerde (t/m week 7) en geplande vaccinaties. Een vaccin dat in week n wordt geleverd, wordt hier geacht beschikbaar te komen in week n+1.



Figuur 2 geeft meer inzicht in totale aantallen verwachte en gezette prikken over de tijd en de bijdrage daaraan van de verschillende vaccins. Zo kan uit deze grafiek worden afgeleid dat de twee miljoenste prik rond 14 maart kan worden verwacht, en de drie miljoenste eind maart / begin april. Uiteraard hangen deze verwachtingen af van de tijdigheid en omvang van de leveringen van de verschillende vaccins.

Figuur 2. Cumulatieve uitgevoerde (t/m week 7) en geplande vaccinaties en beschikbare vaccins. Ook hier geldt dat een vaccin dat geleverd wordt in week n beschikbaar komt in week n+1.



Opschalen productie vaccins

In lijn met de motie van het lid Pieter Heerma (CDA) over een speciaal gezant die de productie van vaccins kan opschalen⁴³, heb ik de heer Hans Schikan gevraagd om als special envoy vaccins op te treden. Zoals ik in mijn brief van 18 februari jl. heb aangegeven, heeft hij positief gereageerd op dit verzoek. Ik heb hem gevraagd om in een kort tijdsbestek een nader beeld te schetsen van o.a. eventueel in Nederland voorhanden zijnde (productie)capaciteit, die benut zou kunnen worden voor de opschaling van de productie van COVID-19 vaccins. Daarnaast verwacht ik dat het werk van de gezant ook een Europees perspectief heeft. De Europese Commissie heeft namelijk een vergelijkbare opdracht voor het organiseren van opschaling van productiecapaciteit gekregen van het Europees

⁴³ Kamerstuk 25 295, nr. 956.

Parlement. Ook landen als Frankrijk en Duitsland kijken op nationaal niveau naar opschalingskansen. Daarnaast wordt nadrukkelijk ingezet op het voorhanden hebben van de juiste vaccins voor aangepaste varianten van het virus. Over deze voorstellen onder naam *HERA Incubator* wordt ook gesproken binnen Europa. De Europese Commissie heeft hier op 17 februari jl. een mededeling over uitgebracht. Uw Kamer wordt hierover geïnformeerd in een separate brief. Ik heb de special envoy gevraagd de nationale inventarisatie nadrukkelijk te koppelen aan deze Europese inspanningen. Ik houd hier natuurlijk ook zelf contact over met de Europese Commissie.

C-Tap/Licensering en kennisdeling met vaccinproductie

De vaste commissie voor VWS heeft mij op 12 februari jl. gevraagd (kenmerk 2021Z03054) om een reactie op de brief van Stichting Wemos en Oxfam Novib, waarin aanbevelingen worden gedaan voor het oplossen van COVID-19 vaccin-tekorten door een effectieve Nederlandse bijdrage aan de *WHO COVID-19 Technology Access Pool* (C-Tap). Het is evident dat een vergroting van de productiecapaciteit voor goedgekeurde vaccins noodzakelijk is om de beschikbaarheid van vaccins nationaal, Europees en mondiaal te verbeteren.

In het kader van C-TAP wordt mede gesproken over het succesvol positioneren van de patent pool. Met WHO wordt verder gesproken over de invulling van C-TAP, waarbij zowel aandacht is voor het breder delen van de noodzakelijke informatie als het voldoende beschermen van data van bedrijven. Nederland maakt deel uit van een kerngroep binnen C-TAP, samen met Brazilië, Maleisië, Pakistan en Zuid-Afrika, onder leiding van Costa Rica. Aanvullend hierop spreekt Nederland ook met Portugal om in het kader van het Europese voorzitterschap een symposium te organiseren over C-TAP. Ook zal de WHO/C-TAP een *civil society consultation* organiseren om knelpunten met betrekking tot *licensing* en *technology transfer* met betrekking tot COVID-19 gerelateerde technologie te inventariseren.

Gezien bovenstaande ontwikkelingen, is het kabinet van mening dat hiermee ook invulling gegeven wordt aan de motie van de leden Marijnissen (SP) en Jetten (D66) over een klemmend beroep op farmaceuten om hun rechten en kennis te delen.⁴⁴

Uitvoering vaccinatiestrategie

i. Volgorde van vaccineren

In mijn eerdere brieven over de vaccinatiestrategie en de voortgangsbrieven over het bestrijden van COVID-19 heb ik aangegeven met welke groepen reeds in aanmerking komen voor een COVID-19 vaccinatie. Deze zijn ook uitgewerkt in de visuele weergave van de vaccinatiestrategie (zie bijlage)⁴⁵. In de groepen die als eerste aan de beurt kwamen (waaronder zorgmedewerkers in verpleeghuizen, bewoners van verpleeghuizen en instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking, en thuiswonende 80-plussers) zijn naar schatting nu ruim 906.000 vaccinaties toegediend (NBDit aantal is exclusief de vaccinaties op de BES/CAS-eilanden, de directe COVID-zorg in de ziekenhuizen en de huisartsen). Ruim 218.000 mensen hebben ook hun tweede vaccinatie gehad en zijn daarmee volledig beschermd. Een groter deel van de groep heeft de afspraak voor de tweede prik in de agenda staan. Van de thuiswonende

⁴⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 959.

⁴⁵ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

90-plussers heeft 57% tenminste een eerste prik gehad, van de thuiswonende 85–89-jarigen 61% en van de thuiswonende 80–84-jarigen 27%. Hiermee zetten we belangrijke stappen richting de bescherming van de meest kwetsbaren in onze samenleving. Het beschikbaar komen van het vaccin van AstraZeneca geeft hier een extra impuls aan. Hieronder zet ik uiteen welke groepen nu worden uitgenodigd voor vaccinatie met dit vaccin.

a) AstraZeneca voor 60 tot en met 64-jarigen

Op 15 februari jl. zijn de huisartsen in Zeeland begonnen met het uitnodigen van de eerste 60 tot en met 64-jarigen. Deze groep wordt vanwege de omvang van de leveringen gefaseerd uitgenodigd, per regio. Daarbij wordt steeds gestart met de 63- en 64-jarigen. Naar aanleiding van het advies van de Gezondheidsraad van 4 februari jl. zijn hier ook de mensen met het syndroom van Down en mensen met morbide obesitas (BMI>40) aan toegevoegd. Ook de medewerkers uit de betreffende praktijken die zorg verlenen, komen tegelijkertijd in aanmerking voor een vaccinatie. Ook Limburg is vorige week donderdag gestart. Deze week zal de vaccinatie van 63 tot en met 64-jarigen worden uitgebreid naar Noord-Brabant. Daarna volgen nieuwe regio's vanaf week 10, mits vaccin daarvoor beschikbaar en tijdig geleverd is.

b) AstraZeneca voor diverse groepen zorgmedewerkers

Ook de nog niet eerder gevaccineerde zorgmedewerkers uit de verpleeghuizen, de zorgmedewerkers uit de gehandicaptenzorg, wijkverpleging en Wmo-ondersteuning krijgen, zoals ik ook in mijn brief van 5 februari jl. heb aangegeven, achtereenvolgens een uitnodiging voor vaccinatie met AstraZeneca via de GGD. Inmiddels hebben de zorgmedewerkers van de verpleeghuiszorg die eerder nog geen afspraak konden maken, inclusief de medewerkers klinische revalidatiezorg, een afspraak kunnen maken. Op 12 februari is een start gemaakt met de vaccinatie van deze groep bij de GGD-locatie in Den Haag en sinds 15 februari kunnen de zorgmedewerkers ook bij GGD-locaties in de rest van het land terecht. De zorgmedewerkers in de gehandicaptenzorg hebben afgelopen week via hun werkgever een uitnodigingsbrief ontvangen. Zij kunnen sinds 16 februari contact opnemen met het landelijk callcenter van de GGD voor het plannen van de afspraak. De zorgmedewerkers in de wijkverpleging en Wmo-ondersteuning zullen achtereenvolgens hierna worden opgeroepen, afhankelijk van wanneer duidelijkheid is over de leveringen van de vaccins. Graag wil ik ook hier nogmaals benadrukken dat werkgevers wordt gevraagd alléén werknemers uit te nodigen die volgens de prioritering daadwerkelijk aan de beurt zijn. Op dit moment zijn de aantallen vaccins nog schaars en moet helaas geprioriteerd worden. Ik weet dat het overgrote deel van de werkgevers zich aan deze afspraak houdt en selectief is in het uitnodigen. Helaas blijkt het af en toe ook mis te gaan. In het belang van bescherming van onze meest kwetsbaren vraag ik iedereen zich aan de gemaakte afspraken te houden.

c) AstraZeneca voor cliënten en medewerkers intramurale GGZ

Tevens worden de eerste cliënten en medewerkers van de intramurale GGZ per 22 februari gevaccineerd. In mijn brief van 4 januari jl.⁴⁶ heb ik aangegeven dat deze groep met prioriteit in aanmerking komt voor vaccinatie vanwege de kwetsbaarheid van de doelgroep. Met de levering van het vaccin van AstraZeneca kan het vaccineren van deze doelgroep daadwerkelijk van start. De vaccinatie wordt georganiseerd door de

⁴⁶ Kamerstuk 25 925, nr. 851.

GGZ-instellingen zelf en wordt uitgevoerd door de instellingsarts (of via een verlengde arm constructie waarbij de instellingsarts eindverantwoordelijkheid draagt). Voor de medewerkers en bewoners die ouder zijn dan 65 jaar wordt het Moderna-vaccin voorzien. Ca. 65.000 personen komen in aanmerking voor een vaccinatie. Voor de ca. 12.000 bewoners van beschermd wonen wordt nog gekeken op welke wijze zij gevaccineerd kunnen worden en op welk moment. De 8.000 zorgmedewerkers uit deze groep zullen bij de GGD gevaccineerd gaan worden.

ii. Vaccinatie medische risicogroepen

Er is een grote groep mensen die vanwege een kwetsbare gezondheid een verhoogd risico loopt op ernstige ziekte als zij met het coronavirus in aanmerking komen. In afwachting van een vaccin hebben veel van deze mensen zichzelf geïsoleerd. Ik begrijp heel goed dat deze mensen vragen hebben over wanneer zij aan de beurt zijn. De Gezondheidsraad heeft op 4 februari jl. een advies uitgebracht over de inzet van AstraZeneca-vaccins en de vaccinatiestrategie voor medische risicogroepen. Dit advies vormt een aanvulling op het eerdere advies van de Gezondheidsraad (d.d. 19 november 2020) waarin verschillende groepen met een medische indicatie zijn benoemd, die overeenkomen met de medische risicogroepen voor de griepvaccinatie. Uit het advies van 4 februari jl. blijkt dat er binnen de medische risicogroepen enkele patiëntgroepen zijn met een sterk verhoogd risico op ernstig beloop van COVID-19. Natuurlijk wil ik dat deze groepen zo snel mogelijk kunnen worden uitgenodigd voor vaccinatie. Ik volg daarin de adviezen van de Gezondheidsraad. In onderstaande passage licht ik toe op welke manier ik invulling geef aan dit advies.

a) Hoogrisicogroepen

De Gezondheidsraad heeft zeven patiëntengroepen benoemd die op basis van hun medische achtergrond, sneller in aanmerking zouden moeten komen voor een COVID-19 vaccinatie. Het gaat om vier patiëntengroepen met een ernstig gecompromitteerd immuunsysteem, zoals:

- Patiënten met hematologische maligniteit gediagnosticeerd in de laatste 5 jaar;
- Patiënten met ernstig nierfalen of dialyse;
- Patiënten na orgaan- of stamcel of beenmergtransplantatie;
- Patiënten met een primaire immuundeficiëntie;

Bovenstaande groepen zouden volgens de Gezondheidsraad vanwege hun medische achtergrond een mRNA-vaccin moeten ontvangen. Daarnaast zijn er nog drie andere hoogrisicogroepen die volgens de Gezondheidsraad met prioriteit in aanmerking komen voor vaccinatie:

- Mensen met het syndroom van Down;
- Patiënten met neurologische aandoeningen waardoor de ademhaling gecompromitteerd is;
- Mensen met morbide obesitas (*body mass index* (BMI) >40).
- Deze groepen kunnen volgens de Gezondheidsraad ook een AstraZeneca-vaccin ontvangen.

De patiënten, die volgens de Gezondheidsraad een sterk verhoogd risico lopen en waarbij sprake is van een ernstig gecompromitteerd immuunsysteem krijgen conform het advies van de Gezondheidsraad een mRNA-vaccin aangeboden via hun eigen medisch specialist. Het RIVM overlegt met de Federatie Medische Specialisten over verdere uitwerking. Afhankelijk van de leveringen is het streven om hiermee een start te maken in week 9. In aanvulling daarop wil ik ook patiënten met een neurologische aandoening waarbij de ademhaling is gecompromitteerd,

zoals patiënten met ALS of Duchenne, door de medisch specialist laten uitnodigen voor vaccinatie met een mRNA-vaccin.

Zoals ik eerder in deze paragraaf heb aangegeven, worden mensen met syndroom van Down en patiënten met morbide obesitas bij de huisarts uitgenodigd – tegelijkertijd met de 60–64 jarigen. Zij krijgen het AstraZeneca-vaccin. Mensen met het syndroom van Down zijn bekend bij de huisarts, mensen met morbide obesitas niet altijd. De huisarts roept deze mensen dan ook op om zelf hun BMI uit te rekenen en met hun eigen huisarts te bespreken of zij op dit moment in aanmerking komen voor vaccinatie. Hiermee geef ik ook invulling aan mijn toezegging aan het lid Van Haga (FvD) tijdens het plenair debat van 4 februari jl., waarin ik heb aangegeven na het advies van de Gezondheidsraad te bezien wanneer risicogroepen, zoals mensen met morbide obesitas, in aanmerking komen voor vaccinatie.

b) Andere groepen met een medische indicatie

De Gezondheidsraad adviseert andere mensen met een medische indicatie (zoals vastgesteld in het advies van 19 november jl.) gelijktijdig met de 50–59 jarigen te vaccineren, omdat zij ongeveer eenzelfde risico hebben op een ernstig beloop en sterfte van COVID-19. Het gaat om de volgende groepen:

- Patiënten met afwijkingen en functiestoornissen van de luchtwegen en longen;
- Patiënten met een chronische stoornis van de hartfunctie;
- Patiënten met diabetes mellitus;
- Patiënten met chronische nierinsufficiëntie (dialyse en niertransplantatie-patiënten);
- Patiënten met een afweerstoornis of behandeld met immuunsuppressiva leidend tot verminderde weerstand tegen luchtweginfecties;

Ik ben in overleg met de huisartsen over de uitvoering van vaccinatie van de groep mensen met een medische indicatie (ongeveer 1.000.000 mensen). Ik wil met deze groepen starten nadat de groep 60 tot en met 64-jarigen is afgerond en er voldoende vaccin beschikbaar is. Deze groep omvat de mensen die normaliter voor de griepvaccinatie worden uitgenodigd en sluit daarom heel goed aan bij de uitvoeringspraktijk van de huisartsen, zoals zij dit jaarlijks voor de griepvaccinatie uitvoeren. Wanneer deze groepen kunnen starten is afhankelijk van de leveringen. Op basis van de nu beschikbare informatie verwacht ik in begin mei te kunnen starten met het uitnodigen van deze groep.

Vorbereidingen voor meer grootschalige vaccinatie

In de voortgangsbrief van 2 februari jl.⁴⁷ heb ik aangegeven dat de GGD'en en de huisartsen zich voorbereiden op grootschalige vaccinatie in het tweede kwartaal. Ook ziekenhuizen hebben aangegeven dat zij capaciteit kunnen inzetten.

Bij deze opschaling naar grootschalige vaccinatie hebben we te maken met een aantal factoren waar op geanticipeerd moet worden. Zo hebben we te maken met fluctuaties in de leveringen van de vaccins. Waar tot op heden het aantal geleverde vaccins veelal lager uitviel dan verwacht, houden we er rekening mee dat in de loop van het tweede kwartaal juist veel vaccins geleverd kunnen worden. Met de aankomende beoordeling van het vaccin van onder andere Janssen, en onder andere de te verwachten toename van leveringen van de al goedgekeurde vaccins BioNTech/Pfizer, Moderna en AstraZeneca, bereiden wij ons voor op de

⁴⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 950.

mogelijkheid om snel grote groepen Nederlanders uit te kunnen nodigen voor vaccinatie. Doordat we hiermee rekening moeten houden, ga ik in de voorbereiding uit van een mogelijke overcapaciteit en zal eventuele kosten hiervoor voor mijn rekening nemen.

De eigenschappen van de vaccins maken dat bij de distributie, uitvoering en zeker bij het opschalen rekening moet worden gehouden met een aantal randvoorwaarden. Zo moet er altijd een ruimte beschikbaar zijn waar mensen die hun vaccinatie hebben ontvangen tot 15 minuten na de vaccinatie kunnen worden geobserveerd. Ook moet in de uitvoering rekening worden gehouden met de vereisten voor wat betreft het vervoer, het gekoeld bewaren, en de omvang van de verpakkingseenheden van de vaccins. Ik werk op dit moment met de GGD'en, huisartsen en ziekenhuizen uit hoe zij gezamenlijk in staat zijn om – de randvoorwaarden in acht nemend – de grootschalige vaccinatie met een piekbelasting tot maximaal 2,5 miljoen per week in de loop van het tweede kwartaal van 2021 kunnen borgen.

Ik heb de GGD GHOR Nederland gevraagd op welke wijze een grootschalige vaccinatie tot 1,5 miljoen mensen per week per april uitgevoerd kan worden en onder welke condities dit niveau bereikt kan worden. Onderdeel hiervan is dat GGD-locaties hun processen binnen priklocaties verder optimaliseren door de vaccinaties en bijbehorende administratie te scheiden. Bij de GGD West-Brabant is onder leiding van prof. dr. ir. Jan Fransoo (hoogleraar *Operations and Logistics Management* aan Tilburg University en de TU Eindhoven) gekeken naar het vaccinatieproces op deze locatie en opties die een bijdrage kunnen leveren aan de verhoging van de priksnelheid. Met een aantal kleine en grotere aanpassingen in het proces werd in West-Brabant gezien dat het aantal prikken per uur meer dan verdubbeld kon worden. Het ging hierbij onder andere om het scheiden van de administratieve stappen en de vaccinatie en het vereenvoudigen van administratieve handelingen. De resultaten van dit experiment in West-Brabant vind ik veelbelovend. Bovendien adviseert prof. dr.ir. Jan Fransoo gebruik te maken van een klein aantal grote priklocaties. Voor de verdere opschaling binnen de GGD'en kan deze ervaring goed worden benut.

Inmiddels zijn de huisartsen in hun praktijken begonnen met het vaccineren van de groep 63 en 64-jarigen met het vaccin van AstraZeneca. Uit de ervaringen met de vaccinatie van de eerste groepen, zien we dat huisartsen zeer goed in staat zijn om zowel grootschalig als fijnmazige specifieke groepen te vaccineren, naast de werkzaamheden die zij dagelijks uitvoeren. Ik heb – naar aanleiding van de aankondiging van het uitbreiden van de vaccinatielocaties zoals ik in de Kamerbrief van 2 februari jl. heb gemeld – met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) besproken wat de mogelijkheden zijn voor huisartsen om het aantal vaccinaties verder op te schalen. Ik heb met de LHV afgesproken dat huisartsen zodra er voldoende vaccins zijn de groep mensen met een medische indicatie (circa 1 miljoen mensen) gaan vaccineren. In aanvulling daarop zullen huisartsen naar verwachting bijvoorbeeld met enkele grootschalige prikdagen betrokken zijn bij het vaccineren van andere groepen.

Ziekenhuizen hebben aangeboden hun capaciteit in te zetten, mocht dit nodig zijn voor de grootschalige vaccinatie die op korte termijn georganiseerd moet worden. Ik waardeer dit aanbod zeer. Het is belangrijk dat we alle mogelijke vaccinatieroutes voorbereiden zodat er voldoende ruimte is om alle beschikbare vaccins te kunnen inzetten. Ziekenhuizen hebben inmiddels ervaring met het vaccineren van het eigen personeel en zullen ook enkele groepen met hoog medisch risico vaccineren. In de komende weken is de beschikbare capaciteit van de uitvoerende partijen op peil. Het is echter belangrijk om tijdig aan de slag te gaan met

de voorbereidingen op een mogelijke piekbelasting van maximaal 2,5 miljoen vaccinaties per week. Ik heb het RIVM gevraagd om samen met de GGD, huisartsen en ziekenhuizen de verschillende mogelijkheden uit te werken. In de volgende voortgangsbrief zal ik u nader informeren over de voorbereidingen van de grootschalige vaccinaties.

Vaccinatielocaties

Naar aanleiding van signalen dat ouderen bij hun vaccinatie buiten de GGD-locatie dienden te wachten, is tijdens het vorige debat op 4 februari jl. een motie van het lid Sazias (50PLUS) aangenomen om zorg te dragen dat ouderen bij GGD-vaccinatielocaties niet buiten op een prik hoeven te wachten⁴⁸. Ik heb tijdens het debat aangegeven dat het inderdaad erg vervelend is dat hier problemen zijn ontstaan. Van de GGD heb ik begrepen dat alle locaties zijn ingericht met (verwarmde) wachtruimtes en looproutes. Bovendien wordt in de uitnodigingsbrief gevraagd of mensen niet te vroeg, zo'n vijf minuten voor hun afspraak, op de GGD-locatie verschijnen.

GGD'en leren van deze situaties en proberen zo snel mogelijk te anticiperen om vergelijkbare situaties in de toekomst te voorkomen. Zo worden op locaties aanpassingen gedaan. Er worden (meer) verkeersregelaars ingezet. Zoals eerder vermeld, wordt bekeken of de snelheid van het prikproces verder geoptimaliseerd kan worden door de administratie (registratie) en het prikken meer te scheiden. En doordat er nu ook snel meer centrale GGD-locaties komen (oplopend naar ruim 90 in april en ruim 100 vanaf mei), kunnen ook de te vaccineren mensen meer gespreid worden over meerdere locaties.

Inzet vaccins voor onderzoeksdoeleinden

Op 4 februari jl. heb ik via een e-mailprocedure van de Vaste Kamercommissie voor VWS een verzoek gehad in het kader van de VOICE-studie naar de werking van COVID-19 vaccins bij mensen die worden behandeld met chemo- of immunotherapie. Ik onderken het belang van onderzoek bij de toepassing van vaccins bij oncologie patiënten. Juist om die reden heeft het Ministerie van VWS recent ZonMw opdracht gegeven om een onderzoeksprogramma rondom COVID-19 vaccins uit te voeren. Hier is 25 miljoen euro voor beschikbaar besteld. In de tweede helft januari zijn door ZonMw de eerste onderzoeken gehonoreerd. Dit betekent dat de onderzoekers financiering krijgen toegewezen en hun studie kunnen voorbereiden c.q. gaan uitvoeren. De onderzoeken zijn opgezet om meer inzicht te verkrijgen in de immuunrespons bij verschillende groepen patiënten met immuunstoornissen. Zoals ik in mijn brief van 5 februari jl. (Kamerstuk 25 295, nr. 985) heb aangegeven maakt ook deze studie deel uit van de onderzoeken die zijn gehonoreerd. Andere onderzoeken die zullen worden uitgevoerd betreft onderzoek bij transplantatie patiënten, auto-immuun patiënten, ouderen en personen met het syndroom van Down.

De onderzoeken starten zodra hier vaccins beschikbaar voor zijn. Ik heb het RIVM gevraagd hier uitvoering aan te geven. De eerste onderzoeken (de VOICE, RECOVAC en COVALENT studies) zijn vorige week van start gegaan. Hier heb ik in kunnen voorzien door de spillage van alle ziekenhuizen samen te brengen in de onderzoekscentra. Ook de andere studies die op heden door ZonMw zijn goedgekeurd zullen zo spoedig mogelijk vaccins ontvangen. Vanwege de beperkte leveringen kan ik helaas nog niet voorzien in voldoende vaccins voor alle onderzoeken.

⁴⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 968.

Opkomst nieuwe varianten

De opkomst van verschillende nieuwe varianten van het coronavirus maakt een snelle vaccinatieoperatie extra belangrijk. Het kabinet heeft naar aanleiding van het bericht dat in Zuid-Afrika is besloten het vaccin van AstraZeneca niet meer grootschalig in te zetten, aan het OMT gevraagd de Nederlandse situatie nader te duiden. Het OMT geeft in het 100^e OMT advies (d.d. 15 februari 2021) aan dat de Zuid-Afrikaanse variant in Nederland nog weinig circuleert, waar de variant in het gebied van het onderzoek in Zuid-Afrika het dominante type is. Het OMT concludeert dat de gezondheidswinst die behaald kan worden door het AstraZeneca-vaccin snel in te zetten groot is en opweegt tegen de onzekere werkzaamheid van het vaccin bij andere varianten die momenteel weinig circuleren in Nederland. Onderzoekers, zowel nationaal als bij ECDC en de WHO houden nauwlettend in de gaten of de verschillende varianten die we nu kennen invloed hebben op de werkzaamheid van de beschikbare vaccins en wat dit betekent voor de aanpak van het virus.

Versnelling vaccinatieoperatie

Ik wil de vaccinatieoperatie waar mogelijk versnellen. Ik heb het RIVM gevraagd de nu beschikbare studies naar het slechts zetten van een eerste vaccinatie dan wel het sterk uitstellen van de tweede vaccinatie te beoordelen. Ook vraag ik het RIVM te onderzoeken of er mogelijkheden zijn om mensen die reeds een SARS-CoV-2 infectie hebben doorgemaakt later te vaccineren. De reden hiervoor is dat recente studies aantonen dat gedurende minimaal 6 maanden geen ernstige re-infecties optreden. Daarnaast vraag ik de Gezondheidsraad of het mogelijk is om twee verschillende vaccins binnen een vaccinatieschema te gebruiken, en daarmee dus op een later moment een ander vaccin in te zetten als tweede vaccinatie.

Vaccinatieoperatie langere termijn

De prognoses op de langere termijn kennen grote onzekerheidsmarges. Dit wordt veroorzaakt door factoren als de mate waarin de samenleving immuniteit opbouwt na een doorgemaakte infectie of vaccinatie, en de beschermingsduur van vaccinatie tegen circulerende virussen. Het is mogelijk dat het coronavirus in de toekomst zal blijven muteren en dat zou kunnen betekenen dat het virus jarenlang in de samenleving kan blijven circuleren. De meest gunstige prognose betreft een situatie waarbij vaccins langdurig bescherming bieden tegen -een SARS-CoV-2-infectie en effectief blijken tegen overdracht van het virus. De minst gunstige prognose betreft een situatie waarbij toekomstige mutaties varianten van het SARS-CoV-2-virus voortbrengen die de beschikbare vaccins omzeilen. Het is daarom van groot belang om vooruit te kijken en in kaart te brengen wat nodig is om op dit soort situaties voorbereid te zijn. Ik zal met de Gezondheidsraad en het RIVM in overleg treden over de vragen die in dit verband beantwoord moeten worden.

Ethische en juridische dilemma's COVID-19 vaccinatie

Tijdens het debat met uw Kamer op 4 februari jl. publiceerde de Commissie Ethiek en recht van de Gezondheidsraad haar advies over ethische dilemma's en juridische vragen die zich kunnen voordoen bij de COVID19-vaccinatie. Dit ethisch kader is ontwikkeld n.a.v. de motie van 18 november jl. over een ethisch afwegingskader voor de vaccinatiestrategie. De Gezondheidsraad gaat hierbij ook in op het instrument vaccinatiebewijzen. Op 4 februari jl. heb ik tijdens het corona-debat met uw Kamer toegezegd binnen een maand met een kabinetsstandpunt te komen

naar aanleiding van dit advies. Ik heb aangegeven het van belang te vinden hierover met uw Kamer zorgvuldig te besluiten.

Ik wil in deze brief nogmaals benadrukken dat vaccinatie vrijwillig is. Zoals ik in eerdere brieven heb aangegeven, vind ik het belangrijk dat iedereen in Nederland een goed afgewogen besluit kan maken over vaccinatie. Daarom besteed ik in de publiekcommunicatie aandacht aan transparante, toegankelijke en begrijpelijke informatie over de beschikbare vaccins. Daarbij gaat het bijvoorbeeld over hoe de vaccins zijn ontwikkeld, of ze veilig zijn, en over de effectiviteit. Daarmee geef ik invulling aan mijn toezegging aan het lid Van Dijk (SGP) tijdens een plenaire vergadering van de Eerste Kamer op 26 oktober 2020⁴⁹, waarin ik heb aangegeven de gewetensbezwaren van niet-gevaccineerden te respecteren, maar ook het belang van vaccinatie te zullen benadrukken.

In de volgende voortgangsbrief zal ik verder ingaan op het advies van de Gezondheidsraad over ethische en juridische dilemma's. Ik zal hierbij ook advies nr. 17 van de Begeleidingscommissie Digitale Ondersteuning Bestrijding Covid-19 meenemen dat mede naar aanleiding van het advies van de Gezondheidsraad op 9 februari jl. is uitgebracht.

Toezicht op vaccineren

De afgelopen weken heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) in het kader van haar toezicht op vaccineren, bezoeken gebracht aan GGD-locaties, instellingen, huisartsenposten en een ROAZ-apotheek.

De IGJ heeft op 19 februari een nieuwe factsheet gepubliceerd⁵⁰, waarin zij haar bevindingen weergeeft van deze bezoeken, die over het algemeen positief zijn. Ook worden hierin breed en per sector tips en aandachtspunten gegeven met betrekking tot o.a. de opslag, koeling, vervoer en toediening van vaccins. De inspectie wil dat deze ervaringen worden gebruikt bij het verder verbeteren van het vaccinatieproces.

De IGJ heeft tijdens de inspectiebezoeken gezien dat bij vaccinatielocaties op basis van ervaringen inmiddels verbeteringen zijn en worden doorgevoerd en dat incidenten structureel worden geanalyseerd en zo nodig procedures worden aangepast. De locaties laten hiermee zien dat zij zich op professionele wijze ontwikkelen. De IGJ moedigt aan dat leerpunten gedeeld worden tussen verschillende locaties.

Inkoop griepvaccins 2021

Vanwege de coronacrisis was het animo voor de griepvaccinatie in 2020 hoger dan in de voorgaande jaren.⁵¹ Door deze hoge opkomst heeft Staatssecretaris Blokhuis, op 27 oktober 2020, besloten om gezonde mensen van 60 tot 69 jaar te vragen om niet in te gaan op de uitnodiging voor de griepvaccinatie. Zoals op 4 december 2020 gedeeld met uw Kamer⁵² heeft deze groep later alsnog de mogelijkheid gekregen om zich te laten vaccineren tegen de griep.

Om ervoor te zorgen dat er het komende griepseizoen voldoende griepvaccins zijn, heeft de Staatssecretaris uw Kamer, in antwoord op de

⁴⁹ Eerste Kamer 2020–2021 nr. T03020.

⁵⁰ <https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2021/02/19/factsheet-toezicht-op-vaccineren-covid-19>.

⁵¹ De definitieve opkomstcijfers voor 2020 worden na de zomer gepubliceerd in de «Monitor Vaccinatiegraad Nationaal Programma Grieppreventie».

⁵² Kamerstukken 32 793 en 25 295, nr. 511.

Kamervragen van de leden Kuik en Sloopweg⁵³, laten weten te streven naar extra inkoop van griepvaccins.

Veel mensen in de doelgroep voor de griepvaccinatie hebben ook kans om ernstiger ziek te worden van het coronavirus. Als iemand flink ziek wordt van griep en vervolgens COVID-19 krijgt, dan kan dit een zware aanslag op het lichaam zijn. De griepvaccinatie helpt dus om de doelgroep van het Nationaal Programma Grieppreventie (NPG) zo gezond mogelijk te houden.

Mijn collega Staatssecretaris Blokhuis heeft het RIVM verzocht om het maximum aantal griepvaccins dat binnen de contracten beschikbaar is, te bestellen. En om, naast de contractuele hoeveelheid, 840.000 extra vaccins in te kopen. Hiermee kunnen we een opkomst van ongeveer 75% van de doelgroep van het NPG aan. Dit percentage is conform de richtlijn van de WHO.

Innovatieve behandelingen

Zolang het coronavirus actief is en de vaccinatiecampagne nog loopt, blijf ik mij inzetten voor uitbreiding en snelle beschikbaarheid van kansrijke innovatieve behandelingen. Tot nu toe worden vooral bestaande geneesmiddelen ingezet tegen COVID-19 (bijvoorbeeld dexamethason). Er komt ook steeds meer zicht op nieuwe innovatieve behandelingen die specifiek zijn ontwikkeld tegen COVID-19. De eerste nieuwe type behandelingen zijn vooral antilichaamtherapieën. Deze nieuwe middelen zullen volgens de leveranciers schaars zijn, omdat de vraag groot is en de middelen complex zijn om te produceren. Momenteel is er nog onzekerheid over de werkzaamheid en mogelijke toepassingsgebieden (preventie, profylaxe, behandeling) van antilichaambehandelingen. In de komende maanden worden de resultaten verwacht van grootschalige klinische studies.

Op basis van de huidige medisch-wetenschappelijke inzichten en informatie van betrokken fabrikanten, kunnen deze behandelingen mogelijk in specifieke, op zichzelf staande gevallen als profylaxe of als behandeling ingezet worden bij personen die blootgesteld zijn aan het virus, milde klachten hebben en een verhoogd risico hebben op een ernstig ziekteverloop. Op deze wijze kunnen antilichaamtherapieën mogelijk een bijdrage leveren aan de bescherming van individuele kwetsbare personen. Gelet op mogelijke schaarste, kies ik er uit voorzorg voor om nu alvast een beperkte, doch naar verwachting afdoende hoeveelheid antilichaambehandelingen aan te kopen – ondanks dat er op dit moment nog onvoldoende bekend is over de werkzaamheid en inzetbaarheid van deze behandelingen. Zodra de medisch-wetenschappelijke inzichten en behandeladviezen dat toelaten, kunnen deze behandelingen snel ingezet worden in Nederland. Leveranciers geven aan dat de eerste leveringen van de middelen binnen 1 à 2 maanden zouden kunnen starten.

Nederland doet mee aan de gezamenlijke inkoop van de antilichaambehandelingen via de Europese Commissie. De formele EU-registratie en markttoelating via het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) van deze middelen wordt over enkele maanden verwacht. Om eventueel eerdere beschikbaarheid van enkele middelen mogelijk te maken, heeft het EMA een snellere, zogenaamde artikel 5 lid 3-procedure in gang gezet. Hiermee kan het EMA op korte termijn een wetenschappelijke verklaring afgeven over de werkzaamheid en veiligheid van deze antilichamen, op basis van

⁵³ Aanhangsel Handelingen II 2020/21, nr. 877.

voorlopige onderzoeksgegevens. Als de wetenschappelijke verklaring van het EMA hier aanleiding toe geeft, kan Nederland desgewenst via een nationale noodtoelating de behandelingen snel beschikbaar maken voor toepassing bij individuele Nederlandse patiënten. Door nu een gerichte aankoop te doen, zorg ik ervoor dat de middelen daadwerkelijk direct beschikbaar zijn indien deze route zich aandient.

Zorgen dat de zorg het aankan

Zorg voor patiënten in de keten

Week na week spannen professionals in de zorg zich in om samen het grote aantal COVID-patiënten op te vangen en tegelijkertijd zorg aan non-COVID-patiënten te blijven leveren. De gehele zorgketen van Nederland werkt zo continu samen aan goede, veilige en toegankelijke zorg.

Actueel beeld COVID-ziekenhuiszorg

In de ziekenhuizen is de algemene situatie rond de COVID-patiënten al enige tijd vrij onveranderlijk. Het totale aantal COVID-patiënten dat in het ziekenhuis ligt (zowel op de IC als op de klinische verpleegafdelingen) nam de afgelopen maand per saldo gemiddeld langzaam af. Daarentegen zien we de afgelopen twee weken weer een iets groeiende instroom van nieuwe COVID-patiënten in de ziekenhuizen. Op basis van de beschikbare data verwacht het Landelijk Centrum Patiëntenspreiding (LCPS) de komende week een stijging van het aantal COVID-patiënten op de IC en een daling van het aantal COVID-patiënten in de kliniek.

Op dit moment (stand 22 februari 2021) zijn volgens het LCPS in totaal 1.908 patiënten met COVID-19 in de Nederlandse ziekenhuizen opgenomen, waarvan 561 COVID-patiënten op de IC en 1.347 COVID-patiënten in de kliniek.

Actueel beeld COVID-zorg in eerstelijnsverblijf

Op dit moment zijn er (volgens de monitor zorgcontinuïteit van GGD-GHOR) 1.198 eerstelijnsverblijf bedden beschikbaar voor COVID-patiënten die niet naar het ziekenhuis hoeven of het ziekenhuis uit mogen, maar voor wie het niet mogelijk is om (meteen) thuis te worden verzorgd. Van deze 1.198 bedden, zijn er 625 bezet (cijfers 18 februari 2021). Ten opzichte van vorige week is dit een daling in het aantal beschikbare bedden (-16) en een daling in het aantal bezette bedden (-81). Drie van de 25 veiligheidsregio's zijn op dit moment niet in staat om verder op te schalen. De komende week wordt er een daling verwacht in de bedbezetting. De bezetting over een maand blijft nog onzeker. Er zijn drie scenario's waarbij het gemiddelde zo rond de 400 bezette bedden ligt, met een geschatte marge die uiteenloopt van 200 tot 900 bezette bedden.

Stand van zaken reguliere zorg

Om capacitaire ruimte te creëren voor het opvangen van de voortdurende instroom van COVID-patiënten is het helaas nog steeds onvermijdelijk dat ziekenhuizen delen van de niet-kritieke planbare zorg afschalen en behandelingen uitstellen. Daarnaast is er vanwege de hoge COVID-bezetting in de ziekenhuizen momenteel maar weinig ruimte voor inhaalzorg.

De laatste rapportage van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)⁵⁴ laat zien dat vanaf maart er naar schatting 1,35 miljoen minder verwijzingen vanuit de huisartsen naar de ziekenhuizen zijn geweest. Ook hiervoor – als de betreffende patiënten zich op een later moment alsnog met hun klachten melden bij hun huisarts – straks een beroep op (inhaal)zorg en behandeling worden gedaan.

Op dit moment werken we samen met de NZa een plan uit voor de toegankelijkheid van zorg na de COVID-pandemie. Dit plan is gericht op zowel de patiënten die tijdens de COVID-pandemie met uitgestelde zorg te maken hebben gehad, als ook op de patiënten die zich na de pandemie aandienen en zorg nodig hebben. Samen met de veldpartijen beziet de NZa welke knelpunten er zijn en hoe oplopende wachtlijsten kunnen worden voorkomen. Naar verwachting zal dit plan uiterlijk medio april gereed zijn, uiteraard onder voorbehoud van de actuele ontwikkeling van de pandemie in de komende weken. Hiermee heb ik uw Kamer geïnformeerd over de uitvoering van de motie Wilders⁵⁵ over een plan voor het inhalen van reguliere zorg, waar de heer Wilders mij bij commissiebrief van 9 februari 2021 om heeft verzocht.

Vorbereid zijn op ernstige scenario's

Zoals in de stand van zakenbrief van 2 februari 2021 is gemeld, werken we momenteel aan een aanvullend tijdelijk beleidskader «kwaliteit en continuïteit van zorg in fase 3 van de COVID-19 pandemie». Dit aanvullend beleidskader is van belang om goed voorbereid te zijn op scenario's die – vanwege nieuwe virusmutanten – leiden tot grote aantallen COVID-patiënten en waarin er ernstige, ontwrichtende gevolgen zijn voor de gehele breedte van de Nederlandse zorg.

Het aanvullend beleidskader is een verdieping op het «tijdelijk beleidskader waarborgen acute zorg in de COVID-19 pandemie» van 23 oktober 2020. Het kader zal met name gericht zijn op het maximaliseren van de regionale ketensamenwerking, het up-to-date beschikbaar hebben van concrete regionale en sectorale crisisplannen en het vastleggen van afspraken om de toegankelijkheid van de zorg in den brede te borgen in een fase 3-situatie. Het doel is om dit aanvullend beleidskader begin maart gereed te hebben.

In de voorbereiding op de ernstige scenario's is het van groot belang dat in alle geledingen van de zorg – sectoraal en regionaal – goede en actuele crisisplannen aanwezig zijn. Het is ten behoeve van de regionale en landelijke regie in een fase 3-situatie relevant dat deze plannen goed op elkaar aansluiten en onderling vergelijkbaar zijn. Dit sluit aan bij een brief die de Minister voor MZS heeft ontvangen van de IGJ en de NZa (zie bijlage brief IGJ & NZa)⁵⁶. Daarom heeft de Minister voor MZS het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) de opdracht gegeven om een vergelijkingskader voor de regionale plannen voor fase-3 op te stellen (zie bijlage opdrachtbrief LNAZ fase 3)⁵⁷. In dit vergelijkingskader moet onder andere aandacht besteed worden aan:

- de aansluiting op sectorale plannen,
- de keuzes op het gebied van kwaliteit van zorg in de hele keten bij oplopende pandemische druk,

⁵⁴ NZa: Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor de reguliere ziekenhuiszorg van 17 februari.

⁵⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 977.

⁵⁶ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

⁵⁷ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

- hoe wordt omgegaan met personele schaarste, de rolverdeling, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de verschillende partijen,
- en afspraken over communicatie en informatievoorziening.

Ik verwacht dat regio's vervolgens – waar nodig – hun eigen plannen aanpassen en verbeteren op basis van de terugkoppeling van de LNAZ, zodat die qua inhoud en uitwerking nog verder vergelijkbaar worden. In het aanvullend beleidskader zullen we nader op dit punt ingaan. Uiteraard zal de Minister voor MZS hier uw Kamer over informeren.

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:

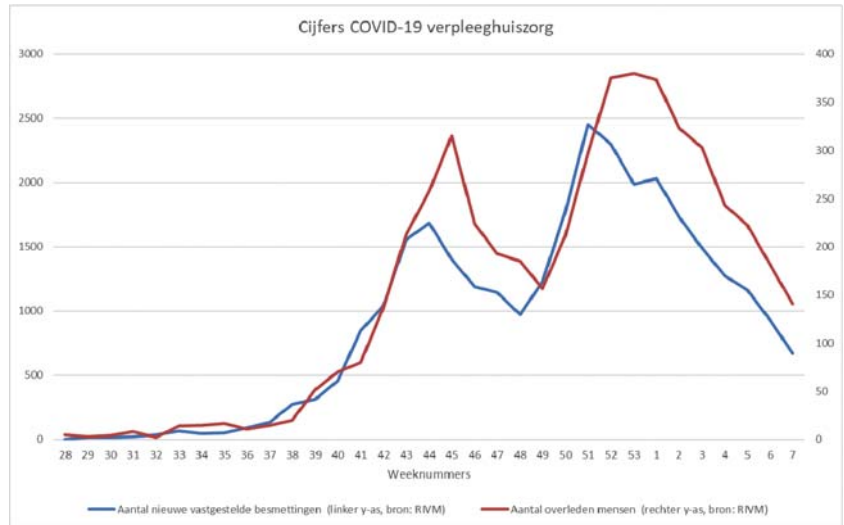
Bewoners

- Uit de cijfers van het RIVM (peildatum 22 februari 2021) blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 7 en 6⁵⁸) ca. 1.600 bewoners positief getest zijn op COVID-19. Het aantal nieuwe besmettingen neemt de laatste weken gelukkig weer enigszins af. Uit figuur 4 komt dit naar voren. Dit patroon blijkt ook uit de cijfers van Verenso van 16 februari 2021.
- Het RIVM schat dat sinds het uitbreken van de crisis bij ca. 38.900 bewoners van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd. Van dit aantal zijn ruim 7.940 mensen als overleden gemeld. Een groot deel van de mensen die besmet zijn, herstelt gelukkig, mede door de goede verzorging die zij ontvangen.
- In week 7 zijn 141 bewoners overleden bij wie COVID-19 is vastgesteld. In de twee weken daarvoor was dit aantal hoger, namelijk 181 (week 6) en 223 (week 5).
Ter vergelijking, in week 5 zijn in totaal 1.120 bewoners van verpleeghuizen overleden. Van hen was dus bij circa 20% een besmetting vastgesteld.

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

⁵⁸ In deze paragraaf is met de RIVM-gegevens gerekend met weektotalen van zondag tot en met zaterdag. Week 7 is van 14 tot en met 20 februari.

Figuur 3. Cijfers COVID-19-verpleeghuiszorg



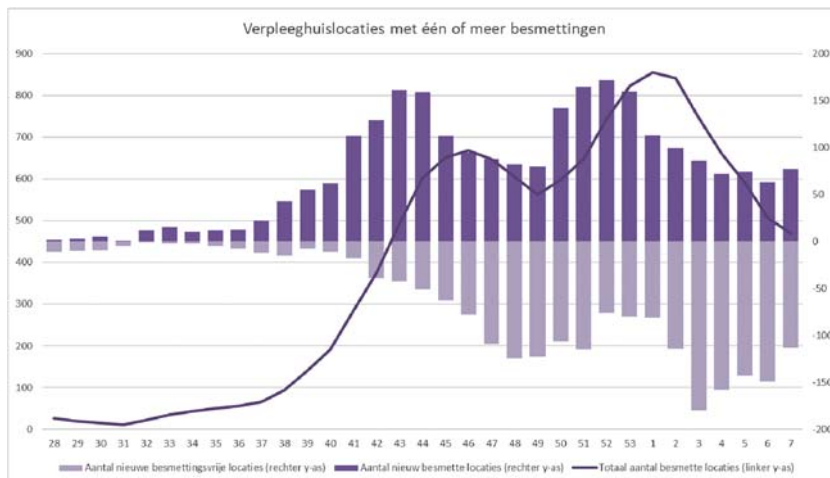
Locaties

- Wekelijks raken nog nieuwe locaties besmet. Het gaat in totaal om 140 locaties in de afgelopen twee weken. Dat waren er 77 in week 7 en 63 in week 6.
- 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 262 locaties in de afgelopen twee weken (113 in week 7 en 149 in week 6).
- De laatste weken is het aantal locaties waar de besmetting ten einde is iets hoger dan het aantal nieuwe locaties met een besmetting, zodat per saldo het aantal locaties met één of meer besmettingen iets afneemt. Het aantal verpleeghuislocaties waar recentelijk één of meerdere besmettingen zijn gemeld blijft hoog, maar neemt de laatste weken af. Het RIVM schat dat op 20 februari 2021 bij 470 verpleeghuislocaties sprake is van een vastgestelde COVID-19-besmetting. Dat is ca. 20% 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 op 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 4. Verpleeghuislocaties met één of meer besmettingen



Signalen verpleeghuiscare

Vanzelfsprekend was de aandacht de afgelopen periode gericht op de vaccinatie van bewoners en zorgverleners. Er gaat veel aandacht uit naar 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. Vele zorgaanbieders zijn inmiddels doende met de tweede vaccinatie van de bewoners.

Hiervoor is ingegaan op het aantal besmettingen. De signalen van de zorgaanbieders zijn dat de situatie beheersbaar is. Vele zorgaanbieders geven daarbij ook aan dat het aantal besmettingen daalt. Wel maakt een aantal zorgaanbieders zich zorgen om de situatie vanwege de opkomst van de VK- variant van het virus. Op regioniveau wordt gewerkt aan het maken van afspraken voor als de toename van de besmettingen ten gevolge van deze variant dusdanig is dat afschaling van de zorg noodzakelijk blijkt.

Wat betreft de inzet van 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 is aan zorgverleners. De inzet van extra handen in de zorg vanuit externe zorg- en hulporganisaties wordt op prijs gesteld. Er zijn op dit moment geen aanvragen meer van zorgaanbieders voor ondersteuning door Defensie.

Cijfers thuiswonende ouderen

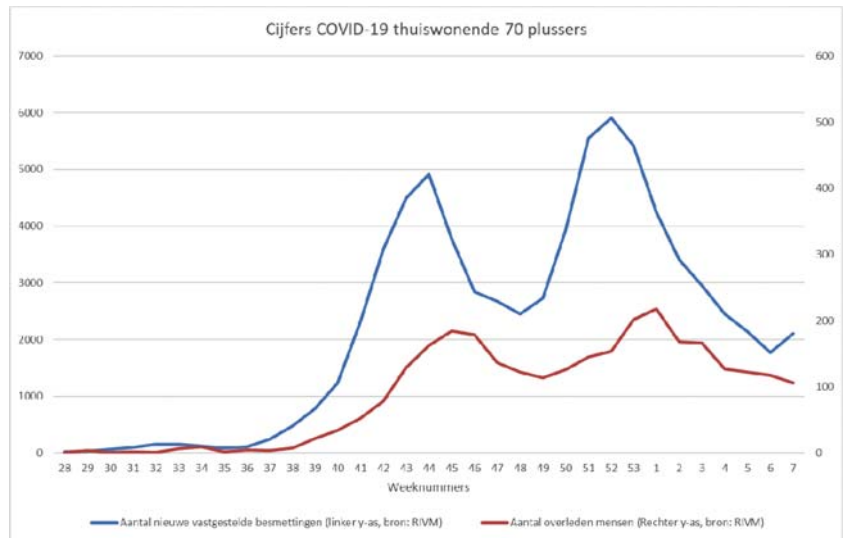
De stand van het aantal COVID-19-besmettingen en COVID-19-overlijdens van thuiswonende 70-plussers is op dit moment als volgt:

- Het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen bij ouderen die ouder zijn dan 70 jaar en thuis wonen is de afgelopen weken flink gedaald. In week 7 waren wel meer meldingen dan in week 6.
- Uit de cijfers van het RIVM blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 7 en 6) het aantal nieuwe besmettingen ca. 3.880 bedraagt. Dit is minder dan de ca. 4.600 nieuwe besmettingen in de voorgaande twee weken (week 5 en 4).

- Het RIVM schat dat vanaf 1 juli 2020 bij ca. 73.300 personen van boven de 70 jaar en die thuis wonen een COVID-19-besmetting is bevestigd, van wie ongeveer 2.910 mensen als overleden zijn gemeld.
- Onder de groep thuiswonende 70-plussers bevinden zich ook personen met medische problematiek die snel aan de beurt komen voor 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 het onderstaande figuur is deze ontwikkeling weergegeven vanaf 1 juli 2021.

Figuur 5. Cijfers COVID-19 thuiswonende 70 plussers



Mensen met een beperking in gehandicaptenzorginstellingen en thuis

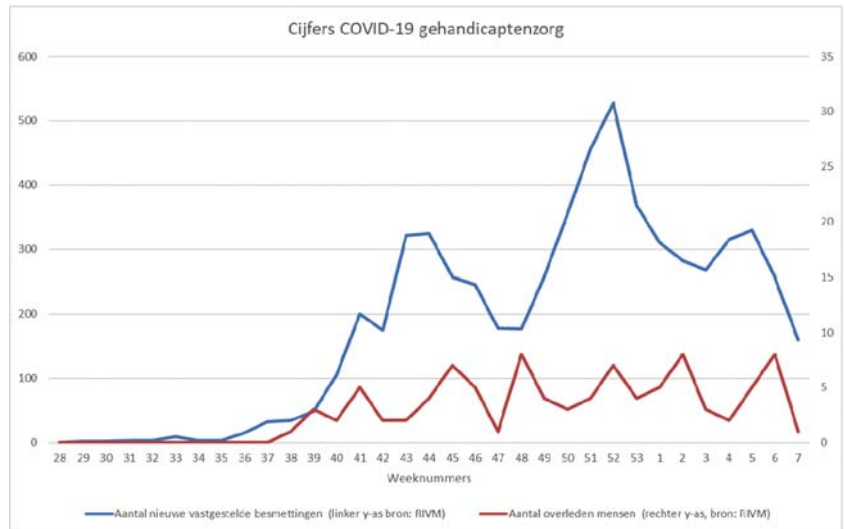
Bewoners instellingen

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

- Uit cijfers van het RIVM blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 7 en 6) 420 bewoners besmet zijn geraakt. Dat is minder dan in de 2 weken daarvoor.
- Het RIVM schat dat sinds 1 juli 2020 bij 5.700 bewoners van instellingen sprake is van een bevestigde COVID-19-besmetting, van wie 94 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 6. Cijfers COVID-19 gehandicaptenzorg



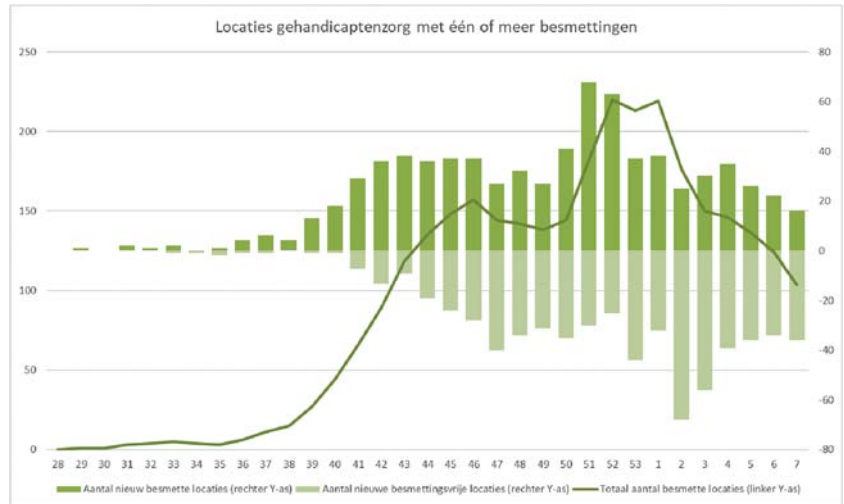
Locaties

Het RIVM schat dat op 20 februari bij 104 locaties voor gehandicaptenzorg sprake was van een vastgestelde COVID-19 besmetting. Dat is ongeveer 4% van het totaal aantal locaties. Het aantal besmette locaties schat het RIVM in op basis van het aantal locaties waar in de afgelopen 28 dagen sprake is geweest van ten minste één vastgestelde COVID-19 besmetting op basis van een positieve test. 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.

De laatste drie weken zijn er gelukkig iets minder nieuwe locaties besmet geraakt. In week 7 waren dat er 16. Op ca. 36 locaties was de besmetting ten einde. Dit aantal is dus 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 104 locaties.

Figuur 7. Locaties gehandicaptenzorg met één of meer besmettingen

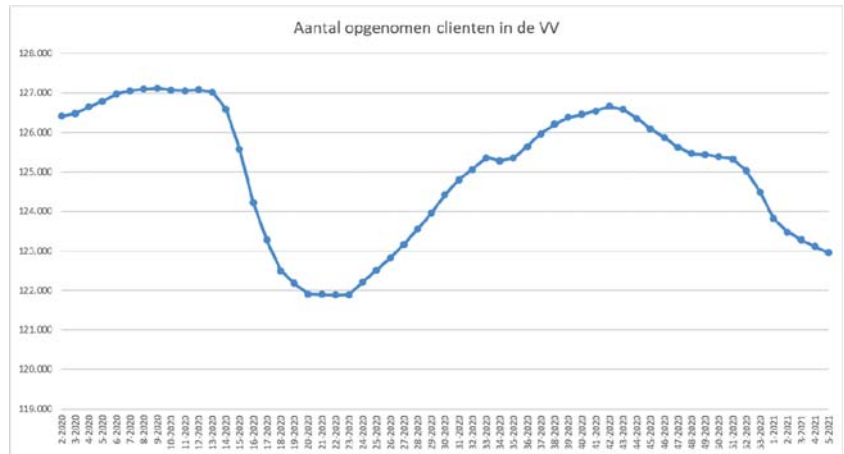


Geleverde zorg aan Wet langdurige zorg (Wlz)-cliënten – aantal opgenomen cliënten

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 herbe-zetting. 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 publiceert⁵⁹. Na week 5 is er sprake van circa. 4.100 plaatsen leegstand.

Figuur 8. Opgenomen personen in de VV



⁵⁹ 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>.

Inzet Rode Kruis

Al sinds het begin van de crisis is het Nederlandse Rode Kruis met behulp van subsidies van onder andere het Ministerie van VWS actief met de COVID-19-hulpverlening. De afgelopen maanden is er ontzettend veel werk verricht. Op dit moment zijn er ruim 200 projecten door het hele land, variërend van het vervoeren van COVID-19-patiënten tot het ondersteunen van het zorgpersoneel in verpleeg- en verzorgingshuizen. Tevens verzorgt het Nederlandse Rode Kruis voedselhulp en ondersteunt zij bij de (nood)opvang van dak- en thuislozen. De capaciteit en expertise van het Rode Kruis wordt ook breed ingezet bij andere activiteiten in de bestrijding van de crisis, denk hierbij aan:

- Ondersteuning GGD bij: bron- en contactonderzoek, testen en vaccinatie;
- Ontzorgen van zorginstellingen door niet medisch vervoer voor over te nemen;
- Een bijdrage leveren aan het verlagen van de werkdruk bij de GGD- en huisartsenposten;
- Voedselhulp en andere hulpgoederen, zoals mensen voorzien van noodzakelijke beschermingsmiddelen zoals mondkapjes;
- Programma's voor sociale en mentale ondersteuning zoals «Skip de Coronadip» waar inmiddels al 8000 jongeren aan meedoen;
- Telefonische hulplijn voor informatie en een luisterend oor.

Interventie	Cijfers t/m december 2020
Ondersteuning zorginstelling en groepsquarantaine	128 instellingen
Ondersteuning bij vervoer	Ruim 3700 mensen geholpen
Hulp bij BCO	Ruim 28.000 geslaagde belmomenten
Hulplijn	Ruim 25.500 telefoontjes
Voedselpakketten uitgedeeld	Ruim 29.400 pakketten
Ondersteuning bij boodschappen	ruim 86.200 boodschappenkaarten uitgedeeld
Onderdak/ opvang dak- en thuislozen	437 mensen geholpen
	Ruim 1 800 mensen geholpen

Medio mei zal een uitgebreide publieke jaarrapportage van een jaar COVID-19 hulpverlening in het Koninkrijk der Nederlanden door het Nederlandse Rode Kruis verschijnen. Deze zal ik uiteraard ook delen met uw Kamer.

Aanvullende adviezen voor thuiswonende ouderen

Voor zelfstandig wonende ouderen is een aantal aanvullende adviezen opgesteld behorend bij de verschillende risiconiveaus van de Corona Routekaart. Deze adviezen hebben als doel ouderen te ondersteunen zo goed en veilig mogelijk mee te kunnen blijven doen in de samenleving en tegelijkertijd besmetting met het coronavirus te voorkomen. Hierbij is rekening gehouden met verschillen van vitaliteit en kwetsbaarheid binnen de groep ouderen.

Het OMT heeft, gezien de herijking van de routekaart, nogmaals gekeken naar de aanvullende adviezen voor thuiswonende ouderen. Uw Kamer ontvangt met deze brief de herijking van de aanvullende adviezen voor thuiswonende ouderen (zie bijlage: «Aanvullende adviezen zelfstandig wonende ouderen bij de Corona Routekaart»)⁶⁰. Het gaat in op mogelijkheden voor bezoek, het doen van boodschappen en het deelnemen aan

⁶⁰ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

het dagelijks leven, in aanvulling op algemeen geldende maatregelen. De adviezen zijn ingeschaald naar escalatieniveau en er zijn voorbeelden opgenomen hoe de adviezen geïnterpreteerd moeten worden.

Hulp- en luisterlijnen en platforms

In mijn vorige brief⁶¹ heb ik aangegeven dat ik u op de hoogte houd van het aantal contactverzoeken bij de hulplijnen en de top vijf van redenen waarom contact wordt gezocht.

In vergelijking met de vorige brief is het aantal contactverzoeken bij de hulplijnen nagenoeg gelijk gebleven. Het Rode Kruis heeft een hulplijn voor vaccinatievervoer opgezet waarbij een stijging is gemeld van 20% in het aantal contactverzoeken voor week 6 ten opzichte van week 5. De stijging komt omdat steeds meer mensen een uitnodigingsbrief voor vaccinatie ontvangen, waar soms vragen uit volgen. Daarnaast is de toename te verklaren doordat mensen die nog niet zijn uitgenodigd voor vaccinatie de hulplijn bellen.

De vijf meest voorkomende redenen contact op te nemen met een van de hulplijnen zijn:

- Daginvulling (omhelst alle gesprekken waarbij mensen de dagelijkse zaken willen bespreken die ze anders met een partner of naaste zouden bespreken, om even een stem te horen of hun verhaal te doen. Deze gesprekken gaan bijvoorbeeld over het weer of het doornemen van de dag);
- Praktische hulpvraag (vervoer naar een testlocatie/vaccinatielocatie, hulp bij boodschappen etc.);
- Informatie over corona (o.a. de avondklok, vaccinatie en quarantaine);
- Psychische klachten (o.a. eenzaamheid, angst, stress en depressie);
- Behoeftte aan sociaal contact.

MIND Korrelatie en de Landelijke Luisterlijn melden dat veel contactverzoeken bij de hulplijnen die zij beheren gaan over frustratie over corona. De huidige situatie drukt zwaar op mensen en de situatie wordt als uitzichtloos ervaren. Ook benoemen deze organisaties dat relaties en liefde steeds vaker het onderwerp van gesprek zijn. Dit laatste wordt ook met name door de Kindertelefoon gemeld. Als we naar de cijfers van de Kindertelefoon kijken dan zien we dat meer kinderen dan tijdens de vorige lockdown contact opnemen met de lijn om over mentale problemen als eenzaamheid, zelfdoding en depressie te praten. Daarom zetten we samen met gemeenten en verschillende partijen in op het organiseren van activiteiten om mentale weerbaarheid van jongeren middels laagdrempelige ondersteuning te versterken (Kamerstuk 25 295, nr. 988). In vergelijking met de andere hulplijnen noemt de Kindertelefoon ook (huiselijk) geweld als een van de vijf meest voorkomende redenen om contact op te nemen met de hulplijn. De Kindertelefoon verwijst hen door naar Veilig Thuis voor verdere ondersteuning. Bij de Mantelzorglijn komen veel vragen binnen over de avondklok en het invullen van het avondklokformulier.

Op online platforms wordt veel vraag en aanbod van hulp geplaatst. Het landelijk online matchingsplatform NLvoorElkaar maakt hier actieve matches tussen. Onlangs heeft NLvoorElkaar i.s.m. prof.dr. Lucas Meijs, van de Rotterdam School of Management, Erasmus Universiteit, een rapport gepubliceerd over vrijwillige inzet. NLvoorElkaar meldt dat in 2020 93.000 matches zijn gemaakt, een stijging van 22% t.o.v. het jaar 2019. De matches zijn met name gemaakt in de categorieën sociaal contact, activiteiten(begeleiding) en boodschappenhulp. Ongeveer 54% van de hulpvragen op het platform gaat over eenzaamheid. De coronamaatre-

⁶¹ Kamerstuk 25 295, nr. 950.

gelen zorgden bij 31% van de hulpvragers in het onderzoek voor meer behoefte aan hulp. Helaas was er, ondanks de stijging in het aantal matches, minder aanbod beschikbaar. Het aantal dagdelen vrijwillige inzet kelderde in 2020, wat met name verklaard kan worden doordat veel activiteiten vanwege de maatregelen stopgezet moesten worden. Blijven omzien naar elkaar heeft voortdurend onze aandacht en inzet.

Strategie thuiswonende ouderen

Het is belangrijk dat ouderen op een veilig en gelijkwaardig niveau kunnen participeren in de maatschappij tijdens de COVID-19 epidemie. Om hierover structureel het goede gesprek te kunnen voeren, heeft het Ministerie van VWS met alle betrokken partijen ambities geformuleerd.⁶² Vervolgens is aan het RIVM gevraagd een factsheet op te stellen waarin zij de kennis uit bestaande databronnen over de (voortgang van de) ambities integreert en ingaat op de gevolgen van maatregelen voor ouderen in de eerste golf van de coronacrisis. De eerste factsheet (uit de reeks van drie) is beschikbaar en treft u als bijlage aan (Bijlage RIVM «Hoe gaat het met thuiswonende ouderen tijdens COVID-19»)⁶³. Ook kijkt het RIVM naar de ambitie dat ouderen op een verantwoorde en veilige manier (digitaal) contact kunnen onderhouden met belangrijke mensen in hun persoonlijk netwerk, wat kan bijdragen aan het voorkomen van een toename van eenzaamheid.

Het RIVM concludeert dat de toename van besmettingen met COVID-19 en de invoering van maatregelen gevolgen hebben gehad voor de zorg, ondersteuning, participatie en sociale contacten van thuiswonende ouderen. Hoewel de gevolgen van maatregelen per oudere verschillen, kan volgens het RIVM wel worden gesteld dat een deel van de ouderen niet geheel naar wens en vermogen deel kon nemen aan het maatschappelijke leven. Vanwege de coronamaatregelen is soms door zorgverleners, soms door ouderen ervoor gekozen de zorg en ondersteuning af te schalen of zelfs tijdelijk te stoppen. Dit geldt ook voor thuiswonende ouderen met dementie. Er zijn waar mogelijk andere vormen van zorg en ondersteuning geboden, maar deze alternatieven waren niet altijd naar tevredenheid. Ouderen hadden het gevoel dat zij tijdens de versoepelingen minder makkelijk het «normale» leven weer konden oppakken dan jongeren en minder kwetsbaren.

De beschikbare cijfers en interviews laten zien dat een ruime meerderheid van de ouderen tijdens de eerste golf op een veilige manier sociale contacten kon onderhouden. De meeste ouderen ervoeren digitale of telefonische contacten als positief, al werd digitaal en telefonisch contact door één op de vijf ouderen als volwaardige vervanging van fysiek contact beschouwd. Sommige ouderen gaven aan drempels te ervaren contact op afstand te onderhouden of zijn digitaal niet vaardig (genoeg). Eenzaamheid onder ouderen is iets toegenomen ten opzichte van de situatie van vóór de COVID-19-epidemie. Sociaal contact (digitaal of op afstand) is slechts een van de vele factoren die invloed heeft op het ontstaan van gevoelens van eenzaamheid. Het is onduidelijk of thuiswonende ouderen meer last hebben van de maatregelen dan andere leeftijdsgroepen.

Het is van belang om bij de inschatting van de gevolgen van de COVID-19-epidemie voor thuiswonende ouderen en bij het volgen van de ambities, oog te blijven houden voor de grote diversiteit in deze bevolkingsgroep; voor de ene subgroep is de invloed van de maatregelen groter dan voor

⁶² Kamerstuk 25 295, nr. 656.

⁶³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

de andere subgroep. In de volgende factsheet schenkt RIVM waar mogelijk aandacht aan deze diversiteit.

Sociaal steunpakket

Op 12 februari jl. heeft het kabinet een steunpakket gepresenteerd dat zich richt op het sociaal en mentaal welzijn van mensen en een gezonde leefstijl.⁶⁴ Hiervoor is 200 miljoen euro door het kabinet beschikbaar gesteld. De maatregelen zijn deels gericht op kwetsbare groepen, waaronder thuiswonende ouderen, jongeren, mensen met psychische problematiek, dak- en thuisloze mensen en met een (verstandelijke) beperking. Het pakket bevat ook maatregelen om de leefstijl van alle Nederlanders positief te stimuleren. Het Ministerie van VWS is in gesprek met betrokken partijen om de maatregelen verder uit te werken en zal de uitkomsten van de factsheet van het RIVM zal hier ook bij worden betrokken.

Zoals op 12 februari jongstleden gemeld aan uw Kamer⁶⁵ hebben jeugdigen behoefte aan laagdrempelige ondersteuning voor mentaal welzijn. Daarom zetten we samen met jongeren, gemeenten en verschillende partijen in op het organiseren van lokale en landelijke activiteiten om mentale weerbaarheid van jongeren te versterken. De Staatssecretaris van VWS informeert uw Kamer uiterlijk eind maart over het flankerend beleid t.a.v. de welzijn jeugd. Het initiatief Niet Alleen heeft een voorstel bij ons ingediend dat we financieel deels gaan ondersteunen. Hiermee doe ik de toezegging aan het lid Van der Staij uit het debat van 4 februari 2021 af.

Andere onderwerpen

Communicatie

In de stand van zakenbrief COVID-19 van 2 februari jl., heb ik uw Kamer uitgebreid geïnformeerd over de inrichting van de communicatie rondom het coronabeleid en alle actuele communicatieactiviteiten. Deze inzet zetten wij onverminderd voort. Daarnaast is een aantal nieuwe ontwikkelingen te melden.

Vaccinatie

De communicatie over de vaccins, vaccinaties en aanpak is geïntensiveerd en uitgebreid. Via verschillende kanalen zetten we in op het verhogen van de vaccinatiebereidheid. Daarnaast werken we aan het vertrouwen in- en draagvlak voor de vaccinatiestrategie. Dit doen we zoveel mogelijk in afstemming met partners, koepelorganisaties en (gedrags)experts.

Publiekscampagne

De publiekscampagne richt zich op het informeren van het publiek over de vaccinaties en over de plekken waar ze terecht kunnen met vragen. We roepen hen op om zich goed te informeren via [coronavaccinatie.nl](https://www.coronavaccinatie.nl) of via het informatienummer 0800 1351. Dit doen we op televisie en radio, online en in dagbladadvertenties. In filmpjes leggen experts onder andere uit hoe vaccins werken en waarom vaccinatie belangrijk is. Ook op de overheidskanalen op sociale media delen we veel relevante informatie over de vaccins en de aanpak. Daarnaast laten we steeds meer zien hoe een en ander achter de schermen is georganiseerd. Bijvoorbeeld via

⁶⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 988.

⁶⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 988.

video's van een priklocatie of de logistieke operatie van het vaccineren op de Waddeneilanden.

Moeilijk te bereiken doelgroepen

De doelgroepen die doorgaans moeilijker via traditionele media te bereiken zijn, informeren we met behulp van gerichte communicatiemiddelen zoals het beschikbaar maken van belangrijke informatie in verschillende talen en visuele middelen zoals een praatplaat, infographics en binnenkort ook animaties. Op dit gebied wordt samengewerkt met Pharos, Stichting Lezen en Schrijven en andere partijen die goed bekend zijn met deze doelgroepen. Zij ontwikkelen zelf ook middelen en verspreiden deze binnen hun netwerk. Ook is er bijvoorbeeld recent een webinar georganiseerd voor mensen met een islamitische achtergrond en zijn er gesprekken met jongeren en jongerenwerkers over welke informatie voor hen op dit moment relevant is. Op andere vlakken stemmen we onze communicatie af met koepelorganisaties uit de zorg, GGD en RIVM, zodat we een eenduidige boodschap communiceren en we via zoveel mogelijk kanalen mensen kunnen informeren of verwijzen naar plaatsen waar de informatie te vinden is.

#IkStroopMijnMouwOp

In de landelijke #IkStroopMijnMouwOp-campagne laten bekende en onbekende Nederlanders zien dat zij zich laten vaccineren tegen corona. Erica Terpstra, Foppe de Haan, Noraly Beyer, Bennie Jolink, Eugène Herlaar en tv-dokter Ted van Essen zetten zich in als ambassadeur om mensen te motiveren om zich te laten vaccineren tegen corona. Iedereen die wil laten zien dat hij of zij zich wil laten vaccineren, kan met de postergenerator een eigen poster maken om te delen op sociale media. De postercampagne wordt samen met alle andere communicatiemiddelen ter beschikking gesteld via een online toolkit.

Betrouwbare informatie

Een belangrijk onderdeel in de communicatie betreft het ontkrachten van desinformatie. Daarbij is het belangrijk om mensen bijvoorbeeld op social mediakanalen regelmatig te verwijzen naar de juiste informatie en betrouwbare bronnen. Op coronavaccinatie.nl bespreken we de actuele vaccinatievragen en kwesties die spelen op (social) mediakanalen, daarbij leiden we de lezer naar de betrouwbare informatiebronnen. De pagina's worden continu uitgebreid met nieuwe content over actuele thema's. Ook wordt opgeroepen om desinformatie op het gebied van vaccinatie, zoals documenten of links, met ons te delen. We bundelen deze informatie en gebruiken deze om (eventueel gezamenlijk) content over deze onderwerpen te ontwikkelen.

Quarantaine en testen

De online campagne «Coronaconflict» voor jongeren is live. Via social media-uitingen en de website coronaconflict.nl richten we ons op het erkennen van twijfelachtige gevoelens en moeilijke beslissingen wanneer een jongere in quarantaine moet. Op de website bieden we handelingsperspectief om door de quarantaineperiode heen te komen.

Ook de campagne «Nog ff volhouden» is online. Hiermee werken we samen met de koepelorganisatie BV jong en jongerenwerkers en richten we ons op moeilijke bereikbare jongeren. Informatie over deze campagne staat op bvjong.nl/nogffvolhouden. De clip die is ontwikkeld voor de campagne is hier te vinden.

Daarnaast heeft Soufiane Touzani toegezegd als sportambassadeur mee te werken aan de campagne die we ontwikkelen met TeamNL/NOC*NSF.

Om de Quarantaine Reischeck onder de aandacht te brengen van reizigers worden social media advertenties ingezet bij internationale vliegvelden en ferry terminals.

Om de test- en quarantainebereidheid te verhogen bereiden we een massamediale tv- radio- en online campagne voor.

Persoonlijke beschermingsmiddelen

Graag maak ik van de gelegenheid gebruik om kort terug te komen op de toezegging van de Minister voor MZS om uw Kamer te informeren over de uitkomst van haar gesprekken met de vakbonden, koepels en beroepsverenigingen om te komen tot eenduidige uitgangspunten voor het gebruik van mondneusmaskers en met name de praktische doorvertaling op de werkvloer. In het laatste gesprek op 10 februari hebben V&VN, FMS, NVAVG en Verenso aangegeven dat zij constructief overleg hebben gehad. Met als conclusie dat het OMT-advies ruimte biedt om een professionele afweging te maken en FFP2-maskers te gebruiken als de situatie erom vraagt. Binnen de lokale situatie moet daarover het gesprek worden gevoerd: wat is passend binnen de lokale context /arbeidsomstandigheden. FMS roept met een brief haar achterban op dat gesprek op de werkvloer te voeren. Vanuit de NVZ is aan alle ziekenhuizen gecommuniceerd dat de leidraad ruim moet worden geïnterpreteerd en is opgeroepen daarover het gesprek met de VAR te voeren; de NFU heeft zich op hetzelfde standpunt gesteld. Ook vanuit Actiz is een brief gestuurd aan haar leden waarin gewezen wordt op de ruimte om FFP2-maskers te gebruiken.

Ik wil in dit kader nogmaals expliciet benoemen dat de beschikbaarheid en de kosten van FFP2-maskers voor werkgevers geen belemmering kunnen zijn. 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. Daarnaast zijn er meerkostenregelingen COVID-19 waar werkgevers een beroep op kunnen doen.

Arbeidsmarkt

Nieuwe sturingsinformatie Extra Handen voor de Zorg

Vanaf deze voortgangsrapportage presenteren wij een nieuwe set cijfers die de voortgang van Extra Handen voor de Zorg weergeven. Deze informatie is gedetailleerder als gevolg van een verbeterd IT-systeem.

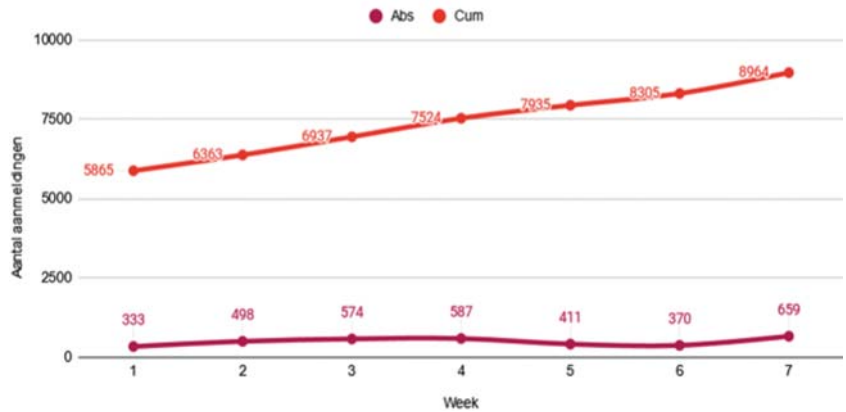
Aantal aanmeldingen

In de afgelopen twee weken zijn er ca. 700 aanmeldingen bijgekomen. Voor een belangrijk deel zijn dit mensen die de training bij de Nationale Zorgklas hebben doorlopen. In totaal staat de teller op 8231 aanmeldingen (stand 19-02-2021). Dit is iets lager dan opgenomen in de vorige brief (ca. 8500). Dat komt omdat nu ook de mensen die zich uitschrijven kunnen worden meegenomen.

Figuur 9. Nieuwe aanmeldingen Extra Handen voor de Zorg

Nieuwe Aanmeldingen

Absoluut en cumulatief

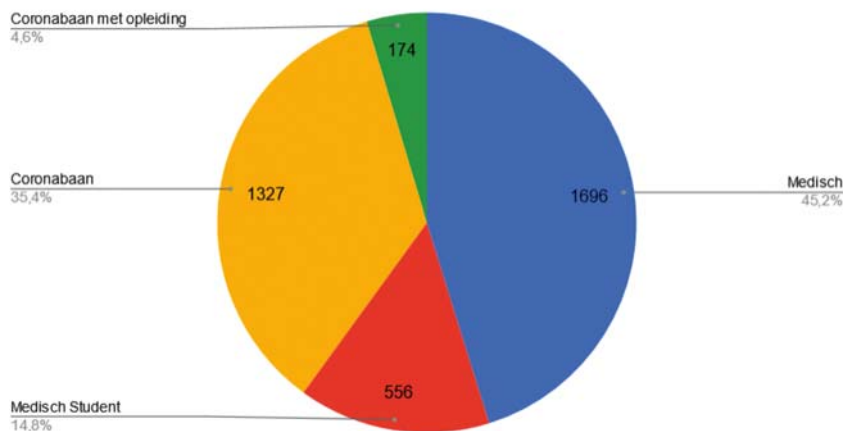


Inzetbaarheid

Nieuw inzicht is het aantal inzetbare mensen. Dit geeft een beeld van het potentieel van mensen dat aangeeft beschikbaar te zijn om ingezet te worden en nu nog niet is voorgesteld aan of geaccepteerd door een zorgorganisatie. Bij de categorie coronabanan wordt daarnaast ook het criterium «minimaal 20 uur per week beschikbaar» gehanteerd, overeenkomstig de eis in de subsidieregeling.

Figuur 10. Inzetbare mensen in de zorg

Inzetbare mensen



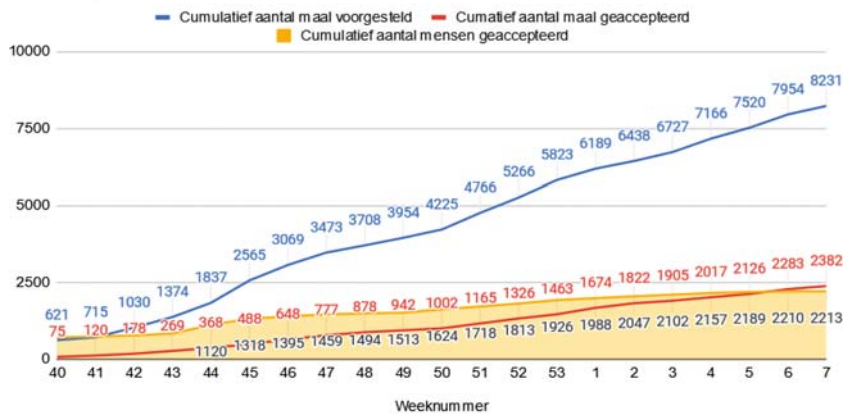
Matching

Onderstaande figuur geeft weer hoeveel mensen zijn voorgesteld en hoeveel daarvan zijn geaccepteerd door de zorgorganisatie. In totaal is er 8231 keer iemand voorgesteld aan organisaties. 2382 maal zijn er mensen geaccepteerd, waarvan 2213 unieke personen. Naast de drie door de Commissie Werken in de Zorg genoemde fricties (mismatch in beschikbaarheid in tijd, plaats en diploma's) speelt mogelijk ook mee dat organisaties bij dalende besmettingscijfers en onzekerheid over een eventuele derde golf, even pas op de plaats maken. Dit zien we ook terug in het aantal mensen dat is voorgesteld maar nog wacht op een reactie vanuit de zorginstelling.

Figuur 11. Voorgestelde en geaccepteerde mensen door zorgorganisaties

Voorgesteld en Geaccepteerd

Cumulatief per week

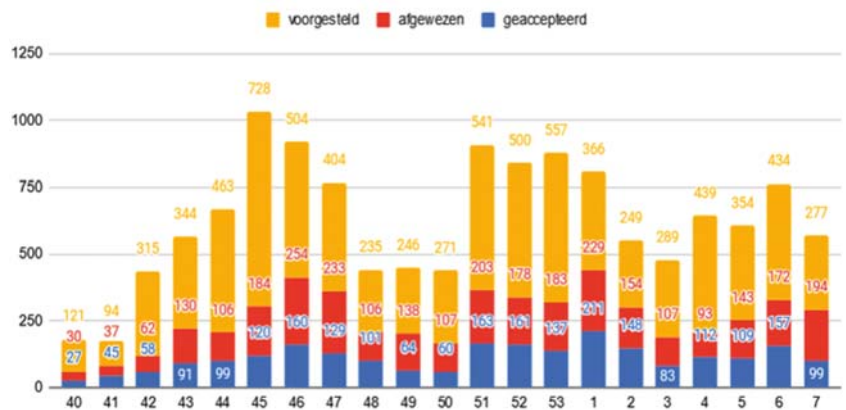


Het aantal keren dat mensen zijn voorgesteld verschilt per week en is afhankelijk van het aantal aanvragen dat binnenkomt bij Extra Handen voor de Zorg. Eind januari nam het aantal mensen die worden voorgesteld sterk toe, vanwege een aantal grote aanvragen voor mensen die op een coronabaan aan de slag kunnen.

Figuur 12. Matchingsaantallen per week vanaf Q3 2020

Matchingsaantallen per week vanaf Q3 2020

Absolute aantallen



De nieuwe rapportagestructuur biedt nu ook inzicht in het aantal matches per branche. Vanuit de VVT komen de meeste aanvragen binnen, maar ook organisaties uit andere branches maken gebruik van Extra Handen voor de Zorg.

Subsidiereregeling coronabanen in de zorg

De Subsidiereregeling Coronabanen in de Zorg (COZO) is op 19 februari jl. gepubliceerd. Vanaf 1 maart 2021 is het voor zorgorganisaties mogelijk om subsidie aan te vragen voor coronabanen in de zorg. Vanaf 1 maart 9:00 uur tot en met 31 maart 2021 17:00 uur kunnen zorgaanbieders de subsidie aanvragen. Voor werknemers die een opleiding volgen van zes maanden op mbo-niveau 3, wordt de subsidieperiode verlengd tot 1 september 2021. Via het platform de Nationale Zorgklas, waarbij diverse mbo's en private aanbieders zijn aangesloten, kunnen zorgaanbieders werknemers kosteloos deelcertificaten laten behalen.

Er lijkt grote interesse in deze subsidieregeling. Tot en met 19 februari 2021 is er belangstelling getoond vanuit de sector voor 2208 coronabanen vanuit 119 zorgorganisaties.

Oproepen voor Extra Handen voor de Zorg via JenV

Op mijn verzoek heeft het Ministerie van Justitie en Veiligheid meege-dacht over hoe zorginstellingen die kampen met personeelstekorten, geholpen kunnen worden.

De Minister van JenV onderhoudt in zijn rol van Minister van eredienst contact met kerkgenootschappen en religieuze stromingen. Ik verwacht dat bij de achterban van deze organisaties nog oud-zorgpersoneel te vinden is dat wil bijspringen in de zorg. De Minister van JenV heeft een oproep gedaan aan organisaties om hun achterban te attenderen op Extra Handen voor de Zorg. Deze oproep is op 3 februari 2021 gedaan bij de volgende organisaties:

- Interkerkelijk Contact in Overheidszaken;
- Contactorgaan Moslims en Overheid (CMO);
- Centraal Joods Overleg (CJO);
- Hindoeraad Nederland;
- Boeddhistische Unie Nederland (BUN).

Oproep voor Extra Handen voor de Zorg onder medisch studenten, studenten verpleegkunde en studenten verzorgende.

Op 18 februari jl. is een social media campagne van start gegaan vanuit Extra Handen voor de Zorg. Deze campagne is specifiek gericht op medische studenten (hbo en wo) en studenten in opleiding tot verpleegkundige en verzorgende (mbo en hbo). Ook is een communicatiepakket ontwikkeld dat onderwijsinstellingen verspreiden onder studenten. Deze campagne komt voort uit het initiatief «COVID-19 vrijwilligers» van het UMCG. De medisch studenten en studenten verpleegkunde worden hierin opgeroepen om – als hun stage is stopgezet – zich te melden om bij te springen in de zorg. Ze verrichten taken behorende bij hun leerjaar. Het koppelen van studenten aan zorgorganisaties gebeurt door Extra Handen voor de Zorg. Deze aanpak wordt door Extra Handen voor de Zorg landelijk uitgerold. Dit biedt kansen voor een maatschappelijk relevante bijbaan tijdens de studie, maar ook een mooi alternatief voor studenten van wie hun stage onverhoopt is stopgezet. Het verschilt per opleidingsinstantie in hoeverre deze werkzaamheden kunnen leiden tot studiepunten/vrijstellingen en derhalve tot verkorting van de opleidingsduur. Volledigheidshalve merk ik op dat we ernaar streven om zoveel mogelijk stages door te laten gaan.

Het VOG portaal van Extra Handen voor de Zorg is live

Extra Handen voor de Zorg maakt het voor zowel de werknemer als werkgever zo makkelijk mogelijk om extra handen in te zetten. Zo verzorgt Extra Handen voor de Zorg het aanvragen van een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) voor mensen die zijn voorgesteld én geaccepteerd bij een zorginstelling.

Verantwoording subsidies bonusregeling van € 125.000 en hoger

De Subsidieregeling bonus zorgprofessionals COVID-19 (hierna: bonusregeling) bood zorgaanbieders in de periode van 1 oktober 2020 tot en met 10 november 2020 de mogelijkheid subsidie aan te vragen voor het uitkeren van een bonus van netto € 1.000 aan zorgprofessionals die naar het oordeel van de zorgaanbieder een uitzonderlijke prestatie hebben geleverd in de strijd tegen COVID-19 in de periode maart–september 2020.

Subsidie die op basis van de bonusregeling door de zorgaanbieder is ontvangen, dient achteraf door de zorgaanbieder te worden verantwoord. De zorgaanbieder doet dit door binnen 22 weken na afloop van het kalenderjaar waarin de bonus is uitgekeerd aan de zorgprofessionals, een verantwoording in te dienen bij de uitvoeringsinstantie DUS-I. Aan de hand van de verantwoording kan worden gecontroleerd of de zorgaanbieder heeft voldaan aan de voorwaarden en verplichtingen van de ontvangen subsidie. De wijze van verantwoording is conform het Uniform Subsidie Kader vormgegeven en daardoor afhankelijk van de hoogte van het subsidiebedrag dat aan de zorgaanbieder is toegekend.

- Bij subsidies verleend tot € 25.000 vindt controle plaats door middel van steekproeven.
- Bij subsidies verleend van € 25.000 tot € 125.000 vindt controle plaats aan de hand van een verklaring inzake werkelijke kosten. Controle vindt daarnaast tevens plaats door middel van steekproeven.
- Bij subsidies verleend vanaf € 125.000 vindt controle vindt plaats via de jaarrekening met een verslag van de accountant, conform het door VWS hiervoor opgestelde protocol.

Protocol subsidies vanaf € 125.000

Het streven was om het protocol in januari 2021 te publiceren op de website van de rijksoverheid. Het protocol is echter nog niet gereed. Op dit moment wordt nog gewerkt aan de afronding van het protocol en bijbehorende documenten. Het is bij het opstellen van het protocol belangrijk om de balans te vinden tussen een beperkte regeldruk voor zorgaanbieders enerzijds en voldoende informatie anderzijds, opdat kan worden nagegaan of de subsidie daadwerkelijk terecht is gekomen bij de zorgprofessionals waarvoor de subsidie is bedoeld. Voor deze afweging is meer tijd nodig dan in eerste instantie voorzien. Het is de verwachting dat het protocol in maart alsnog kan worden gepubliceerd.

Zorgaanbieders hoeven in de tussentijd niet te wachten met het betalen van de bonus aan hun medewerkers. *Hoe* de verantwoording plaatsvindt, is namelijk niet van invloed op de toekenning van de subsidie, maar alleen op de wijze waarop achteraf inzichtelijk moet worden gemaakt dat aan de criteria van de regeling is voldaan.

Wat zorgaanbieders moeten verantwoorden staat in de bonusregeling en is sinds de publicatie van de bonusregeling in september 2020 terug te lezen. Vanuit zorgaanbieders wordt aangegeven dat de criteria helder zijn, op één punt na, namelijk dat de «uitzonderlijke prestatie» ruim is gedefinieerd. Deze definitie werd gekozen om zorgaanbieders ruimte te bieden zelf te bepalen wie in aanmerking komt voor een bonus. Alleen de zorgaanbieder kan dit beoordelen. Het protocol dat nu wordt voorbereid, gaat dan ook niet in op dit criterium.

Om vooruitlopend op de publicatie van het protocol extra duidelijkheid te bieden aan zorgaanbieders zijn op de websites van de rijksoverheid en van DUS-I in een nieuwsbericht de voorwaarden en verplichtingen uitgelicht die rechtstreeks voortvloeien uit de bonusregeling.

Herregistratie artikel 3-Wet BIG-beroepsbeoefenaren

Sinds 17 maart 2020 is de herregistratieverplichting voor alle artikel 3-beroepsbeoefenaren tot nader order opgeschort. Reden daarvoor is om onze zorgverleners in deze tijd niet te belasten met uitstelbare administratieve taken. Op enig moment, wanneer COVID-19 dat toelaat, zal de herregistratie weer worden opgestart, ook met het oog op de borging van de kwaliteit van zorg. Om dat op termijn mogelijk te maken, is alvast een

wijziging van het Besluit periodieke registratie Wet BIG voorbereid. Deze wijziging, vervat in een algemene maatregel van bestuur, zal naar verwachting in de loop van maart 2021 in het Staatsblad worden gepubliceerd. Relevant hierbij is dat dit nog niet betekent dat de herregistratieverplichting dan ook daadwerkelijk weer ingaat. De algemene maatregel van bestuur regelt namelijk alleen de kaders hoe de opstart van de herregistratieverplichting vorm gegeven zal worden, maar de feitelijke inwerkingtredingsdatum zal bij separaat koninklijk besluit worden geregeld. Uw Kamer wordt geïnformeerd op het moment dat de herregistratieverplichting weer zal gaan gelden.

Caribisch Nederland

De laatste gegevens van 21 februari 2021 van het Caribisch deel van het Koninkrijk laten het volgende besmettingsbeeld zien:

Tabel 4. Besmettingsbeeld Caribisch deel van het Koninkrijk

	Bonaire	Sint Eustatius	Saba	Curaçao	Aruba	Sint Maarten
Aantal actieve COVID-19- patiënten (cumulatief)	29 (402)	0 (20)	0 (6)	59 (4.687)	280 (7.461)	51 (2.033)
Aantal actuele ziekenhuisopnamen (op de IC)	0 (0)	0	0	2 (1)	17 (5)	1 (0)
Aantal patiënten overleden	4	0	0	22	71	27

Het aantal besmettingen en ziekenhuisopnames op Aruba kennen een lichte daling, maar het aantal besmettingen blijft zorgwekkend hoog. Naast de in totaal 10 geconstateerde gevallen van de Britse COVID-variant is ook de California West Coast variant aangetroffen op Aruba. Er zijn nog geen nieuwe maatregelen afgekondigd, de huidige maatregelen blijven tot nader order gelden. Ook op Curaçao en de Franse zijde van Sint Maarten zijn inmiddels de Britse COVID-variant aangetroffen. Het aantal besmettingen blijft daar tot op heden stabiel. Op Bonaire is het aantal actieve besmettingen in de afgelopen tien dagen gestegen van 3 naar 29. De autoriteiten, Dienst Publieke Gezondheid en het RIVM monitoren de situatie nauwlettend. Op Saba en Sint Eustatius zijn op dit moment geen actieve casussen.

Ook in het Caribisch deel van het Koninkrijk is een start gemaakt met vaccineren. De CAS-landen en Bonaire vaccineren eerst 60-plussers en zorgpersoneel, op Saba en Sint Eustatius worden alle vaccinatie-doelgroepen in één keer gevaccineerd. Het is de inzet dat alle volwassenen van alle (ei)landen gevaccineerd zijn voor het begin van het orkaanseizoen.

Fieldlabs evenementenindustrie

Inmiddels hebben drie praktijktesten in het kader van de Fieldlabs evenementen industrie plaatsgevonden. Op 15 februari was er een zakelijk congres voor 500 personen in het Beatrix Theater in Utrecht en op 20 februari een cabaret voorstelling op dezelfde locatie. Op 21 februari is er voor 1500 toeschouwers een voetbalwedstrijd georganiseerd in Nijmegen. Later deze maand staat nog een voetbalwedstrijd gepland.

Tijdens de eerste twee weekenden van maart vinden nog een viertal praktijktesten plaats. Dit zijn praktijktesten waarbij de deelnemers niet geplaatst zijn en actief bewegen. Het gaat om een concert/dance event voor 1300 bezoekers en twee festivals voor 1500 bezoekers.

Bij alle praktijktesten staat het onderzoek naar het gedrag van bezoekers centraal. Het doel is om te onderzoeken in een verantwoorde (wetenschappelijk getoetste) setting of en hoe de basismaatregelen, zoals de 1,5 meter afstand, losgelaten kunnen worden. De lessen uit de praktijktesten leren ons hoe we weer veilig en verantwoord ruimte kunnen bieden aan grotere groepen in bijvoorbeeld bioscopen, theaters en bij voetbalwedstrijden. De onderzoeksresultaten worden betrokken bij de periodieke herijking van de Routekaart. Samen met het testen voor toegang en het garantieregeling voor evenementen bieden de praktijktesten perspectief voor de evenementensector.

Sport

Het kabinet erkent de waarde van sporten en bewegen. Sporten draagt niet alleen bij aan een gezonde leefstijl, maar ook de sociale kracht van sport is onmiskenbaar. Hoewel het nog steeds mogelijk is om op een beperkte manier buiten te sporten, ziet het kabinet dat mensen minder sporten dan normaal vanwege de maatregelen die gelden. Ook lijdt de sociale waarde van sport onder de maatregelen, omdat veel mensen de wedstrijdspanning met hun team of het napraten na de fitness-les missen. Zodra de gezondheidssituatie het toelaat wil het kabinet de mogelijkheden om te sporten verruimen. Mijn collega de Minister van MZS heeft veelvuldig overleg met vertegenwoordigers van de sportsector over een verantwoorde en praktisch haalbare route voor zulke verruimingen. Daarmee beschouwen wij hiermee de motie van het lid Marijnissen die het kabinet hiertoe oproept als afgedaan.

Het kabinet wil jong volwassenen binnen de beperkte mogelijkheden meer ruimte te geven. Daarom wordt de leeftijdsgrens om buiten in georganiseerd verband te sporten opgehoogd van 17 tot 27 jaar. Het kabinet vraagt de sportsector en gemeenten bij het faciliteren en organiseren van sportactiviteiten om zoveel mogelijk jong volwassenen de kans te geven om mee te doen, dus ook voor de niet-leden van een vereniging.

Voor sportverenigingen die tussen 1 oktober en 31 december 2020 financiële schade hebben geleden als gevolg van de coronacrisis, is afgelopen vrijdag een nieuwe aanvraagronde gestart voor de TASO-regeling. Verenigingen kunnen een tegemoetkoming aanvragen tussen de € 1.500 en € 12.500. Ik roep verenigingen bij dezen graag op om, als zij steun nodig hebben om gezond uit de coronacrisis te komen, van deze regeling gebruik te maken. Over de steunmaatregelen voor de schade in de huidige periode en de maatschappelijke- gezondheids- en sociale waarde van bewegen informeer ik uw Kamer binnenkort.

Schimmels

Resistente schimmels en azolen

De PvdD heeft in het debat van 4 februari jl. de Minister van MZS verzocht om de aangenomen motie van het lid Ouwehand⁶⁶ uit 2014, die het kabinet verzoekt om vijf azolen van de markt te halen, uit te voeren. De aanleiding daarvoor is gelegen in het feit dat COVID-19-patiënten op de IC die besmet zijn met een schimmelinfectie een grote kans hebben om te overlijden. Ik heb toegezegd om mijn collega's van MZS en LNV te vragen u hierover te informeren.

Alvorens hierop in te gaan wil ik graag een mogelijk misverstand ophelderen. Uit voorlopige analyses blijken Aspergillus infecties voor te komen bij 10 tot 20% van de COVID-19-patiënten op de IC, en blijkt dat

⁶⁶ Kamerstuk 27 858, nr. 222.

patiënten mét Aspergillus meer kans hebben om te overlijden dan COVID-19-patiënten zonder Aspergillus (51% vs. 33%). Echter, waarschijnlijk is slechts een klein deel van deze patiënten besmet met een resistente Aspergillus. Ook niet-resistente Aspergillus is voor patiënten met een verzwakt immuunsysteem, ernstige griep, of met bestaande longafwijkingen een groot probleem.

Reactie op aangenomen motie Ouwehand

Op 2 februari heeft de Minister voor MZS, mede namens de Minister van LNV, een brief gestuurd over de stand van zaken rondom resistente schimmels⁶⁷. Daarin zijn zij ook ingegaan op de manier waarop uitvoering gegeven wordt aan de aangenomen motie Ouwehand uit 2014. De motie van het lid Ouwehand verzoekt het kabinet duidelijk te maken op welke termijn en wijze tebuconazool, epoxiconazool, difenoconazool, bromuconazool en propiconazool van de markt gehaald zullen worden.

Inmiddels is de goedkeuring van de werkzame stoffen propiconazool en epoxiconazool vervallen. De werkzame stof bromuconazool heeft een goedkeuring tot en met 31 januari 2024. Conform de verordening worden werkzame stoffen in gewasbeschermingsmiddelen periodiek opnieuw beoordeeld. Het is de verwachting dat in de tweede helft van dit jaar besluitvorming zal voorliggen over de werkzame stoffen tebuconazool en difenoconazool. Op grond van de Gewasbeschermingsverordening (EG 1107/2009) worden werkzame stoffen en gewasbeschermingsmiddelen alleen goedgekeurd respectievelijk toegelaten als uit een wetenschappelijke beoordeling blijkt dat deze veilig voor mens, dier en milieu kunnen worden toegepast. Nederland zal bij de herbeoordeling van tebuconazool, difenoconazool en bromuconazool, zoals altijd bij de goedkeuring van werkzame stoffen in gewasbeschermingsmiddelen, zich baseren op de wetenschappelijke lijn en het advies van het College voor de toelating van gewasbeschermingsmiddelen en biociden (Ctgb) en EFSA.

Testen van chronische effecten

In reactie op de aangehouden motie van het lid Van Esch⁶⁸ kan ik u mededelen dat het kabinet in reactie op de motie van het lid Dik Faber van december 2019 over risico's op neurologische aandoeningen⁶⁹ schriftelijk al bij de Europese Commissie heeft aangedrongen op het standaard toetsen op neurotoxiciteit⁷⁰. Verder worden als onderdeel van de EU-goedkeuringsprocedures werkzame stoffen al getest en beoordeeld op hormoonontregelende eigenschappen.

Intravacc

In reactie op de motie van de leden Van Gerven en Hijink⁷¹ waarin wordt verzocht om niet over te gaan tot privatisering van Intravacc informeer ik bij dezen uw Kamer dat het verkoopproces sinds voorjaar 2020 on-hold staat. Omdat positionering als onderdeel van het Ministerie van VWS niet houdbaar is voor een bedrijf als Intravacc, is na een verkenning samen met het Ministerie van Financiën Intravacc per 1 januari 2021 een beleidsdeelneming⁷². Dit geeft Intravacc de mogelijkheid om haar activiteiten met betrekking tot de ontwikkeling van vaccins verder te

⁶⁷ Kamerstuk 27 858, nr. 529.

⁶⁸ Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 152.

⁶⁹ Kamerstuk 27 858, nr. 502.

⁷⁰ Kamerstuk 27 858, nr. 508.

⁷¹ Kamerstuk 31 016, nr. 306.

⁷² Kamerstuk 34 951, nr. 6.

kunnen professionaliseren en eenvoudiger samen te werken met private partijen. Besluitvorming over de toekomst van Intravacc zal plaatsvinden door het volgende kabinet, waarbij de intentie blijft om Intravacc op afstand te plaatsen met borging van de publieke belangen.

Wob besluiten

Op dit moment zijn er bij mijn ministerie 150 Wob-verzoeken in behandeling over COVID-19, en in het kader hiervan zijn 1,6 mln. documenten verzameld. Doordat er nog steeds nieuwe documenten worden aangeemaakt en er ook oude documenten worden gearchiveerd, neemt de hoeveelheid documenten nog toe.

De besluiten tot openbaarmaking van de documenten uit de categorieën «medische hulpmiddelen» en «scenario's en maatregelen» uit februari 2020 zijn genomen. De documenten uit deze periode zullen openbaar worden gemaakt zodra de termijn is verlopen waarbinnen derden belanghebbenden de mogelijkheid hebben om openbaarmaking te voorkomen. De documenten zullen worden gepubliceerd op de nieuwe website waar alle Wob-besluiten over COVID-19 zullen worden gepubliceerd: [WOBcovid19.Rijksoverheid.nl](https://www.wobcovid19.rijksoverheid.nl).

Op de overige categorieën uit de maand februari 2020 zal zo snel mogelijk een besluit volgen. Hierna volgen de documenten over de maand maart 2020. Zoals ik eerder aan uw Kamer heb gemeld, zijn er voor deze maand 60.000 documenten gevonden binnen mijn ministerie die klaar staan voor een beoordeling. Deze documenten zijn verdeeld over verschillende categorieën en de documenten zullen openbaar gemaakt worden zodra de volledige categorie beoordeeld is. Hierbij zal erop worden ingezet dat de categorieën waarvoor het vaakst om informatie is verzocht, met voorrang openbaar worden gemaakt. Op dit moment is de verwachting dat de openbaarmaking van deze documenten in de komende maanden zal plaatsvinden.

Op mijn ministerie wordt erop ingezet om zoveel mogelijk documenten zo spoedig mogelijk openbaar te maken. Zoals ik uw Kamer eerder heb gemeld, is het beoordelingsproces op dit moment zo ingericht dat de bijdrage van de beleidsmedewerkers in verhouding tot de normale werkwijze zeer beperkt is. Aangezien de bestrijding van de coronacrisis op dit moment de volle aandacht en tijd van deze medewerkers vraagt, is het daarom niet uitgesloten dat – ondanks alle inspanningen – de beoordeling van de documenten onverhoopt meer tijd kost dan verwacht.

Catshuisstukken

In mijn de brief van 9 december jl. (Kamerstuk 25 295, nr. 771) 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 ook de stukken die besproken zijn in het Catshuis dd. 21 februari 2021 raadpleegbaar

Slot

We gaan een spannende fase in waarin we, ondanks de onzekere epidemiologische situatie, mensen meer ruimte bieden. Bij deze ruimte

hoort een grote verantwoordelijkheid om ons aan de maatregelen te houden. Het gedrag van ons allemaal is daarbij cruciaal. We hebben daarmee invloed op de stappen die hierna worden genomen.

De Minister van
H.M. de Jonge