

Vergaderjaar 2020–2021

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 1063

Ontvangen ter Griffie op 23 maart 2021.

De vastgestelde ministeriële regeling kan niet eerder inwerking treden dan op 31 maart 2021.

De vastgestelde ministeriële regeling vervalt van rechtswege indien de Kamer, op voorstel van vijftig leden uiterlijk 30 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 maart 2021

De strategie van het kabinet om verspreiding van de Britse variant te vertragen en het aantal besmettingen te verlagen, heeft de afgelopen tijd gewerkt, maar heeft de derde golf niet voorkomen. Inmiddels is de Britse variant, die voor veel meer besmettingen en ziekte zorgt, in Nederland de dominante variant geworden. Met een reproductiegetal dat ligt op 1.11, en met een gemiddeld aantal besmettingen van rond de 7.000 positieve testen per dag, zitten we in de derde golf. De druk op de zorg is met circa 620 COVID-19 patiënten op de IC onverminderd hoog. Het aantal ziekenhuisopnames loopt al weken gestaag op. Dit zorgt ervoor dat de vooruitzichten op korte termijn onzeker en zorgelijk zijn.

De prognose is dat we met het handhaven van het huidige maatregelenpakket en de oplopende vaccinatiegraad niet kunnen voorkomen dat we circa medio april een piek in het aantal besmettingen bereiken. Daarbij kan ook sprake zijn van een forse toename in het bezette aantal IC- en klinische bedden.

Het beeld is helder, we moeten een pas op de plaats maken. Ook in de ons omringende landen wordt een toename van het aantal besmettingen gezien. In een aantal Europese landen worden de maatregelen zelfs weer verzaamd. In Nederland is een verdere aanscherping van de maatregelen op dit moment gelukkig niet aan de orde. Maar het kabinet realiseert zich dat het ook al een domper is, dat de maatregelen op dit moment nog niet kunnen worden versoepeld. We hebben het voor een deel zelf in de hand, als we ons meteen laten testen bij klachten en thuis blijven, zal het virus zich veel minder verspreiden. Als we dat doen komen kleine versoepelingen het snelst in beeld. Zover zijn we nu nog niet.

Desondanks is er ook hoop. In mei zijn we over de derde golf heen en zijn de meest kwetsbaren beschermd. Op dat moment zijn 60 plussers en mensen, die een hoger risico lopen in het ziekenhuis of op de IC te belanden, namelijk gevaccineerd. In de maand daarna wordt het tempo

verder opgevoerd en wordt de rest van de bevolking gevaccineerd. Zodra er meer zekerheid is over het verloop van de derde golf en als deze meevalt, dan zal het kabinet snel overgaan tot het versoepelen van de maatregelen.

Tot die tijd zijn maatregelen en intensief testen noodzakelijk om zoveel mogelijk grip op het virus te houden, totdat vaccinaties echt het verschil gaan maken en ons uit de crisis helpen.

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

Aanbieding regelingen

- Regeling van 23 maart 2021 houdende wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19 in verband met verlenging van het maatregelenpakket en de Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19 Bonaire in verband met verzwaarde maatregelen gelet op het sterk oplopende aantal infecties en enkele andere wijzigingen¹

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

- Regeling van 23 maart 2021, tot wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19 in verband met een verlenging van de maatregelen in het onderwijs en voor de buitenschoolse opvang²

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 28 maart 2021. Instellingen voor beroepsonderwijs en hoger onderwijs en de buitenschoolse opvang zouden in dat geval van maandag 29 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.

Toepassing artikel 58s Wpg

Met deze voortgangsrapportage voldoe ik aan de maandelijkse rapportageplicht van artikel 58s Wpg. Zoals hierna bij het epidemiologisch beeld en het OMT-advies is uiteengezet, is de situatie op dit moment dusdanig dat het treffen van maatregelen op grond van de Tijdelijke wet maatre-

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

gelen COVID-19 (Kamerstuk 35 526) nog steeds nodig is. Een toelichting op de maatregelen is eerder in deze brief weergegeven.

Leeswijzer

In deze brief ga ik in op:

- Het 104^e en 105^e OMT-advies, waarbij ook een epidemiologisch beeld wordt geschetst, een formulering van voorwaarden voor versoepeling en de nieuwe maatregelen
- Reizen, waaronder enkele toezeggingen aan de Eerste Kamer, quarantaine, een wetsvoorstel sluiting van bedrijven waar clusterbesmettingen zijn en de doorontwikkeling van het dashboard;
- De stand van zaken van het testen en traceren, het GGD data lek, digitale ondersteuning, vaccinaties, 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;
- Andere onderwerpen, namelijk arbeidsmarktbeleid, noodvoorraad persoonlijke beschermingsmiddelen voor cruciale sectoren, communicatie, Caribisch Nederland, ventilatie, een informeel overleg van EU gezondheidsministers, Sport en de Catshuisstukken.
- Ten slotte worden enkele moties behandeld.

Hiermee voldoe ik aan:

- de motie van de leden Ellemeet en Klaver om middelen beschikbaar te stellen zodat meer positieve testuitslagen verspreid over het land in aanmerking komen voor sequencing om het zicht op het verloop van het virus te verbeteren (Kamerstuk 35 653, nr. 5).
- de motie van de leden Ellemeet en Klaver over het trekken van lessen uit lokale populatietesten (Kamerstuk 35 653, nr. 4).
- de motie van het lid Klaver, Asscher en Marijnissen over het benutten van testlocaties voor vaccinaties niet ten koste gaat van de testcapaciteit (Kamerstuk 25 295, nr. 779).
- de motie van de leden Klaver en Jetten om burgers gratis snelle zelftesten beschikbaar te stellen (Kamerstuk 25 295, nr. 1042).
- de motie van de leden Renkema en Ellemeet over de financiële problemen bij medisch onderzoek die voortvloeien uit de coronacrisis goed monitoren (Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 119).
- de motie van het lid Wilders over duidelijkheid over de vaccinatieplanning voor mensen die een verhoogd risico lopen op een ernstig verloop van corona (Kamerstuk 25 295, nr. 1034).
- de motie van het lid Wilders die het kabinet oproept nadrukkelijk te adviseren in binnenruimtes continu te ventileren (Kamerstuk 25 295, nr. 807).
- de motie van het lid Kerstens over aandacht voor de verschillen tussen inkomensgroepen inzake sport en bewegen (Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 55).
- de motie van de leden Kuzu en van Haga, die het kabinet verzoekt alle RIVM-modellen openbaar te maken (Kamerstuk 25 295, nr. 1021).
- de motie van het lid Van den Berg over een handreiking door deskundigen voor herhaald preventief testen met antigeentesten bij mensen zonder klachten (Kamerstuk 25 653, nr. 7).
- de motie van het lid Van Otterloo die de regering verzoekt, proportionaliteit altijd uitvoerig te onderbouwen bij voortzetting van maatregelen en bij nieuwe maatregelen bij de aanpak van de coronapandemie (Kamerstuk 35 732, nr. 14).
- de toezegging aan uw Kamer dat de Minister van SZW uw Kamer op korte termijn zal informeren over veiliger werken.

- de toezegging aan het lid Ellemeet om de resultaten van R-waarde op risicogericht grootschalig gebiedstesten in de komende stand van zakenbrief aan uw Kamer te delen.
- de toezegging om HPZone (Lite) versneld te vervangen, informeren wanneer hierover meer bekend is.
- de toezegging over veiligheidsmaatregelen, dat alles wat we nu extra inbouwen aan de testkant, ook meteen aan de vaccinatiekant wordt meegenomen.
- de toezegging om een cultuuraspect bij de audits te betrekken.
- de toezegging om te informeren over het vooraf toestemming geven van het gebruik van lichaamsmateriaal.
- de toezegging dat er gekeken zal worden of het nodig is voor een planner testgegevens in te zien bij het maken van een vaccinatieafpraak en vice versa.
- de toezeggingen aan uw Kamer over het maken van een plan om ons voor te bereiden op fase 3 van de COVID-19 pandemie.

Hiermee voldoe ik daarnaast aan de volgende moties en toezeggingen van de Eerste Kamer:

- de toezeggingen (T03051 t/m T03054) van de Minister van Justitie en Veiligheid zoals deze gedaan zijn in het debat met uw Kamer d.d. 8 januari 2021 (Handelingen II 2020/21, nr. 17, item 3) over de Verduidelijking tijdelijke grondslag voor regels over de toegang tot en het gebruik van voorzieningen voor personenvervoer.

Zicht op en inzicht in het virus

OMT-advies incl. epidemiologisch beeld

104e OMT-advies

Het OMT is 12 maart jl. bijeen geweest om te adviseren over de situatie rondom de COVID-19-uitbraak. Het advies is opgenomen in de bijlage³. 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. Herijking inschalingssystematiek en routekaart
4. Betekenis testen en mogelijke rol als «bewijs van doorgemaakte infectie», toepassing op reizigers uit hoogrisicogebieden

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 105^e OMT-advies. De weergave daarvan is opgenomen in het 105^e advies hieronder.

Ad 3) Herijking inschalingsystematiek en routekaart

Ten aanzien van de herijking van de inschalingsystematiek en routekaart, is het OMT van mening dat de huidige routekaart nuttig en richtinggevend is voor scenario-denken. Het OMT geeft aan dat hierover een oriënterend gesprek is gevoerd, waarin de complexiteit van de adviesvragen aan bod is gekomen. Deze complexiteit maakt dat er meer tijd nodig is voor een gedetailleerde uitwerking van de antwoorden door een OMT-werkgroep. Derhalve zullen de antwoorden op de vragen en de discussie daarover in een volgend OMT-advies worden opgenomen.

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

Ad 4) Betekenis testen en mogelijke rol als «bewijs van doorgemaakte infectie», toepassing op reizigers uit hoogrisicogebieden
Het OMT heeft de voor- en nadelen van de verschillende testen die een recente COVID-19-besmetting kunnen aantonen, besproken. De mogelijkheid van een tweede infectie (met klassieke of nieuwe varianten) is na een positief testresultaat met een van deze methodologieën vooraf, niet uit te sluiten, al is de kans daarop – op grond van de huidige literatuur – niet hoog. Bij een tweede infectie bestaat opnieuw een kans op transmissie naar anderen.

De duur van (mogelijke) bescherming van een doorgemaakte COVID-19 is nog onbekend, maar lijkt in ieder geval langer dan 6 maanden te zijn. Voor een positieve serologische test zonder informatie over het moment van besmetting is de duur van (mogelijke) bescherming lastig aan te geven. Aan de combinatie van een positieve serologie bepaald na een positieve RT-PCR, LAMP of antigeensneltest, kan een langere duur van bescherming (max. 6 maanden) worden toegekend en deze situatie gaat gepaard met een kleinere kans op herinfectie, maar is die kans nooit uit te sluiten.

Het OMT merkt op dat het afgeven van een toegangsbewijs een complexe discussie vergt, die ook nog moet worden gevoerd in het licht van toekomstige epidemiologische ontwikkelingen ten gevolge van de grootschalige vaccinatie. Het OMT adviseert vooralsnog om iedereen voor een toegangsbewijs met een antigeentest op een actuele infectie c.q. op zgn. «besmettelijkheid» te testen en daarmee dus ook bij personen die (al dan niet recent) een bewezen infectie doormaakten of gevaccineerd zijn.

Met betrekking tot reizen adviseert het OMT dat dezelfde bovenstaande argumenten gelden en dat een geregistreerde positieve testuitslag (een RT-PCR of LAMP of antigeensneltest en/of (alleen) serologie) niet bruikbaar is als «bewijs voor veilig reizen» of als vervanging van de verplichte negatieve NAAT(PCR)-test voor reizigers afkomstig uit hoogrisicogebieden.

BAO advies

Het BAO is op 15 maart heeft bijeengekomen, ter bespreking van het 104^e OMT advies. Het BAO vraagt in kader van besluitvorming over versoepelingen aandacht voor het maken van een afweging met betrekking tot een acceptabel niveau van belasting van de zorg en een hogere vaccinatiegraad. Het BAO verzoekt om duidelijke adviezen over Pasen en andere feestdagen, de meivakantie en de zomervakantie. De vertegenwoordigers van de gemeenten, de veiligheidsregio's en GGD-GHOR zijn van mening dat het van belang is het restrisico van gevaccineerden goed af te wegen tegen de maatschappelijke aspecten. Zij zijn voorstanders van een vaccinatiebewijs. VWS stelt daarnaast een nadere risicoafweging op prijs over het toestaan van een «bewijs van doorgemaakte besmetting» als toegangsbewijs en zal hierover een nieuwe vraag aan het OMT stellen.

105e OMT-advies

Het 105^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

⁴ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

3. Maatregelen conform routekaart
4. Maatregelen voor gevaccineerde thuiswonende ouderen en bewoners van instellingen voor langdurige zorg
5. Reizen
6. Indicatoren voor het inschalen van de veiligheidsregio's en voor het verlichten van maatregelen
7. Nader advies over testen en de rol als «bewijs van doorgemaakte infectie»

Ad 1) Verloop van de epidemie

Er is een toename in het aantal besmettingen: 24% ten opzichte van de week daarvoor.

Het aantal positief geteste personen nam landelijk toe van 186 naar 231 per 100.000 inwoners.

De instroom en bezetting in de ziekenhuizen, inclusief IC's is redelijk stabiel, maar hoog.

Er wordt momenteel een aanzienlijke stijging van de meldingen waargenomen in de jonge leeftijdsgroepen; naar verwachting zal die op den duur leiden tot een toename van gevallen in de volwassen en oudere (nog niet gevaccineerde) leeftijdsgroepen; met enige vertraging zal dit vertaald worden naar meer ziekenhuis- en IC-opnames. Ook in de ons omringende landen wordt een dergelijke toename van meldingen gezien.

De eerste effecten van de vaccinatie van de oudste leeftijdsgroepen en bewoners van instellingen worden duidelijker zichtbaar.

De sterfte was in de periode oktober 2020 t/m februari 2021 significant verhoogd volgens de RIVM-methode; in maart 2021 is een eind gekomen aan de oversterfte.

De meest recente schatting van het reproductiegetal R_t , zoals berekend op basis van meldingen van positieve gevallen, is voor 4 maart: 1,13. Het geschatte reproductiegetal voor de Britse variant komt uit op 1,18. Het geschatte reproductiegetal voor de Zuid-Afrikaanse komt uit op 1,12.

Ad 2) Stand van zaken diverse virusmutanten

De toename van de VK-variant, zet door van 1,1% in week 51 van 2020 tot 82% in week 9 van 2021. Het aandeel van de Zuid-Afrika variant lijkt zich te stabiliseren rond de 2–3%. De Brazilië-P.1.variant is nu in totaal viermaal aangetroffen in de kiemsurveillance.

Naast deze drie zogenaamde «variants of concern (VOC)», heeft de WHO drie «variants of interest» (VOI) benoemd ook deze worden gemonitord. Tenslotte maakte de Franse overheid de afgelopen week bekend dat er een tot dan toe onbekende variant is aangetroffen bij 9 personen in Bretagne. Indien deze variant voornamelijk de lage luchtwegen infecteert, is de verwachting dat deze variant alleen in bijzondere settingen met specifieke risicofactoren, zoals bijvoorbeeld in ziekenhuisomgeving, overgedragen wordt. Meer onderzoek is gaande. Deze variant is nog niet in Nederland aangetroffen.

Ad 3) Maatregelen conform routekaart

Ten aanzien van de voorwaarden waaronder versoepelingen op 23 maart aan de orde zouden kunnen zijn, constateert het OMT dat hieraan niet wordt voldaan. Er is sprake van een toename van het aantal besmettelijke personen, tot meer dan 100.000, een lichte verhoging van de ziekenhuis- en IC-bedbezetting, en een reproductiegetal van 1,13 dat ruim boven de 1 is. Conform deze gegevens, adviseert het OMT geen versoepelingen door te voeren op 23 maart. Dit geldt voor de versoepelingen op het gebied van hoger onderwijs, detailhandel, terrassen en BSO. Mocht het kabinet desondanks tot versoepelingen over willen gaan, dan legt het OMT de prioriteit bij het openstellen van hoger onderwijs voor 1 dag per week,

indien daarbij naast de algemene maatregelen en het generieke kader, ook frequent preventief wordt getest.

In de beoordeling van het OMT draagt de avondklok en de bezoekbeperking thuis tot 1 persoon significant bij aan het verlagen van de R_t met naar schatting zo'n 10 procent. Deze maatregelen zijn gelijktijdig ingegaan, en het is niet mogelijk het effect van de afzonderlijke maatregelen nauwkeurig te schatten. Het OMT adviseert om de avondklok te verlengen en ook de bezoekbeperking thuis in stand te houden en het epidemiologisch beeld de komende week/weken nauwgezet te volgen. Mocht er de komende tijd ruimte voor versoepelingen ontstaan, dan zal het OMT niet schromen hier ook tussentijds een advies over uit te brengen.

Het OMT benadrukt het belang van doorgaande vaccinatie bij 60-plussers om de belasting van de zorg zoveel mogelijk te beperken.

Ad 4) Maatregelen voor gevaccineerde thuiswonende ouderen en bewoners van instellingen voor langdurige zorg

Het OMT-advies over maatregelen voor gevaccineerde thuiswonende ouderen en bewoners van instellingen voor langdurige zorg wordt momenteel door een kleinere OMT-werkgroep voorbereid. Het conceptadvies wordt volgende week in het OMT besproken.

Ad 5) Reizen

Het OMT blijft van mening dat de import van nieuwe mutantvirussen zoveel als mogelijk moet worden tegengegaan. Een combinatie van het negatief testen voorafgaand aan de reis en een quarantaineperiode na de reis kan hiervoor zorgdragen.

Quarantaine na aankomst in Nederland is een effectief middel om verspreiding vanuit een geïmporteerd geval te voorkomen. Er dient te worden toegezien op het naleven van deze verplichting en het bieden van ondersteuning aan mensen die zich niet aan deze regel lijken te kunnen houden. Een en ander vereist een monitoringsysteem.

Testen voor vertrek naar Nederland vermindert het risico op import en op transmissie tijdens de reis. De testen dienen zo kort mogelijk voor vertrek te worden afgenomen, waarbij de voorkeur uitgaat naar een combinatie van een NAAT-test en een antigeensneltest kort voor vertrek.

Op dit moment worden twee testen vereist voor vertrek naar Nederland. Indien de voorkeur uitgaat naar het vereisen van één test, dan zou een test met een hoge sensitiviteit het meest aangewezen zijn, maar een NAAT-test vlak voor vertrek is niet altijd mogelijk. Een test met een lagere sensitiviteit (antigeensneltest) vlak voor vertrek heeft dan de voorkeur, maar ook dit blijkt vaak moeilijk realiseerbaar. Alleen een NAAT-test voor vertrek is voldoende effectief als de maximale afnametermijn voor aankomst in Nederland kan worden teruggebracht naar 48 uur. Als de maximale termijn voor de afname van de NAAT-test niet teruggebracht kan worden tot minder dan 48 uur voor aankomst in Nederland, dan wordt geadviseerd om de eis voor een antigeensneltest voor vertrek te handhaven. Als het alleen mogelijk is een antigeensneltest uit te voeren voor vertrek, zou de NAAT test bij aankomst in Nederland afgenomen moeten worden; een negatief resultaat laat dan overigens onverlet dat men in quarantaine gaat.

Om import van VOC's te voorkomen uit landen met een aanzienlijk hogere incidentie daarvan dan in Nederland, is het OMT van mening dat de huidige vliegverboden gehandhaafd dienen te blijven, zolang deze VOC's hier weinig voorkomen. Dit beleid kan heroverwogen worden als de verplichte quarantaine nageleefd wordt.

Het OMT adviseert om het advies «Blijf in Nederland» te verlengen tot minimaal medio mei.

Ad 6) Indicatoren voor het inschalen van de veiligheidsregio's en voor het verlichten van maatregelen

Het OMT adviseert de grenswaarden voorlopig op de huidige niveaus te handhaven. Het OMT geeft mee dat de «semi-automatische» inschaling van regio's op het dashboard op basis van de twee gekozen opschalings-indicatoren (incidentie en ziekenhuisopnames) op dit moment in de epidemie misschien niet heel zinvol is.

Het OMT benadrukt dat bij het beoordelen van de contextindicatoren, de indicator voor bedbezetting essentieel is. Het OMT verwijst hierbij ook naar het verder te ontwikkelen nomogram, dat kan helpen in de beoordeling van de restcapaciteit (of gebrek daarvan) in de zorg, bij het in- of afschalen van maatregelen.

Ad 7) Nader advies over testen en de rol als «bewijs van doorgemaakte infectie»

Het OMT is van mening dat bij het gebruik van een testbewijs voor toegang goed rekening gehouden moet worden met het feit dat de waarde van een test niet alleen afhankelijk is van de testeigenschappen, maar ook van de prevalentie van het SARS-CoV-2. Daarbij zijn ook het doel en de geldigheid van het testbewijs belangrijk, evenals de aanvullende maatregelen, zoals triage.

BAO-advies

Het BAO dat 22 maart heeft plaatsgevonden, vindt het advies navolgbaar. Met een R van 1.13 een toename van het aantal ziekenhuisopnamen en IC-bezetting, zijn versoepelingen niet aan de orde. Het BAO vindt het, net als het OMT, van belang de situatie goed in de gaten te houden, met name op het punt van de verhouding tussen positieve testen en ziekenhuisopnamen. Het BAO is, ook met het oog op Pasen, benieuwd naar het advies dat het OMT volgende week zal geven over de maatregelen voor gevaccineerde thuiswonende ouderen en bewoners van instellingen voor langdurige zorg.

In de paragrafen Maatregelen, Routekaart, Reizen en Testen wordt nader in gegaan op de wijze waarop het kabinet opvolging geeft aan het 105e OMT-advies.

Sociaal Maatschappelijke Economische Reflectie (SMER) en brede maatschappelijke toets

In mijn brief van 23 februari 2021 jl. (Kamerstuk 25 295, nr. 995) heb ik uw Kamer geïnformeerd over het besluit van het kabinet om, aanvullend op de reeds bestaande brede wegging, in de besluitvorming de planbureaus te vragen om een sociaal-maatschappelijk en economisch beeld en een sociaal-maatschappelijke en economische reflectie op het maatregelenpakket (parallel aan het advies van het OMT inzake de epidemiologische situatie). Deze reflecties zijn toen meegenomen in de besluitvorming op 8 maart 2021. Het SCP heeft ook ten behoeve van deze besluitvorming inzichten gedeeld over de maatschappelijke effecten van de mogelijk eerste versoepelingen en aandachtspunten voor het mentale bewustzijn. Het is niet altijd mogelijk om een directe relatie tussen een beperkende maatregel en een gevolg te maken.

Het SCP baseert zich op langlopend sociaal en cultureel onderzoek in Nederland en recent onderzoek naar de maatschappelijke effecten van het coronabeleid. Daarnaast heeft het Planbureau voor de Leefomgeving

(PBL) gekeken naar de effecten van COVID-19 op de leefomgeving. Ook is door de Ministeries van Financiën, Economische Zaken en Klimaat en het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, een sociaal-maatschappelijke en economische reflectie van de maatregelen opgeleverd. Voor de uitvoeringstoets op het maatregelenpakket en de bepaling van de strategie, is onder andere ook advies van de Corona Gedragsunit van het RIVM en de Nationale Politie en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) ingewonnen. De gedragsreflectie van de RIVM vindt u als bijlage⁵.

Samenvattend zijn de elementen die nu worden betrokken voor een zo volledig mogelijke afweging, het epidemiologisch beeld (RIVM), het maatschappelijk beeld (SCP), een OMT-advies, een sociaal-maatschappelijke reflectie op de maatregelen (SCP)⁶, het beeld m.b.t. de leefomgeving (PBL), een sociaal-maatschappelijk en economische reflectie («Trojka») en de uitvoeringstoets op de maatregelen (o.a. Corona Gedragsunit RIVM, NP en VNG). Voor deze beelden, reflecties en adviezen verwijs ik u naar de gepubliceerde Catshuisstukken van 21 maart 2021 en de bijlage⁷.

Hoofdpijnen sociaal-maatschappelijk beeld en reflectie

De input die het kabinet ten behoeve van het besluitvormingsmoment heeft ontvangen, wijkt slechts beperkt af van de input die ontvangen is ten behoeve van besluitvorming op 8 maart 2021.

De bestrijding van het virus vraagt al heel lang heel veel van mensen. Het kabinet begrijpt dat ook de mentale aspecten steeds zwaarder gaan wegen. Hoe langer de crisis duurt, hoe moeilijker het wordt. Het draagvlak neemt zichtbaar af in de samenleving en het kabinet ziet de toenemende behoefte aan versoepelingen en het krijgen van meer ruimte. Echter, door versoepelingen neemt het aantal bewegingen toe en daarmee ook de druk op de openbare ruimte. Gepaard met het afnemende draagvlak, kan dit leiden tot een hogere druk op de handhaving. Uit zowel het beeld als de reflectie van het SCP komt het belang van zekerheid en voorspelbaarheid van versoepelingen naar voren, waarbij «joberleid» moet worden voorkomen. Joberleid kan leiden tot verwarring en kan het vertrouwen doen schaden, hetgeen een negatief effect heeft op het maatschappelijk draagvlak en tevens de handhaving bemoeilijkt.

Met name de avondklok en de bezoekersregeling vragen veel van mensen. Uit de reflectie van de Corona Gedragsunit van het RIVM blijkt dat zowel het draagvlak als de naleving voor beiden afneemt. De avondklok heeft gevolgen voor het sociale contact tussen mensen en lijkt met name jongeren te raken omdat juist zij normaal gesproken veel «face-to-face» contact met vrienden hebben. Over de gevolgen van de coronacrisis voor jongeren en jongvolwassenen bestaan veel zorgen. Veel maatregelen zijn ingrijpend op het sociale leven. De afname in sociaal contact is van invloed op het psychisch welbevinden. Ook de bezoekersregeling beperkt het persoonlijk contact tussen mensen. De helft van de mensen buiten hun huishouden (denk aan volwassen kinderen of bejaarde ouders) en kleine bijeenkomsten (zoals verjaardagen, koffieafspraken). Het SCP noemt als aandachtspunt dat sociale contacten belangrijk zijn voor mensen, zeker in tijden van dreiging. Eind 2020 had een op de drie jongeren een laag psychisch welbevinden. In de jaren voor

⁵ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

⁶ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

⁷ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

corona schommelde dat op een op de vier. Uit onderzoek komt naar voren dat onderwijs een sociale en vormende functie heeft die onmisbaar is voor de ontwikkeling van jongeren. Het SCP adviseert het openen van het hoger onderwijs prioriteit te geven, aangezien de maatschappelijke effecten van het afstandsonderwijs dusdanig groot zijn. Ook noemt het SCP dat bij kwetsbare groepen signalen sterker worden dat problemen daar sneller stapelen (op de problemen die er al waren). De wens in de samenleving en het bedrijfsleven om te versoepelen is begrijpelijk. Door de sociale, maatschappelijke en economische crisis worden ook zelfstandige ondernemers hard geraakt. Met name zelfstandigen hebben een (soms forse) inkomensachteruitgang meegemaakt, volgens het SCP. Daarnaast stegen de zorgen over baanverlies in de toekomst vooral onder deze groep. Zelfstandige ondernemers vormen een (deels) nieuwe risicogroep voor een laag psychisch welbevinden vanwege angst voor verlies van werk en inkomen. Ook noemt het SCP, dat de daling in het draagvlak en naleving niet kan worden weggezet als onwil of maatschappelijk onbehagen, maar dat er een onderscheid gemaakt dient te worden tussen mensen die zich niet aan de gedragsregels kunnen houden, die dat niet willen of die het risico ervan minder inzien.

Uit de sociaal-maatschappelijke en economische reflectie van de Ministeries van SZW, EZK en FIN komt hetzelfde beeld naar voren. Uit deze reflectie blijkt de sterke behoefte naar verdere versoepelingen. Tevens is in kaart gebracht welke versoepelingen het sterkste maatschappelijke en economische effect hebben. Uit deze reflectie blijkt dat de ruimte vanuit sociaal-maatschappelijk en economisch oogpunt het best geboden kan worden in het onderwijs. Hierbij gaat het niet alleen om het bieden van ruimte in het hoger onderwijs, maar ook om meer fysiek onderwijs in het voortgezet onderwijs. Daarnaast wijzen de ministeries op het belang van naleving van de basisregels om de noodzaak van ingrijpendere maatregelen te verlagen. Het kabinet heeft bovenstaande punten meegewogen in de besluitvorming van 23 maart. Daarmee onderstreept het kabinet het belang om naast de epidemiologische inzichten ook de sociaal-maatschappelijke en economische gevolgen in kaart te blijven brengen.

Maatregelen

Voortzetting lockdown

Het kabinet heeft in zijn maatregelenbrief van 8 maart 2021⁸ aangegeven dat wanneer de R-waarde rond de 1 zou blijven en er daarmee sprake zou zijn van een stabiele bezetting van ziekenhuizen en IC's vanaf eind maart een stapsgewijze versoepeling van maatregelen mogelijk zou zijn. Helaas moet het kabinet constateren dat aan deze voorwaarden niet is voldaan. Gezien de toename van het aantal besmette personen, een lichte verhoging van de ziekenhuis- en IC-bedbezetting en een reproductiegetal dat met 1,11 ruim boven de 1 is gekomen heeft het kabinet besloten om de lockdown, inclusief de avondklok, te verlengen tot en met 20 april 2020. Ten aanzien van de avondklok geldt hierbij dat het aanvangstijdstip per 31 maart 2021 wordt aangepast naar 22.00 uur. Het besluit om de maatregelen te verlengen komt in grote lijnen overeen met de maatregelen die in onze buurlanden worden genomen. Tegelijkertijd constateert het kabinet dat de komende periode, door de toenemende vaccinatiegraad de meest kwetsbaren zijn beschermd. Versoepeling van de maatregelen lijkt dan mogelijk. De komende weken geldt dat zodra er versoepeling mogelijk blijkt het kabinet, in overleg met uw Kamer, hier snel op zal

⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 1032.

acteren. Een nieuw moment van besluitvorming is voorzien voor dinsdag 13 april 2021.

Hierbij is het vanzelfsprekend van groot belang dat, nu dit bijdraagt aan het naar beneden brengen en houden van het reproductiegetal, iedereen blijvend aandacht geeft aan de basisregels en het je laten testen bij klachten.

Alles overwegende is het kabinet van mening dat de zorgelijke epidemiologische situatie deze voortzetting van de lockdown rechtvaardigt. Het doel staat naar de mening van het kabinet nog steeds in redelijke verhouding tot het middel. Minder stringente maatregelen om hetzelfde doel te bereiken staan, mede gelet op het advies van het OMT, niet ter beschikking. Naar aanleiding van deze conclusie, waarbij de Sociaal Maatschappelijke Economische Reflectie (SMER) en brede maatschappelijke toets is meegewogen, meent het kabinet invulling te hebben gegeven aan de motie van het lid Van Otterloo.⁹

De reeds getroffen voorbereidingen voor heropening van bijvoorbeeld buitenterrassen of de detailhandel worden met en door de verschillende sectoren verder uitgewerkt ten behoeve van een volgend moment van besluitvorming. Voor het HBO en WO wordt, onder voorbehoud van de epidemiologische situatie, met behulp van zelfstenen toegewerkt naar fysiek onderwijs in het HBO en WO voor die instellingen die zelfstenen aanbieden om te kunnen starten.

Aanpassing ingangsmoment avondklok naar 22.00 uur, verlenging avondklok en advies maximaal 1 persoon thuis te ontvangen tot 21 april 04.30 uur

Het kabinet heeft besloten om de avondklok en het advies om maximaal 1 persoon thuis te ontvangen te verlengen tot 21 april 2021 04.30 uur. Hiertoe is besloten omdat het epidemiologisch beeld het momenteel niet mogelijk maakt om versoepelingen door te voeren. Bovendien geeft het OMT aan dat de avondklok en de bezoekbeperking thuis tot 1 persoon significant bijdraagt aan het verlagen van de Rt met naar schatting zo'n 10 procent. Naar verwachting van het OMT zou zonder deze maatregelen het aantal meldingen en ziekenhuis- en IC-opnames inmiddels beduidend hoger liggen, vanwege een circa 10 procent hogere R. Het kabinet onderschrijft de analyse van het OMT. Tegelijkertijd is het kabinet zich bewust van de negatieve effecten van de avondklok. Daarbij heeft het kabinet in het bijzonder aandacht voor het feit dat het langer licht wordt en de avondklok daardoor als een zwaardere beperking kan worden ervaren. Daarom zal het ingangsmoment van de avondklok per 31 maart 2021 worden aangepast naar 22.00 uur. Het tijdstip waarop de avondklok eindigt blijft ongewijzigd op 04.30 uur.

Passend bij het latere ingangsmoment van de avondklok wordt het per 31 maart 2021 voor winkels in de levensmiddelenbranche en de afhaal-functie van eet- en drinkgelegenheden mogelijk om open te zijn tot 21.45 uur. Voor de volledigheid meld ik dat bestellen en afhalen van producten in de detailhandel, winkelen op afspraak en de verkoop van alcohol tot 20.00 uur is toegestaan, dit tijdstip is dus ongewijzigd.

Met verlenging van de avondklok is deze maatregel tevens van kracht tijdens Pesach, het Holifeest, Pasen en de Ramadan. Er zal niet worden voorzien in een uitzondering die het mogelijk maakt huiswaarts te keren na het bijwonen van religieuze diensten in synagoge, kerk of moskee na de klok van 22.00 uur. Uiteraard bestaat de mogelijkheid om diensten

⁹ Kamerstuk 35 732, nr. 14.

digitaal bij te wonen op dit tijdstip of om met het eigen huishouden het geloof te belijden in huiselijke kring. De regelgeving voorziet in uitzonderingen die het mogelijk maken om de digitale bijeenkomst op locatie te organiseren, mensen die daarvoor in het gebedshuis moeten zijn kunnen met een werkgeversverklaring en een eigen verklaring 's avonds over straat. Het kabinet begrijpt goed dat het digitaal bijwonen van een bijeenkomst heel anders is dan zelf aanwezig te kunnen zijn bij een dienst in een gebedshuis en realiseert zich ook dat dit voor veel mensen een gemis betekent. Gezien het zorgelijke epidemiologisch en de hoge belasting van de zorg beeld wordt verruiming van de uitzonderingen echter thans niet opportuun geacht.

Toewerken naar fysiek onderwijs HBO en WO met behulp van zelftesten

Met het oog op de ontwikkeling en het mentale en fysieke welbevinden van studenten en het voorkomen van verdere studievertragingen, is het kunnen volgen van fysiek onderwijs belangrijk. Het kabinet wil daarom zo snel mogelijk dat studenten in het hoger onderwijs 1 dag per week fysiek onderwijs kunnen volgen. Gezien het huidige epidemiologische beeld ziet het kabinet echter nu geen ruimte voor directe versoepelingen op brede schaal. Wel ziet het kabinet dat de inzet van sneltesten, die, ook voor zelf afname, naar verwachting in april geleidelijk beschikbaar komen, kan helpen om op een verantwoorde manier vanaf eind april meer fysiek onderwijs te bieden. Dit kan op zijn vroegst met ingang van 26 april aanstaande onder de voorwaarde dat studenten en docenten preventief kunnen worden getest. Voorwaarde hiervoor is dat de epidemiologische situatie daar de ruimte voor biedt, zodat fysiek onderwijs verantwoord en veilig kan plaatsvinden. Een nadere toelichting vindt uw Kamer verderop in deze brief.

Juridische en beleidsmatige herstelpunten

Het kabinet kiest ervoor om een aantal wijzigingen in de Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19 door te voeren.

- Er is een omissie opgetreden in de lijst van topsportcompetities die in de regeling zijn opgenomen. Per abuis is in deze lijst cricket weggevalen, terwijl hier ook (mannen en vrouwen) teams actief zijn in de hoogste klassen van deze sport. Cricket wordt derhalve opgenomen in de lijst van topsportcompetities.
- Dat het groepsvormingsverbod in openbare plaatsen niet geldt in het openbaar vervoer en ander bedrijfsmatig personenvervoer wordt geëxpliciteerd. De eerdere reparatie om woongedeeltes van voer- en vaartuigen van het groepsvormingsverbod dat in openbare plaatsen geldt, uit te zonderen, kan vragen oproepen over wat geldt in het OV en ander bedrijfsmatig personenvervoer. Een expliciete uitzondering is daarom gewenst en wordt toegevoegd.

Routekaart

Op 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 welke maatregelen horen bij welk risiconiveau en via welke (tussen)stappen de afschaling vormgegeven kan worden. In de routekaart is voorzien dat deze periodiek wordt aangepast zodat deze actueel en adequaat blijft.

8 maart is de eerste update van de routekaart doorgevoerd. Dat betrof het opnemen van tussenstappen waarlangs bij afschalen ook stappen binnen een risiconiveau gezet kunnen worden. Deze tussenstappen geven we vorm langs een aantal variabelen, waarbij we denken aan 1) Binnen/

buiten, 2) Lokaal/bovenlokaal, 3) Tijd, 4) Groepsgrootte en 5) Leeftijd. Dit is geen limitatieve opsomming. Momenteel worden meer tussenstappen, overeenkomstig het verzoek van uw Kamer, in samenspraak met de verschillende sectoren nader ingevuld. Uw Kamer wordt hier in de volgende stand van zakenbrief nader over geïnformeerd.

Daarnaast wordt er bij deze volgende update van de routekaart in samenspraak met de veiligheidsregio's een overzicht opgenomen met indicatieve mijlpalen voor heropening van de samenleving. Daarbij dient te worden opgemerkt dat continu bezien moet worden welke ruimte de epidemie ons geeft om maatregelen al dan niet te versoepelen. Ik heb kennis genomen van het OMT advies ten aanzien van mogelijke versoepelingen in de routekaart, zoals eerder in deze brief beschreven. Ik ga dit verder bestuderen en kom er in een volgende stand van zakenbrief op terug.

Wat betreft de inschaling van de veiligheidsregio's op het coronadashboard, heeft het OMT benadrukt dat bedbezetting een belangrijke indicator is en aangegeven dat de «inschaling van regio's op het dashboard op basis van de twee gekozen opschalingsindicatoren (incidentie en ziekenhuisopnames) op dit moment in de epidemie misschien niet heel zinvol is.» Ik heb kennisgenomen van dit advies, ga dit verder bestuderen en ik kom er in een volgende stand van zakenbrief op terug.

Reizen

Reisbewegingen vormen een risico op import en verspreiding van COVID-19 in Nederland en in het buitenland. Inmiddels zien we in diverse EU-landen, waaronder Nederland, stijgende besmettingscijfers. Aan de andere kant zien we ook hier de positieve invloed van vaccinaties en de mogelijke invloed van het weer tijdens de zomerperiode. Het kabinet kijkt voorzichtig vooruit naar een zomerperiode waarin er hopelijk op een veilige manier naar veel Europese landen gereisd kan worden. Na een lange periode van lockdowns en zoveel mogelijk thuisblijven, kijken veel Nederlanders uit naar een veilige (buitenlandse) vakantie. Dit is de stip op de horizon waar het kabinet naartoe werkt.

Herijking reismaatregelen

De afgelopen maanden heeft het kabinet verschillende maatregelen genomen om reizen te ontmoedigen en noodzakelijke reizen veiliger te maken. De wens van het kabinet is om dit pakket aan maatregelen te herijken zodat deze meer in lijn komt te liggen met de maatregelen op het gebied van reizen zoals genoemd in de Europese Raadsaanbevelingen.¹⁰ Het OMT heeft hierover advies uitgebracht. Het kabinet zal uw Kamer hierover op korte termijn nader informeren.

Vliegverboden

Daarnaast is het OMT gevraagd of het noodzakelijk is om de vliegverboden te handhaven in Zuid-Amerika en voor Zuid-Afrika en daarbij bijzondere aandacht te geven aan Suriname. Het kabinet zal op korte termijn besluiten over het al dan niet verlengen van de vliegverboden, die nu tot 1 april gelden.

¹⁰ (2020/912) over de tijdelijke beperking van niet essentiële reizen naar de EU en de Raadsaanbeveling (2020/1475) betreffende een gecoördineerde aanpak van de beperking van het vrije verkeer in reactie op de COVID-19-pandemie.

Reisadvies

Op dit moment geeft de epidemiologische situatie in zowel Nederland als de EU aanleiding om het reisadvies «Blijf in Nederland» te verlengen tot en met 15 mei. Dit sluit aan bij het meest recente OMT-advies. Dit betekent geen buitenlandse reizen in de meivakantie. Het kabinet is voornemens zo snel mogelijk weer terug te gaan naar een landenspecifiek reisadvies waarbij het RIVM wekelijks de situatie monitort.

Start pilots veilig en verantwoord vakantie reizen

Om goed voorbereid te zijn op het moment dat reisbeperkingen versoepeld worden, zullen in april een beperkt aantal pilots vakantie reizen uitgevoerd worden. De eerste twee pilotreizen vinden begin april plaats. Het plan is om in een tweede fase ook pilotreizen met andere vervoersmodaliteiten zoals auto, trein of bus uit te voeren.

Met de uitvoering van pilotreizen worden voor de hele reis- en vervoersbranche nieuwe inzichten verkregen en data verzameld onder welke condities er in coronatijd veilig en verantwoord gereisd kan worden. Alle basismaatregelen en maatregelen met betrekking tot reizen worden tijdens de pilotreizen in acht genomen. De inzichten verkregen door de pilots worden gebruikt om protocollen van reisorganisaties waar nodig aan te scherpen en om een zo duidelijk mogelijk handelingsperspectief voor reizigers te ontwikkelen; zo kunnen we de communicatie met reizigers verbeteren en inzichtelijk maken welke informatie reizigers nodig hebben om veilig op reis te gaan.

Afsluiten proefcorridor Atlanta-Amsterdam

Op 4 december 2020 is uw Kamer geïnformeerd over de vormgeving van een travel-corridor tussen Atlanta en Amsterdam om veilig reizen mogelijk te maken voor groepen reizigers die zijn uitgezonderd van het EU-inreisverbod.¹¹ Op 2 februari jl. is uw Kamer geïnformeerd over de evaluatie en dat de proef in huidige vorm wordt gecontinueerd en verder geëvalueerd.¹² De corridor is succesvol geweest en heeft bijgedragen aan de vormgeving van het test- en quarantainebeleid zoals dit nu geldt voor vlieg reizen uit hoogrisicogebieden. De sectorpartijen hebben echter onlangs aangegeven per 27 maart a.s. te stoppen met het aanbieden van corridorvluchten tussen Atlanta en Amsterdam omdat er, door het huidige test- en quarantainebeleid, vrijwel geen verschil meer is met de reguliere vluchten vanuit hoogrisicogebieden en dat vertaalt zich in lage reizigersaantallen op de corridorvluchten. Door het stoppen van de corridor komt daarmee de aanvullende evaluatie te vervallen. Ondanks het beëindigen van deze corridor hebben KLM, Delta Air Lines en Schiphol aangegeven ook in de toekomst open te blijven staan voor nieuwe initiatieven.

Opschorten grensweigering derdelanders zonder PCR/NAAT-test

Vanaf 15 december zijn derdelanders reizend van buiten de EU/Schengen, die uitgezonderd zijn op het EU-inreisverbod, verplicht op een negatieve NAAT/PCR-test te tonen bij in reizen. Sinds 29 december geldt deze verplichting voor alle reizigers vanuit hoogrisicogebieden en worden alle passagiers hierop gecontroleerd door de luchtvaartmaatschappijen. Voor derdelanders doet de Koninklijke Marechaussee een aanvullende controle hierop als voorwaarde voor het EU-inreisverbod. Indien een reiziger deze test niet heeft, kan hem of haar de toegang tot Nederland ontzegd

¹¹ Kamerstuk 25 295, nr. 164.

¹² Kamerstuk 25 295, nr. 950.

worden. Sinds de ingang van deze maatregel op 15 december zijn geen gevallen bekend van reizigers die sec de toegang tot Nederland wordt geweigerd omdat ze niet voldoen aan de NAAT(PCR)-testverplichting. De mensen die geweigerd zijn, zijn geweigerd omdat ze niet voldeden aan andere voorwaarden van het EU-inreisverbod. Op grond van het voorgaande heeft de extra controle en de aanvullende voorwaarde van de NAAT (PCR)-testuitslag geen toegevoegde waarde meer in het kader van het EU-inreisverbod voor Nederland, aangezien alle passagiers uit hoogrisicogebieden toch al op grond van de Tijdelijke Wet Maatregelen (TWM) in bezit moeten zijn van een negatieve testuitslag. Dit wordt gecontroleerd door de luchtvaartmaatschappij en steekproefsgewijs door de veiligheidsregio.

Het kabinet heeft besloten dat deze aanvullende voorwaarde voor het EU-inreisverbod voor Nederland per 31 maart wordt opgeheven. Dit laat onverlet dat men wel aan de testverplichtingen op grond van de TWM voor Nederland moet voldoen om aan boord te mogen van het vliegtuig of schip en dat hierop ook gecontroleerd wordt.

Toezeggingen aan Eerste Kamer

Tijdens de plenaire vergadering in de Eerste Kamer op 8 januari jl. over het wetsvoorstel Wijziging van de Wet publieke gezondheid in verband met een verduidelijking van de tijdelijke grondslag voor het stellen van regels over de toegang tot en het gebruik van voorzieningen voor personenvervoer is door de Minister van Justitie en Veiligheid een vijftal toezeggingen gedaan. Deze zal ik hier behandelen. De eerste toezegging (T03051) over het uitzonderen van transferpassagiers is in de brief over de coronamaatregelen van 8 maart jl. afgedaan. Transferpassagiers zijn uitgezonderd op de verplichte sneltestuitslag. Wel moeten zij een negatieve NAAT(PCR)-testuitslag kunnen tonen. De tweede toezegging (T03052) over de noodzakelijkheid is behandeld in de brief over Noodzakelijkheidsverklaring internationaal reizen van 13 januari jl. en ook in het antwoord op Kamervragen over reisbeperkingen van 17 februari jl. De toezeggingen met nummer T03052, T03053 en T03054 gaan over de hardheidsclausule en de uitzonderingsbepaling, in de Stand van zaken-brief COVID-19 van 13 januari jl.¹³ is hier op ingegaan.

Quarantaine

In mijn brieven van 2 februari¹⁴, 23 februari¹⁵ en 8 maart¹⁶ informeerde ik uw Kamer over de invoering van een quarantaineplicht voor inreizigers uit hoog risicogebieden en mijn intentie om dit wetsvoorstel spoedig aan uw Kamer te sturen.

Traject wetsvoorstel quarantaineplicht voor reizigers

Over het wetsvoorstel vond een internetconsultatie plaats vanaf maandag 8 maart tot en met vrijdag 12 maart. De bijna 1100 binnengekomen reacties, en de gevraagde adviezen, worden momenteel bekeken en waar mogelijk verwerkt in het wetsvoorstel. Daarbij wordt onder meer uitgewerkt hoe toezicht en handhaving worden vormgegeven. Ook wordt een digitale vorm van quarantaineverklaringen ontwikkeld waarbij mijn ambitie is die zo spoedig en liefst bij invoering van de wet operationeel te hebben. De digitale variant zal stap voor stap worden geïmplementeerd.

¹³ Kamerstuk 25 295, nr. 874.

¹⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 950.

¹⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 995.

¹⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 1032.

Het wetsvoorstel zal naar de Raad van State gestuurd worden voor advies. Na het verwerken van dat advies wordt het wetsvoorstel medio april naar de Tweede Kamer worden gezonden. Ik streef naar de inwerkingtreding op 1 mei 2021, maar ben daarbij afhankelijk van behandeling van het voorstel in de Tweede Kamer en in de Eerste Kamer.

Communicatie en sociale ondersteuning

Eerder heb ik uw Kamer geïnformeerd over mijn plan van aanpak voor de communicatie en sociale ondersteuning rond quarantaine¹⁷. Daarin heb ik het belang van communicatie en sociale ondersteuning toegelicht alsook de activiteiten die hiertoe worden ontwikkeld. In het kader van de voortgang kan ik hierover het volgende melden.

- Er is een communicatiecampagne, met inzet en voorbeeldfunctie van topsporters via de NOCNSF, online om mensen te wijzen op de quarantaineregels en de wijze waarop men hier invulling aan kan geven.
- Er is een geactualiseerde quarantainegids online waarin de quarantaineregels en het beschikbare hulpaanbod kan worden opgezocht.
- Er is een quarantainecheck (te vergelijken met de reizigerscheck) in de maak waarmee personen snel een gepersonaliseerd advies kunnen krijgen als ze de check doorlopen.

In mijn plan van aanpak informeerde ik uw Kamer ook over een pilot met quarantainecoaches, in samenwerking met het Rode Kruis en de GGD. Quarantainecoaches ondersteunen mensen die psychische of praktische problemen ervaren tijdens de quarantaine. Dit is een aanvulling op de begeleiding en hulp die er al was. Deze pilot liep in de regio's Drenthe en Kennemerland. De coaches hebben in een aantal situaties schrijnende problematiek verholpen. Van de daadwerkelijk gecoachte mensen heeft driekwart aangegeven dat de coach geholpen heeft bij het doorkomen van de quarantaineperiode. De quarantainecoaches zijn daarom vanaf 22 maart landelijk actief. Ze worden door de GGD tijdens het bron- en contactonderzoek gericht aangeboden aan mensen die dat nodig hebben.

Wetsvoorstel sluiting locaties bij besmettingen

In het debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus op donderdag 21 januari 2021 is een door de leden Klaver en Ouwehand ingediende motie aangenomen. In deze motie wordt de regering verzocht om met spoed een wettelijke grondslag te creëren om bij het niet-naleven van coronamaatregelen, waardoor een bronbesmetting ontstaat, te kunnen reageren met een tijdelijke sluiting van het bedrijfspand.¹⁸ Het beoogde wetsvoorstel regelt een bevoegdheid voor de burgemeester om bij een uitbraak van het coronavirus een locatie te kunnen sluiten. Hierbij hoeft er geen causaal verband te worden aangetoond tussen het niet-naleven van maatregelen en het ontstaan van de uitbraak. Een sluiting kan noodzakelijk zijn met het oog op het indammen van een uitbraak, ongeacht hoe het tot een uitbraak heeft kunnen komen. Er is sprake van een uitbraak als minstens drie personen besmet zijn geraakt die met elkaar in verband kunnen worden gebracht, de specifieke locatie de meest waarschijnlijke besmettingsbron is, en er aanwijzingen zijn dat het overdragen van het virus op andere mensen nog gaande is op die plaats. Deze analyse wordt gedaan door de GGD op basis van het bron- en contactonderzoek. Het wetsvoorstel is afgelopen maandag formeel naar de Raad van State gestuurd voor advies. Ik verwacht rond 7 april het wetsvoorstel naar uw Kamer toe te kunnen sturen.

¹⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 771.

¹⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 924.

Doorontwikkeling dashboard

Het dashboard wordt regelmatig aangepast. De meest belangrijke punten die de komende paar weken verbeterd en toegevoegd gaan worden aan het coronadashboard zijn als volgt. Er wordt gewerkt aan het zo goed en transparant mogelijk weergeven van alle informatie over vaccinatie. Daartoe wordt de vaccinatiepagina de komende weken uitgebreid met informatie over de huidige voorraad van de vaccins én de verwachte leveringen.

Verder worden er een aantal verbeteringen doorgevoerd zoals het tonen van 7-daagsgemiddelden voor positief geteste verpleeghuisbewoners en overleden verpleeghuisbewoners, waardoor trends beter zichtbaar worden in deze lijngrafieken. Deze 7-daags gemiddelden komen op landelijk en veiligheidsniveau beschikbaar.

Ook hebben Stichting NICE en RIVM gezamenlijk verbeterlagen doorgevoerd in de registratie van het aantal nieuwe IC-opnames. Daarnaast worden de gegevens over IC-opnames binnenkort via RIVM ingelezen. Hierdoor kunnen deze cijfers op meldingsdatum worden getoond (náást opnamedatum). Dat heeft als voordeel dat het effect van na-rapportages op het dagcijfer beperkter wordt.

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 en welke acties worden ondernomen om deze twee doelen te realiseren.

Spoor 1: Testen gericht op opsporen en bestrijden

1a Testen van risicodoelgroepen

De afgelopen weken is een forse stijging van het aantal afgenomen testen te zien. De afgelopen week werden ruim 570 duizend testen afgenomen. De week (8 tot 14 maart) daarvoor waren dat circa 73.000 testen per dag en de week daarvoor circa 59.000 testen per dag. In week van 8 tot 14 februari werden circa 35.000 testen per dag afgenomen. De gemiddelde doorlooptijden zijn ondanks deze forse stijging redelijk stabiel gebleven en schommelen tussen de 34 en 36 uur van de aanvraag tot de testuitslag.

De verklaring voor de stijging in de testafnames kan enerzijds gezocht worden in het feit dat meer kinderen en hun ouders worden getest dan voorheen. In de week van 8–14 maart werden circa 13.000 testen per dag afgenomen in de leeftijdscategorie 4–12 jarigen. Dat is een stijging van maar liefst 65% ten opzichte van week ervoor. In de week van 8–14 februari, de week dat de scholen in het primair onderwijs open gingen, werden nog circa 2.000 testen per dag afgenomen in deze leeftijdscategorie. In deze week werd ook het testbeleid aangepast: het advies werd dat kinderen tot 12 jaar die in nauw contact waren geweest met een besmet persoon, ook in quarantaine moeten en zich moeten laten testen. Dit, in combinatie met de heropening van het po, leidde tot een toename van het aantal afgenomen testen. Het testen van kinderen neemt overigens gauw twee keer zoveel tijd in beslag dan bij een volwassene.

Daarnaast is een relatief forse stijging van 46% te zien in de leeftijdsgroep van 13–17-jarigen te zien ten opzichte van de week ervoor. In de verschillende leeftijdscategorieën tussen de 18 t/m 69 jaar zien we een stijging tussen de 16–27% ten opzichte van de week ervoor. Anderzijds kan de stijging in het aantal afgenomen testen verklaard worden door een stijging van het aantal COVID-19 gerelateerde klachten zoals blijkt uit de infectieradar.¹⁹ Daarnaast zien we ook een hogere prevalentie, en hebben we te maken met het hooikoorts seizoen waardoor meer mensen COVID-19 gerelateerde klachten hebben. Daarnaast zien we een stijging in de testbereidheid.

Voor het tweede kwartaal heb ik de GGD'en gevraagd om de infrastructuur van circa 175.000 testcapaciteit per dag beschikbaar te houden. Daarnaast heb ik aan hen gevraagd om flexibel om te gaan met het personeel dat in de teststraten en vaccinatiestraten wordt ingezet, zodat eventuele tekorten snel opgevangen kunnen worden, rekening houdend met de kwalificaties waarover medewerkers moeten beschikken. Die aanpak verdient zorg nu zowel voor testen als voor vaccineren het volume toeneemt. Tevens heb ik met de GGD'en afgesproken dat het benutten van de testlocaties voor vaccinaties niet ten koste mag gaan van de testcapaciteit. Hiermee voldoe ik aan de motie Klaver, Asscher en Marijnissen²⁰ over dat het benutten van testlocaties voor vaccinaties niet ten koste gaat van de testcapaciteit.

Vanwege de verwachte beschikbaarheid van zelftesten (die naar verwachting in april geleidelijk beschikbaar komen) heb ik de GGD'en gevraagd om mensen met een positieve zelftest de mogelijkheid te geven om zich te laten hertesten bij de GGD'en. Dit is van belang, zodat het BCO tijdig en goed opgestart kan worden. Mensen moeten bij een positieve uitslag van een zelftest direct in quarantaine en (via de website of door de GGD te bellen) een afspraak voor een confirmatietest maken. Daarnaast zal de GGD vragen of zij ook direct hun contacten willen inlichten. Deze contacten moeten ook in quarantaine en moeten zich ook laten testen. Wanneer de uitslag van de confirmatietest ook positief is, zal uitgebreider BCO opgestart worden vanuit de GGD'en. Ook bij een negatieve uitslag van een zelftest is het van belang dat mensen zich wel aan de basisregels blijven houden (houd 1,5 meter afstand, draag een mondkapje, was vaak je handen en blijf letten op klachten.) Zelftesten zijn namelijk minder betrouwbaar dan een negatieve uitslag van een test afgenomen in een teststraat. Voor meer info over zelftesten verwijs ik u naar de paragraaf (begeleid) zelftesten hieronder.

1b Grootschalig risicogericht gebiedstesten

In de voorgaande Kamerbrief heb ik uw Kamer geïnformeerd over de stand van zaken van de pilots grootschalig risicogericht testen en dat deze mogelijk ingezet kunnen worden als instrument van de GGD'en. Het overkoepelende doel van de pilots grootschalige risicogericht gebiedstesten is om meer zicht op het virus te krijgen door op grote schaal proactief te testen. Daarnaast geven de pilots belangrijke inzichten in de effecten van verschillende aanpakken op de testbereidheid en het naleven van de quarantaine- en isolatiemaatregelen. De pilot in Lansingerland is in zijn geheel afgerond en in de pilot in Rotterdam-Charlois vindt op dit moment data-analyse plaats. Het testen in de pilots in de gemeente Bunschoten en Dronten is respectievelijk op 19 maart en 21 maart afgerond.

¹⁹ Infectieradar | RIVM.

²⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 779.

Begin maart heb ik de eerste voorlopige resultaten van Lansingerland en Rotterdam-Charlois ontvangen. In Lansingerland heeft zo'n 65% van de bevolking zich laten testen en in Rotterdam-Charlois was dat aanzienlijk minder. Daar heeft zo'n 11% van de bevolking zich laten testen. De voorlopige uitkomsten laten zien dat de testdeelname groeit op het moment dat grootschalig testen wordt aangeboden.²¹ Onderstaand overzicht laat deze toename zien:

Week 1	784	
Week 2	754	
Week 3	664	
Week 4	1.441	Start pilot grootschalig risicogericht testen
Week 5	1.722	
Week 6	754	Sluiting van 10 testlocaties door een code rood weeralarm
Week 7	1.355	
Week 8	1.661	
Week 9	1.645	
Week 10	1.351	

Deze groei lijkt het grootst wanneer sprake is van een uitbraak, zoals in Lansingerland het geval was. Mogelijk zorgt een groter «urgentiegevoel» bij de bevolking ervoor dat meer mensen naar de testlocaties komen. Tegelijkertijd lijkt het erop dat het bestrijden van het virus meer aandacht krijgt als gevolg van het grootschalig, risicogericht testen. Dit blijkt uit het aandeel inwoners zonder klachten of zonder bekende blootstelling dat zich heeft laten testen. Uiteraard dient voorzichtig om te worden gegaan met het interpreteren van deze voorlopige uitkomsten. Naast het grootschalig risicogericht testen wordt ook ingezet op het stimuleren van het naleven van de maatregelen. Het is belangrijk dat inwoners tot de testuitslag in quarantaine en (zelf)isolatie gaan. De definitieve uitkomsten van de pilots en de kosten en baten van het grootschalige risicogericht testen verwacht ik eind april.

Grootschalig risicogericht testen als instrument

De verkenning of en hoe grootschalig risicogericht testen als extra instrument in de gereedschapskist van de regionale GGD'en kan worden opgenomen, met ondersteuning van GGD GHOR Nederland, zet ik tegelijkertijd voort. Zo ben ik met het RIVM in gesprek wanneer grootschalig risicogericht testen als passend instrument kan dienen.

De eerste aanzet voor de kaders van het instrument grootschalig risicogericht testen is gemaakt in overleg met de relevante actoren. De uiteindelijke invulling van het instrument zal afhangen van de uitkomsten van de onderzoeken van de pilots en de lessen die daaruit zijn getrokken. Ik verwacht uw Kamer eind april te kunnen informeren over de mogelijke vervolgstappen. Hiermee voldoe ik aan de motie van de leden Ellemeet en Klaver over het trekken van lessen uit lokale populatietesten.²²

Grootschalig risicogericht testen en R-waarde

Aan het RIVM heb ik gevraagd te berekenen wat het verwachte effect van grootschalig gebiedstesten op de R-waarde is. In de rapportage over de verwachte effecten van vaccinatiestrategieën is ook een analyse opgenomen over het grootschalig gebiedstesten. Het RIVM verwacht dat

²¹ In Charlois zijn in totaal ongeveer 16.000 testen afgenomen. Tot en met maandag 15 maart zijn in Dronten en Bunschoten respectievelijk ongeveer 16.000 en 12.000 testen afgenomen. Inwoners kunnen zich meerdere keren laten testen.

²² Kamerstuk 35 653, nr. 4.

grootschalig herhaald testen slechts een beperkte invloed heeft op de R-waarde, behalve als het om de dag wordt uitgevoerd. Hiermee voldoe ik aan de toezegging aan het lid Kröger over het modelleren van de R-waarde.

1c Testen op primair- en voortgezet onderwijs bij uitbraken

Met testen in het primair en voortgezet onderwijs worden introducties van nieuwe besmettingen en de verdere verspreiding van het virus binnen scholen voorkomen. Daarbij geldt het huidige testbeleid door de GGD'en, opvolging van het BCO en leraren krijgen voorrang via de prioriteitsstraten. Voor kinderen en leraren in het primair en voortgezet onderwijs geldt dat zij bij klachten thuis blijven en zich bij de GGD kunnen laten testen. Als gevolg van dit testbeleid is het aandeel kinderen dat door de GGD'en getest wordt sinds de heropening van het primair en voortgezet onderwijs sterk gestegen.

In het funderend onderwijs is met pilots bekeken hoe de inzet van testen kan bijdragen aan het zo veel mogelijk doorgang laten vinden van het reguliere onderwijsproces. In het voortgezet onderwijs zijn de afgelopen weken ervaringen opgedaan met risicogericht testen, waarbij een bredere groep leerlingen wordt getest in geval van een besmetting. Deze pilots, waarin gewerkt wordt met testafname onder medisch toezicht of door een professionele uitvoerder, leveren uitvoeringsvragen op die de inzet en schaalbaarheid van sneltesten belemmeren. Een deskundigenpanel is gevraagd hierover te adviseren, zie ook de paragraaf over «(begeleid) zelftesten». Het panel geeft aan dat een tweede setting mogelijk is, waarbij iemand volledig vrijwillig bij zichzelf een test afneemt en afleest. Al dan niet met verbale begeleiding van een vrijwilliger. Bij deze setting is geen sprake van zorg.

Met de aanbevelingen uit het advies van het deskundigenpanel wordt gewerkt aan een verdere uitrol van de aanpak in de huidige pilots. Vanaf half april wordt gestart met het stap voor stap beschikbaar stellen van zelftesten voor risicogericht testen van leerlingen en leraren in het hele vo en voor het preventief testen van het onderwijspersoneel in het primair onderwijs, speciaal onderwijs en voortgezet onderwijs. Daarnaast wordt ook voor de kinderopvang verkend hoe periodiek preventief testen van pedagogisch medewerkers en gastouders mogelijk gemaakt kan worden.

Het beschikbaar stellen van zelftesten en de definitieve leveringen zijn afhankelijk van een aantal factoren, waaronder de productie (en snelheid daarvan) door de fabrikanten en het verlenen van een CE-ontheffing (of CE-markering). Dit kan alleen op basis van een volledige ontheffingsaanvraag door fabrikanten en positieve beoordeling door IGJ en RIVM. Naar verwachting vanaf april zullen de eerste testen geleidelijk beschikbaar komen en naar verwachting zijn er vanaf eind april voldoende zelftesten voor het onderwijs beschikbaar. Voorafgaand aan uitgifte van zelftesten aan onderwijsinstellingen zal de benodigde distributie, logistiek, instructie en communicatie van de zelftesten geregeld moeten worden. Daar wordt de komende periode met alle betrokkenen volop aan gewerkt.

Spoor 2 Testen om de samenleving te openen

Naast het testen om het virus op te sporen en te bestrijden, zet het kabinet ook in op het meer mogelijk maken van testen om de samenleving stapsgewijs steeds meer te openen. Het kabinet zet nieuwe stappen die hiervoor perspectief bieden door te testen voor een veilige toegang tot het sociale leven en veiliger werken en studeren mogelijk maken. Samen met het Ministerie van Economische zaken en Klimaat en het Ministerie van

Onderwijs, Cultuur en Wetenschap wordt intensief gewerkt aan de opbouw van testcapaciteit voor toegangstesten (spoor 2a), gericht op een veilige toegang tot het sociale leven, en het realiseren van meer testmogelijkheden voor het onderwijs en bedrijfsleven (spoor 2b en 2c). Gegeven de epidemiologische situatie is het niet mogelijk om de praktijktest drinkgelegenheden Utrecht in oorspronkelijk beoogde omvang door te laten gaan. Het kabinet kijkt met betrokken partijen naar de mogelijkheden voor een kleinschaligere variant.

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 samen met betrokken sectoren, veiligheidsregio's en gemeenten gezamenlijk vorm aan spoor 2a. 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. Besluitvorming over de inzet van testbewijzen, het benodigde wetsvoorstel, de daadwerkelijke realisatie van de testcapaciteit en de prioritering van sectoren/voorzieningen moet nog definitief plaatsvinden. In deze brief informeer ik u over de laatste stand van zaken m.b.t. toegangstesten.

Ontwikkeling testbewijs

In de brief van 8 maart jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over de voortgang van het wetsvoorstel «Tijdelijke wet testbewijzen COVID-19» (Kamerstuk 25 295, nr. 1032). Het kabinet is van mening dat de inzet van het testbewijs een aanvullend instrument kan zijn om de samenleving op verantwoorde wijze, stap voor stap, eerder en ruimer te kunnen openen. Met een testbewijs kunnen burgers tijdelijk toegang krijgen tot bijvoorbeeld evenementen en culturele instellingen. Het advies van de Gezondheidsraad van 14 januari 2021 en het daarin opgenomen afwegingskader zijn vanzelfsprekend belangrijke uitgangspunten voor het wetsvoorstel.

Het wetsvoorstel is op 8 maart 2021 voor advies voorgelegd aan het College voor de Rechten van de Mens, de Autoriteit Persoonsgegevens en het Adviescollege toetsing regeldruk. Eveneens op die datum is het wetsvoorstel voor een toezichts- en handhavingstoets aangeboden aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit en de Inspectie van het Onderwijs. Tegelijk is een internetconsultatie gestart. Op de internetconsultatie zijn 5840 reacties binnengekomen waarvan 3750 openbaar. Deze adviezen en reacties zullen, waar nodig, worden verwerkt in het wetsvoorstel. Hierbij wordt ook het advies van de Denktank Coronacrisis van 8 maart 2021 betrokken. Het streven is dit wetsvoorstel nog deze maand voor advies voor te leggen aan de Raad van State en vervolgens medio april aan uw Kamer aan te bieden.

Ik overleg met de betrokken departementen over bij welk type voorzieningen en activiteiten en onder welke voorwaarden het mogelijk én wenselijk is te starten met de inzet van testbewijzen zodra de wetswijziging tot stand is gebracht. Ter voorbereiding op deze start worden vanaf 27 maart 2021 praktijktesten en pilots georganiseerd om te onderzoeken hoe het toegangstesten straks veilig en grootschalig kan worden ingezet, zodat het testbewijs als instrument kan worden gebruikt in de bestrijding van de epidemie bij het heropenen van de samenleving. We onderzoeken, in nauw overleg met de betrokken sectoren en veiligheidsregio's, op basis van een onderzoeksplan wat het toegangstesten betekent voor de burger,

de organisator van de activiteit of voorziening, de testinfrastructuur van Stichting Open Nederland en het gebruik van de apps CoronaCheck en CoronaCheck Scanner. Deze pilots vinden verspreid over Nederland plaats in de verschillende sectoren waar het testbewijs straks kan worden ingezet.

De pilots zijn vanzelfsprekend begrensd in omvang; het gaat immers om een onderzoeksfase, niet in het minst vanwege de epidemiologische situatie op dit moment. In maart zal het alleen gaan om de interland Nederland-Letland op 27 maart in de Arena met een beperkt aantal bezoekers. Ook is het gegeven de epidemiologische situatie op dit moment niet mogelijk om de praktijktest drinkgelegenheden in Utrecht door te laten gaan. Wel kijkt het kabinet, met betrokken partijen, naar de mogelijkheden van een kleinschaligere variant.

Onder coördinatie van het Ministerie van EZK en in overleg met andere betrokken departementen, sectoren, veiligheidsregio's en gemeenten wordt voor de pilots in april een planning opgesteld, passend bij de dan geldende epidemiologische situatie.

Door vooruitlopend op het wetsvoorstel «Tijdelijke wet testbewijzen COVID-19» te starten met onderzoek naar de praktijk van het toegangstesten, weten we tijdig wat wel en niet uitvoerbaar is. De uitkomsten van de pilots worden meegenomen in de ministeriële regeling die zal worden opgesteld, waarin een nadere precisering van de voorzieningen en activiteiten wordt gegeven en waarin wordt opgenomen onder welke voorwaarden een testbewijs daadwerkelijk wordt verplicht. Op deze manier kan, uiteraard na overleg met beide Kamers over het wetsvoorstel, een goede start worden gemaakt met het toegangstesten op grote schaal.

Realisatie testcapaciteit

In de brief van 23 februari jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over de opbouw van de testcapaciteit voor toegangstesten in speciale teststraten die in drie fasen plaatsvindt (Kamerstuk 25 295, nr. 995). Het streefdoel is om van 25.000 testen per dag in de loop van maart naar 400.000 testen per dag in mei op te bouwen. In de tweede week van februari is begonnen met de voorbereidende fase, waarin onder andere de eerste dertig testlocaties zijn opgezet voor de testafname en genereren van testbewijzen – op het moment dat dit wettelijk en praktisch mogelijk is. Vervolgens vindt de pilotfase plaats, die tot eind april loopt. Hiervoor worden zeventig locaties gebouwd, die naar verwachting begin april operationeel zijn. Gedurende deze fase wordt de daadwerkelijke uitvoering van het toegangstesten getoetst. Vanaf mei verwacht ik dat, na aanvaarding van beide Kamers met het wetsvoorstel testbewijs, gestart kan worden met de implementatie van toegangstesten. De bouw en operationalisering van deze locaties wordt uitgevoerd door Stichting Open Nederland, in nauwe samenwerking met Project Amsterdam en de Ministeries van EZK en OCW. 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. Gelet op het doel om grootschalig testen voor de Nederlandse bevolking te faciliteren, vind het kabinet het van belang om zorg te dragen voor de financiering van deze voorbereidingen. Voor de financiering vanaf mei vindt vanuit het oogpunt van haalbaarheid en kosteneffectiviteit stapsgewijze besluitvorming plaats.

CoronaCheck apps

De digitale applicatie voor het testbewijs, CoronaCheck, wordt in de komende periode, voorafgaand aan de inwerkingtreding van de Tijdelijke

wet testbewijzen COVID-19 (Tw) beproefd bij de praktijktesten en pilots. Omdat de «Tijdelijke wet testbewijzen COVID-19» nog niet is aangenomen, is er nog geen wettelijke grondslag voor het verwerken van (bijzonder) persoonsgegevens aan de zijde van de persoon of organisatie die een testbewijs controleert. Om die reden worden in de versies van CoronaCheck app en CoronaCheck Scanner app die in de praktijktesten en pilots gebruikt worden geen persoonsgegevens opgenomen in het testbewijs. Bij het scannen van het testbewijs krijgt de controleur geen persoonsgegevens te zien.

Zodra de wettelijke grondslag er is, zullen in het testbewijs summier persoonsgegevens worden opgenomen. Hierbij wordt een balans gezocht tussen privacy en bescherming tegen misbruik. De persoonsgegevens zijn de 1e letter van de voornaam, de 1e letter van de achternaam, de geboortedag en de geboortemaand. In combinatie met een controle van het legitimatiebewijs kan zo grote mate van zekerheid worden verkregen dat het testbewijs hoort bij de persoon die getest is. Tegelijkertijd geven de summier persoonsgegevens weinig informatie prijs over de identiteit van de persoon. In geval van bijzondere, weinig voorkomende, combinaties van initialen zoals bijvoorbeeld QZ of YX worden geboortedag / geboortemaand weggelaten om te voorkomen dat aan de hand van deze gegevens alsnog de identiteit prijs wordt gegeven.

Zodra het testbewijs niet meer geldig is, wordt het testbewijs automatisch verwijderd, of (als de app niet is opgestart) direct bij het opstarten. Aan de kant van de controleur wordt het testbewijs in de CoronaCheck Scanner app alleen kort getoond en niet opgeslagen.

De ontwikkeling digitale ondersteuning van het testbewijs is door de overheid ter hand genomen. Uit de wettelijke plicht om het bewijs van een negatieve test te kunnen tonen, volgt ook een zorgplicht bij de overheid om de betrouwbaarheid van testbewijzen te garanderen. Weliswaar kan dit ook aan de markt overgelaten worden, maar de overheid dient daarbij eisen te stellen aan partijen en de producten dienen ook aan deze eisen te worden getoetst. De inrichting van zo'n stelsel kost tijd en is arbeidsintensief. Dit geldt ook voor de ontwikkeling van private apps via aanbesteding. Gelet op de brede maatschappelijk wens om de samenleving zo snel mogelijk, op verantwoorde wijze, te heropenen, is snelheid bij de ontwikkeling van de applicaties geboden.

Een testbewijs is geen letterlijk afschrift van een testresultaat, waar veel persoonlijke gegevens op staan, maar een cryptografische representatie daarvan. Standardisatie van dergelijke bewijzen vindt internationaal nog plaats, waardoor nog geen vast programma van eisen bestaat waarop private partijen kunnen bouwen. Ontwikkeling door de overheid in nauwe afstemming met de doorlopende internationale gesprekken over standardisatie ligt daarom voor de hand. Dat de standaarden nog in ontwikkeling zijn, blijkt uit de ontwikkelingen rondom de Europese verordening over een Digitaal Groen Certificaat.

Voor burgers is ten slotte van belang dat herkenbare apps ontstaan waarop ze kunnen vertrouwen en die ze herkennen. Daarom werkt het Ministerie van VWS aan de applicaties die een wettelijke basis kennen, direct uitgezet kunnen worden als het nodig is en zo min mogelijk persoonsgegevens verwerken. De applicaties worden transparant en in open source ontwikkeld en de broncode wordt ter beschikking gesteld aan andere staten. Door deze openheid kan iedereen die dat wil de ontwikkelingen volgen, meedoen en toetsen.

Doorlopende evaluatie

Voor de CoronaCheck apps wordt, net als bij CoronaMelder, een doorlopende evaluatie opgestart onder leiding van Prof. dr. Wolfgang Ebbers (Erasmus Universiteit Rotterdam). Hiermee wordt het succes en de werking van de apps onderzocht. Het evaluatieteam onderzoekt de mate van adoptie, en het gebruik van de app. Ook worden de effecten van de app op het gedrag van burgers in kaart gebracht. Deze effecten worden onderverdeeld in direct beoogde, indirect beoogde en niet-beoogde effecten. Aanvullend wordt de relatie tussen adoptie, gebruik en alle effecten in beeld gebracht om zicht te krijgen hoe deze samenhangen met kenmerken van gebruikers. Op basis van deze informatie kan het proces, de app of de communicatie daaromheen worden aangepast.

Tijdens de fieldlab evenementen in Biddinghuizen op 20 en 21 maart jl. vond de eerste nulmeting plaats. Een team gedragskundigen heeft in kaart gebracht in hoeverre bezoekers het scannen van CoronaCheck kunnen en willen ontwijken. De resultaten hiervan worden teruggelegd bij zowel het CoronaCheck evaluatieteam als het bouwteam voor de verdere monitoring en ontwikkeling van de apps. De eerste resultaten omtrent de monitoring van de CoronaCheck app tijdens het fieldlab in Biddinghuizen zal ik in de volgende stand van zaken brief aan uw Kamer delen. Evaluatiedata worden publiek beschikbaar gemaakt via een nog nader te bepalen platform. Ook wordt onderzocht welke variabelen interessant zijn voor het huidige CoronaDashboard of een alternatieve rapportage.

In Europa worden op dit moment ook discussies gevoerd over een potentieel «bewijs van herstel» als alternatief voor een negatieve tekstverklaring die in veel lidstaten, waaronder Nederland, verplicht is voor inreizigers. In het licht van deze Europese discussie is het OMT gevraagd of een recent bewijs van COVID-19 besmetting te accepteren als alternatief voor de verplichte negatieve NAAT(PCR)-test voor reizigers uit hoogrisicogebieden. Het OMT adviseert dat op dit moment een geregistreerde positieve testuitslag of een positieve serologische test niet bruikbaar is als vervanging van de negatieve NAAT(PCR)-test voor reizigers uit hoogrisicogebieden. Aanvullend hierop wordt verkend of bewijs van een eerder doorgemaakt infectie ook als testbewijs kan worden gebruikt bij het heropenen van de samenleving. Ik heb gevraagd om het totale volume aan beschikbare toegangsbewijzen hierin mee nemen, aangezien dit potentieel zeer groot zou kunnen zijn. Hier wil ik opnieuw benadrukken dat ook met de inzet van testbewijzen bewijzen van een eerder doorgemaakt infectie voor toegang, altijd geldende maatregelen zoals de 1,5 meter gehandhaafd zullen moeten worden.

2b Testen gericht op veiliger werken

Sinds het begin van de coronacrisis werken veel mensen langdurig thuis. Van belang is dat we dit blijven doen en blijven volhouden zolang dat op basis van de epidemiologische situatie nodig is. Er is echter ook een groep werknemers die niet thuis kan werken. De Minister van SZW heeft hiertoe samen met de sociale partners de «handreiking: Algemene criteria thuiswerken» opgesteld. De criteria zijn te vinden op de website van de rijksoverheid.²³ Hiermee wordt voldaan aan de toezegging in mijn stand van zakenbrief van 23 februari jl. om uw Kamer te informeren over veiliger werken. Het preventief testen van mensen zonder klachten en zonder bekende blootstelling is een manier zijn om vroegtijdig besmettingen op te sporen en uitbraaksituaties te voorkomen, doordat meer positieve gevallen worden opgespoord dan wanneer niet asymptomatisch wordt getest.

²³ www.rijksoverheid.nl/thuiswerkenincoronatijd.

Om veiliger werken mogelijk te maken wil het kabinet werkgevers ondersteunen om hun werknemers de mogelijkheid te geven zich preventief te laten testen. Deze week start een regeling, die werkgevers financieel ondersteunt wanneer zij hun werknemers zonder klachten de mogelijkheid willen bieden om zich preventief en frequent te laten testen onder medisch toezicht. Werkgevers kunnen via hun arbodienst of een BIG-geregistreerde arts een maximale vergoeding krijgen van het Ministerie van VWS voor het afnemen van preventieve testen bij werknemers (maximaal is 300 miljoen euro beschikbaar). Deze vergoeding wordt enkel beschikbaar gesteld voor werknemers die door de aard van hun werkzaamheden geen enkele mogelijkheid hebben om thuis te werken én zich – buiten eigen schuld om – in werksituaties bevinden waar 1,5 meter afstand moeilijk te handhaven is. Want: thuiswerken blijft de norm. Belangrijk om hierbij te vermelden is dat een werkgever haar werknemers nooit mag verplichten tot het afnemen van een test.

Op termijn is het perspectief voor werknemers zelftesten, waarbij de werknemers thuis of op het werk onder eigen verantwoordelijkheid een test kan afnemen zonder medisch toezicht. Deze regeling geldt als overbrugging totdat zelftesten, die op dit moment nog niet op de markt zijn, beschikbaar zijn. Bij klachten of na bekende blootstelling blijft het advies om je te laten testen bij een van de GGD-teststraten. De huidige al lopende capaciteit van de GGD biedt daarvoor voldoende ruimte. De huidige regeling, gericht op ondersteuning bij het testen van werknemers met klachten, is derhalve per 19 maart jl. gesloten voor nieuwe aanmelders.

2c Testen gericht op veiliger studeren

Met het oog op de ontwikkeling en het mentale en fysieke welbevinden van studenten en het voorkomen van verdere studievertragingen, is het kunnen volgen van fysiek onderwijs belangrijk. Het kabinet wil daarom zo snel mogelijk dat studenten in het hoger onderwijs 1 dag per week fysiek onderwijs kunnen volgen. Dit heeft op de korte termijn en op de middel-lange termijn positieve effecten voor studenten, onderwijsinstellingen, arbeidsmarkt en samenleving. Gezien het huidige epidemiologische beeld ziet het kabinet echter nu geen ruimte voor directe versoepelingen op brede schaal. Wel ziet het kabinet dat de inzet van sneltesten, die naar verwachting in april geleidelijk beschikbaar komen, ook als zelftest, kan helpen om op een verantwoorde manier vanaf eind april meer fysiek onderwijs te bieden. Dit kan op zijn vroegst met ingang van 26 april aanstaande en dan alleen onder de voorwaarde dat studenten en docenten preventief kunnen worden getest. Voorwaarde is dat de epidemiologische omstandigheden dit toelaten. Met alle betrokkenen werkt het kabinet naar dit moment toe, zodat het preventief (zelf)testen voor het gehele hoger onderwijs goed voorbereid is en ingevoerd kan worden.

Op dit moment lopen in acht regio's pilots bij hoger onderwijsinstellingen rondom testen, waaronder in drie regio's met begeleide zelfafname en zelftesten. Het kabinet wil de komende periode inzetten op het uitbouwen van deze pilots, waardoor op korte termijn de inzet van met name begeleide zelfafname en zelftesten zoveel mogelijk verder worden opgeschaald. Hierbij kan opgeschaald worden naar het testen van meer studenten binnen de huidige pilots. Opleidingen die deelnemen aan deze pilots, waarbij alle studenten zich kunnen laten testen, kunnen 1 dag per week fysiek onderwijs aanbieden. Dit kan naast de bestaande uitzonderingscategorieën (tentamens, examens, praktijkonderwijs en begeleiding van kwetsbare studenten).

Vanaf 19 april kunnen instellingen, binnen de pilotregio's, overgaan tot meer zelftesten. Hiervoor worden zelftesten aan de hogescholen en universiteiten die onderdeel zijn van de pilots ter beschikking gesteld. Opleidingen die deelnemen aan deze pilots, waarbij alle studenten zich kunnen laten testen, kunnen 1 dag per week fysiek onderwijs aanbieden. Vanaf 26 april kunnen, indien de epidemiologische situatie dit toelaat, onderwijsinstellingen 1 dag fysiek onderwijs per student aanbieden, op voorwaarde dat de onderwijsinstellingen preventief testen (met name door middel van zelftesten) aan alle studenten kan aanbieden en de daarvoor benodigde distributie, logistiek, instructie en communicatie geïmplementeerd hebben.

Het kabinet zal bekijken hoe instellingen in de opschaling van sneltesten en zelftesten het beste gefaciliteerd kunnen worden, zodat testen gedistribueerd en afgenomen kunnen worden. Zelftesten worden ook beschikbaar gesteld voor het mbo, hiervan wordt het tijdpad nog nader gezien. Vergroting van de mogelijkheid voor aanbieden van fysiek onderwijs voor 1 dag per week geldt in aanvulling op de bestaande uitzonderingen op thuisonderwijs, ten aanzien van tentamens, examens, praktijkonderwijs en begeleiding van kwetsbare studenten.

(Begeleid) zelftesten

Deskundigenpanel Zelf testen onder begeleiding

In de vorige stand van zakenbrief heb ik u geïnformeerd over pilots waarbij sneltesten op school en in bedrijven worden ingezet. Deze pilots leveren uitvoeringsvragen op die de inzet en schaalbaarheid van sneltesten belemmeren. Om hierin een doorbraak te realiseren heeft het kabinet een panel van deskundigen, onder leiding van de voorzitter van de LCT, gevraagd om het kabinet te adviseren. Met dit deskundigenpanel voldoe ik aan de motie Van den Berg²⁴ die mij heeft verzocht te faciliteren dat deskundigen binnen drie weken een handreiking opstellen voor herhaald preventief testen in de vorm van (begeleide) zelfafname. Het afgeronde advies²⁵ is bij deze brief gevoegd. De deskundigen, bestaande uit o.a. wetenschappers, juristen en mensen uit het onderwijsveld en bedrijfsleven, zien een toenemend draagvlak voor het sneller, meer en laagdrempeliger testen bij een besmetting in het onderwijs (spoor 1c) en voor veilig werken en studeren (spoor 2b en 2c).

Op dit moment wordt in de pilots gewerkt met testafname onder medisch toezicht of door een professionele uitvoerder. Het panel concludeert dat deze wijze van testafname moeilijk werkbaar en schaalbaar is te maken. Daarnaast geeft het panel aan dat een tweede setting mogelijk is, waarbij iemand volledig vrijwillig bij zichzelf een test afneemt en afleest. Al dan niet met verbale begeleiding van een vrijwilliger. Bij deze setting is geen sprake van zorg. De Wkkgz, de Wgbo, de Wet BIG en de Wpg zijn in dat geval niet onverkort van toepassing. Bij dit scenario zijn de in de pilots ervaren problemen opgelost en ontstaat een werkbaar en schaalbaar model voor (begeleid) zelftesten in het onderwijs en bedrijfsleven.

Bij de inzet van zelftesten is het van belang dat mensen goed weten waar je een zelftest voor kan gebruiken. Samenvattend is een zelftest niet bedoeld voor mensen met klachten of mensen met een verhoogd risico. Zij krijgen het advies om zich bij een teststraat door een professional te laten testen. Een zelftest kan ook niet gebruikt worden om ergens toegang

²⁴ Kamerstuk 35 653, nr. 7.

²⁵ Zelf testen in het onderwijs en bedrijfsleven, advies deskundigenpanel 18 maart 2021. Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

toe te krijgen. Dit is te fraudegevoelig. Hier wordt een aparte testinfrastructuur voor ingericht. Zelftesten kan wel bijdragen aan meer veiligheid, zeker als mensen het frequent doen en genoeg mensen het doen. Specifiek in het onderwijs en in bedrijfsprocessen waar thuiswerken niet mogelijk is en afstand houden moeilijk is, zoals bijvoorbeeld de brandweer of politie, kunnen zelftesten een belangrijke bijdrage leveren aan het verminderen van de kans op introducties en de verspreiding van het virus. Om het gebruik in deze omgevingen te stimuleren zal ik ook vanuit Dienst Testen centrale voorraad inkopen en die aan het onderwijs beschikbaar stellen. Dienst Testen treft hiertoe de noodzakelijke voorbereidingen.

Het eerder genoemde deskundigenpanel merkt terecht op dat aan het grootschalig inzetten van zelftesten ook nadelen zitten. Mensen kunnen zich bijvoorbeeld risicovoller gaan gedragen, zoals zich minder goed aan de maatregelen houden. Daarnaast zijn mensen zelf verantwoordelijk voor het handelen bij een positieve testuitslag, waaronder het informeren van contacten, het doorgeven van de uitslag en om zich te laten hertesten bij een GGD-teststraat. Goede voorlichting en diverse kanalen van communicatie over hoe je moeten handelen bij een positieve of negatieve testuitslag is daarom van belang. Ik zet daarom in op verschillende manieren van communicatie. Aan een ontheffing wordt de voorwaarde verbonden dat in de bijsluiters van de zelftesten informatie moet staan over wat te doen bij een positieve of negatieve uitslag. De tekst is in afstemming met de GGD en RIVM tot stand gekomen. Via de website van de rijksoverheid en de website van RIVM worden mensen over het zelftesten geïnformeerd. Deze week zal informatie op verschillende websites te vinden zijn. Parallel voer ik gesprekken met apothekers, drogisten en supermarkten over het laten aansluiten van hun communicatie op die van de rijksoverheid. Zo borgen we dat op verschillende plekken dezelfde communicatieboodschappen naar voren komen.

Ontheffingen zelftesten

Randvoorwaardelijk voor het creëren van deze setting is dat er zelftesten zijn die mensen zelf kunnen gebruiken. Per 4 maart jl. is het voor fabrikanten en leveranciers van antigeentesten mogelijk om een ontheffingsaanvraag in te dienen, waarmee de antigeentest tijdelijk op de Nederlandse markt als zelftest gebruikt kan worden. Sindsdien zijn door verschillende partijen aanvragen ingediend die op dit moment beoordeeld worden. Ik verwacht dat de eerste ontheffingen deze week verleend kunnen worden en verwacht dat de eerste zelftesten vanaf half april geleidelijk beschikbaar komen op een laagdrempelige wijze in bijvoorbeeld apotheken, drogisterijen en supermarkten. Mensen kunnen dan zelf een test kopen om te testen of zij met het coronavirus besmet zijn. Het beschikbaar krijgen van zelftesten is wel afhankelijk van de daadwerkelijke productie en leveringen door fabrikanten, het verkrijgen van een CE-ontheffing en vervolgens de organisatie van de distributie en logistiek en beschikbaar stellen van de juiste instructie en communicatie voor gebruik van de zelftest.

Inkoop zelftesten

Om zo snel mogelijk voor het onderwijs over voldoende zelftesten te beschikken, heb ik Dienst Testen de opdracht gegeven om bij die partijen, waar zij reeds een raamovereenkomst mee heeft voor de aankoop van antigeentesten voor professionele afname, een order te plaatsen voor zelftesten. Dit doe ik vooruitlopend op het verkrijgen van een CE-ontheffing door de leveranciers. Omdat hierbij, gelet op de tijd, niet de aanbestedingsregels kunnen worden gevolgd, leidt dit tot een onrechtmatigheid op de VWS-begroting. Om deze onrechtmatigheid zoveel mogelijk te beperken, wordt tegelijkertijd een aanbesteding voorbereid, zodat ook

bij andere partijen die een CE-ontheffing hebben zelftesten ingekocht kan worden.

Uw Kamer heeft door middel van de aangenomen motie van de leden Klaver en Jetten²⁶ verzocht om snelle zelftesten gratis beschikbaar te maken. Zoals ik reeds in het debat met uw Kamer heb aangegeven, gaf ik de appreciatie «Oordeel Kamer» omdat uw Kamer instemde dat mijn interpretatie van de motie overeenkomt met de interpretatie van de indieners. Ik ben het eens met de indieners dat de overheid een grote rol heeft in het gratis beschikbaar stellen van (zelf)testen bij toegang tot het sociale leven, op het werk, in het onderwijs en natuurlijk bij klachten. Mensen met klachten en mensen met een verhoogd risico kunnen zich altijd gratis laten testen in de GGD-teststraat, ook is er een regeling voor werkgevers om preventief en frequent testen te stimuleren, in gevallen waarin thuiswerken en 1,5 meter afstand houden niet altijd mogelijk is. Daarbij wordt in spoor 2 gewerkt aan de opbouw van testcapaciteit voor toegangstesten. Het streefdoel rondom de opbouw van testcapaciteit gaat van 25.000 testen per dag per 1 maart naar 400.000 testen per dag per 1 mei. Tot slot biedt de overheid kosteloos zelftesten aan in het onderwijs in het kader van veilig onderwijs. Wel verwacht ik dat anderen (burgers, bedrijven en (overheids-)instellingen) zelf gaan betalen voor een zelftest, zij kunnen deze ook straks zelf aanschaffen bij fabrikanten die zelftesten met een CE-markering of ontheffing daarvan hebben. Hiermee voldoe ik aan de motie van de leden Klaver en Jetten²⁷.

Toezicht op testen

Op 10 maart jl. heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) een aantal factsheets gepubliceerd over haar toezicht op de zogeheten «testketen». De IGJ heeft in haar toezicht gekeken naar de GGD'en, de binnen het nationale testbeleid ingezette laboratoria en de commerciële aanbieders van testen. De verschillende rapporten kunt u vinden op de site van de IGJ²⁸.

De inspectie geeft de partijen in de testketen complimenten voor het uithoudingsvermogen van de betrokken partijen, die al een jaar onder hoge druk staan. De IGJ is ook positief over de bereidheid en aandacht voor leren en verbeteren in de sector. Daarnaast is de inspectie te spreken over de wendbaarheid van de organisaties in de testketen, zij moeten zich aanpassen aan een voortdurend veranderende testvraag.

De IGJ geeft in haar publicaties een aantal verbeterpunten. Zo geeft de IGJ aan dat ogenschijnlijk kleine aanpassingen in het testbeleid grote gevolgen kunnen hebben voor de uitvoering. Daarom is voorspelbaarheid en consistentie in het testbeleid van belang. Ook is het belangrijk dat ICT-problemen worden opgelost en nieuwe oplossingen worden gebouwd en dat duidelijk wordt vastgelegd wie waarvoor verantwoordelijk is in de testketen. Hierbij is het van belang dat partijen de samenwerking met elkaar blijven zoeken. Naar de toekomst toe moet volgens de inspectie gekeken worden naar de bestuurlijke inrichting (samenwerking tussen landelijke en regionale overheden) om een pandemie optimaal te kunnen bestrijden. Naast deze meer organisatorische verbeterpunten vraagt de IGJ ook aandacht voor verbeteringen op het terrein van infectiepreventie. Komende periode zal de IGJ in haar toezicht de focus leggen op innovatieve nieuwe soorten testen en daarnaast haar toezicht op nieuwe PCR-laboratoria en risicovolle meldingen aanscherpen.

²⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 1042.

²⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 1042.

²⁸ Factsheet van swab tot lab | Rapport | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (igj.nl).

Ik vind het toezicht dat de IGJ houdt op de testketen van groot belang, ook in de crisisbestrijding draagt dit bij aan aandacht voor kwaliteit en veiligheid. Uiteraard constateer ik met genoegen dat de IGJ overwegend positief is over de hele testketen en alle spelers daarin. Ik wil me aansluiten bij de complimenten en waardering voor de mensen die in dit veld werkzaam zijn. Ik roep alle betrokken partijen op de aanbevelingen van de IGJ ter harte te nemen. Met veel van de aanbevelingen zijn de partijen, al dan niet samen met het Ministerie van VWS, al hard aan de slag. Denk aan de controle op kwaliteit in de hele testketen, intensievere samenwerking, verbetering van het ICT-landschap rondom het testen en de regie op de testketen. Hoewel voorspelbaarheid in het testbeleid niet altijd mogelijk is, proberen we onder andere door de wekelijkse overleggen in de LCT wel iedereen mee te nemen in de toekomstige veranderingen. De aanbeveling om in de toekomst te kijken naar de bestuurlijke inrichting en de samenwerking tussen landelijke en regionale overheden om een pandemie optimaal te bestrijden komt niet alleen van de IGJ. Deze belangrijke aanbeveling voor de lange termijn is iets waar het volgende kabinet zich op zal beraden. Ik zal er zorg voor dragen dat hen dit wordt meegegeven.

Herijking inkoopstrategie

Het is belangrijk om met de testcapaciteit en testsamenstelling steeds zo veel als mogelijk aan te sluiten bij de ontwikkelingen in het testbeleid, waarbij als randvoorwaarde wordt gesteld dat er altijd afdoende capaciteit dient te zijn om te kunnen voorzien in de testbehoefte. Daarbij gaan de ontwikkelingen op het gebied van testmethoden snel, waardoor testen sneller, gebruiksvriendelijker, goedkoper en op een diversiteit van locaties – waarbij de nabije aanwezigheid van een laboratorium geen vereiste is – kunnen worden ingezet.

De inkoop van testen en testcapaciteit moet daar op inspelen. Ik heb Dienst Testen daarom de opdracht gegeven om hun inkoopstrategie te herijken. Zij pakken deze opdracht op, waarbij naast de testbehoefte ook wordt gekeken op welke manier verschillende testmethoden die qua gevoeligheid enerzijds en qua snelheid anderzijds dicht bij elkaar liggen ook in bepaalde mate uitwisselbaar zijn of als terugvaloptie kunnen dienen. Op deze manier worden risico's zoveel als mogelijk ondervangen.

Dienst Testen zal op korte termijn met de bestaande partijen de benodigde testcapaciteit waarborgen en op de lange termijn een aanbesteding organiseren om een duurzaam testlandschap te organiseren. Tegelijkertijd voert Dienst Testen ook een marktorientatie uit om zicht te krijgen op de innovatieve testen die een mogelijke plaats moeten krijgen.

Governance Test- en Traceerketen

Per 1 april 2021 loopt de opdracht van de heer Van der Zande als voorzitter van de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit af. Veel dank gaat uit naar hem uit voor de grootse prestaties die hij heeft bewerkstelligd vanaf oktober 2020. Onder zijn voorzitterschap zijn grote stappen gezet in de ontwikkeling en uitvoering van het testbeleid tot stand gebracht. Voorts ben ik verheugd dat de heer Van Lint bereid is het voorzitterschap van de LCT per 1 april 2021 voort te zetten. De heer Van Lint heeft ruime ervaring in beleid en uitvoering bij verschillende departementen. Hem staat een belangrijke taak te wachten om de governance van de testketen stevig te blijven borgen, te zorgen voor een duidelijke regie op de samenwerking en op een gecoördineerde, tijdige en adequate uitvoering van het nationale testbeleid, teneinde te testen om het virus op te sporen en te bestrijden alsmede te testen om de samen-

leving te openen. Ik breng op korte termijn ook wijzigingen aan in de leiding van Dienst Testen, onder andere vanwege het vertrek het hoofd van dienst. Veel dank gaat uiteraard ook uit naar het werk dat alle mensen van Dienst Testen afgelopen tijd hebben verzet.

Landelijk Expertteam Ademtest

Op 23 februari jl. is een expertteam onder voorzitterschap van professor Patrick Bossuyt gestart om te adviseren over de zorgvuldige doorstart van de ademtest. Het expertteam heeft zich gebogen over de rapportages uit Amsterdam en Venray, een aantal verbeteringen in het kwaliteitssysteem gesuggereerd en een advies geformuleerd voor aard en omvang van een verificatie bij de doorstart. Voor de hernieuwde uitrol van de ademtest in de teststraten adviseert het expertteam om een robuuste verificatie op locatie uit te voeren, zodat de gewenste hoge betrouwbaarheid bij een negatieve uitslag kan worden bevestigd. Die robuuste verificatie dient als basis voor de verdere uitrol van de ademtest. Uitgangspunt is om aan het GGD-uitrolplan, waarbij in alle regio's sneltesten komen, vast te houden. Het streven is om de herstart van de ademtest in Amsterdam en Venray te laten plaatsvinden rond 26 maart. Daarbij loopt nu al een aantal pilots in het bedrijfsleven, waarbij de ademtesten naar tevredenheid worden ingezet. Tevens worden pilots opgestart in het hoger en wetenschappelijk onderwijs, waarbij ademtesten worden ingezet.

Sequencing

Om mutaties en varianten nog beter te monitoren op landelijk niveau is een gedegen en landelijk dekkend netwerk van laboratoria nodig, dat afhankelijk van het verloop van de epidemie opschaalbaar moet zijn. In opvolging van het advies van de stuurgroep LCT van 27 januari jl. heeft het RIVM de opdracht gekregen om een landelijk netwerk voor sequentie-analyse in te richten. Dit netwerk zal door middel van sequencing ook de regionale GGD-en ondersteunen bij het uitvoeren van BCO. Volgens berekeningen van het RIVM zal de minimale sequence capaciteit landelijk (voor kiemsurveillance en in het kader van uitbraken en bijzondere diagnostiek) ongeveer 2.250 sequenties per week moeten bedragen (streefdatum eind april 2021). Hiermee voldoe ik aan de motie van de leden Ellemeet en Klaver²⁹ om middelen beschikbaar te stellen zodat meer positieve testuitslagen verspreid over het land in aanmerking komen voor sequencing om het zicht op het verloop van het virus te verbeteren.

Innovatie en validatieprogramma minder invasieve afnamemethoden

In de laatste Stand van zaken brieven heb ik uw Kamer op de hoogte gebracht over de ontwikkelingen rondom afnamemethoden die minder invasief zijn dan de methode die nu nog veel in de teststraten gebruikt wordt, namelijk een diepe monsterafname via de nasopharynx (via de neus) en de oropharynx (via de keel). Dit is ook voor kinderen op dit moment de standaardtestafname. Het merendeel van de kinderen verdraagt deze afname goed. GGD'en nemen extra tijd en geven extra aandacht bij de afname. Om dat te ondersteunen hebben alle GGD'en ook één of meer speciale locaties om kinderen te testen. Voor deze groep zijn ook de zogenaamde sabbelwatten gevalideerd, maar de toepassingsmogelijkheden daarvan in de GGD-teststraten zijn beperkt en worden daarom in uitzonderingsgevallen ingezet.

Het RIVM heeft data geanalyseerd van minder diepe neusbemonstering van de zogenaamde middelste neusschelp (midtubinaat). Het gaat om

²⁹ Kamerstuk 35 653, nr. 5.

data uit internationale literatuur en ervaringen uit het buitenland en van de GGD'en West-Brabant en Amsterdam. Het RIVM adviseert op basis hiervan positief over de inzet bij kinderen tot en met 12 jaar. De ondiepere afname is weliswaar wat minder gevoelig dan bemonstering via de nasopharynx, met name bij mensen die weinig virus bij zich dragen, maar kan bijdragen aan een nog grotere testbereidheid onder kinderen. De GGD'en en GGD GHOR Nederland treffen nu de voorbereidingen om deze meer kindvriendelijke afnamemethode in de teststraat in te zetten, zoals het trainen van de bemonsteraars. Vanaf begin april kunnen kinderen in de teststraat op deze wijze getest worden.

Validatiestudies naar het gebruik van gorgelen en mondspoelen worden momenteel afgerond. Deze afnamemethode is minder invasief. Bij positieve uitkomsten zal ik het OMT vragen in welke situaties deze methoden ingezet kunnen worden bij zowel kinderen als volwassenen. Na validatie zal nog enige tijd verstrijken voordat de nieuwe testmethodes geïmplementeerd en uitgerold zijn.

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 inclusief monitorgesprekken op dag 5 en dag 10 of ongeveer 6.400 volledig BCO zonder monitorgesprekken. Op dit moment voeren 15 GGD'en volledig BCO uit of volledig BCO zonder monitorgesprekken op dag 5 en dag 10, 5 GGD'en doen risicogestuurd BCO waarbij hoog risico indexen worden opgevolgd met volledig BCO en 5 GGD doet risicogestuurd BCO waarbij intensieve indexgesprekken plaatsvinden. 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.

Gezien de snelle ontwikkelingen en mogelijk aanzienlijke impact op bron- en contactonderzoek, zullen we continu monitoren wat de consequenties voor het bron- en contactonderzoek zijn voor testen op spoor 2a, 2b en 2c en zelftesten.

Feiten en cijfers over Testen en Traceren

Tabel 1. Feiten en cijfers Testen en Traceren week 9–10

Indicator	Week 9	Week 10	Week 11
<i>Omvang</i>			
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen (GGD-testlocaties en klinische testen) ^{1,2}	412.713 totaal per week 58.959 gemiddeld per dag	511.539 totaal per week 73.077 gemiddeld per dag	571.844 totaal per week 81.692 gemiddeld per dag
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen alleen bij de GGD testlocaties ¹	361.340 testen per week 51.620 gemiddeld per dag	460.810 testen per week 65.830 gemiddeld per dag	517.993 testen per week 73.999 gemiddeld per dag
Percentage sneltesten van het totaal aantal afgenomen testen bij de GGD ¹	15,4%	14,3%	14,6%
Het aantal meldingen positieven en percentage positieve testresultaten ³	31.959 meldingen bij het RIVM 28.847 positieven uit de GGD-testlocaties 8,0% positieven in GGD-testlocaties	39.527 meldingen bij het RIVM 35.274 positieven uit de GGD-testlocaties 7,6% positieven in GGD-testlocaties	46.005 meldingen bij het RIVM 41.442 positieven uit de GGD-testlocaties 8,0% positieven in GGD-testlocaties

Indicator	Week 9	Week 10	Week 11
Aantal en percentage opgestarte en afgeronde BCO ³	92,5% van de contactinventarisaties i.k.v.h. BCO is uitgevoerd, 29.251 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen i.v.m. duur van het BCO.	93,2% van de contactinventarisaties i.k.v.h. BCO is uitgevoerd, 35.863 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen i.v.m. duur van het BCO.	88,9% van de contactinventarisaties i.k.v.h. BCO is uitgevoerd, 39.927 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	36% (meting 15-21 februari)	36% (meting 15-21 februari)	36% (meting 15-21 februari)
<i>Effectiviteit</i>			
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en de testafname ¹	14,4 uur	16,7 uur	17,9 uur
Gemiddelde tijd tussen de testafname en testuitslag ¹	18,3 uur	18,7 uur	20,3 uur
Gemiddelde tijd tussen inplannen testafpraak en testuitslag ¹	32,7 uur	35,4 uur	38,2 uur
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en testuitslag voor prioritair testen (zorgpersoneel en onderwijs via GGD-testlocaties) ¹	21,2 uur	24,1 uur	25,7 uur

¹ Bron: CoronIT en Dienst Testen lab-uitvraag (23/03/2021).

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 (23/03/2021).

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

Digitale ondersteuning digitale testketen

Onlangs informeerde ik uw Kamer over een aantal actuele onderwerpen in het kader van de digitale ondersteuning van de bestrijding van de pandemie³⁰. Hierbij wil ik u opnieuw informeren over de stand van zaken.

Op donderdag 18 maart heeft GGD GHOR Nederland mede namens 25 GGD'en een brief gestuurd naar de ongeveer duizend gedupeerden van de datadiefstal die naar voren zijn gekomen uit het politieonderzoek, waarin zij hun excuses aanbieden aan de gedupeerden, meer toelichting geven op hetgeen er is gebeurd en welke maatregelen er zijn genomen. Ook is aan de geadresseerden uitgelegd alert te zijn op signalen van oplichting of identiteitsfraude, en deze direct bij de politie te melden. Gedupeerden en andere burgers kunnen zich met vragen wenden tot de website van GGD GHOR Nederland.

HPZone

Voor de vervanging van HPZone en HPZone Lite heb ik aan GGD GHOR Nederland naar aanleiding van hun eerdere verzoek toegezegd als opdrachtgever op te treden om deze vervanging landelijk te coördineren. Ik ga dat deze week per brief bevestigen aan de GGD'en, GGD GHOR Nederland en het RIVM. In deze brief zal ik voorstellen om de vervanging van HPZone Lite en HPZone in twee fases te laten verlopen, waarbij HPZone Lite versneld vervangen zal worden door een nieuwe voorziening, ten behoeve van de COVID-19-bestrijding. In fase 1 is de transitie naar een

³⁰ Kamerstukken 27 529 en 25 295, nr. 258.

nieuwe voorziening als vervanging van HPZone Lite urgent vanwege het brede gebruik van deze voorziening in de COVID-19 pandemie. Tevens ben ik met de partijen in gesprek hoe de vervanging door de nieuwe voorziening en de implementatie met in achtname van ieders verantwoordelijkheid gerealiseerd wordt en daarna in tijdelijke beheer kan worden genomen.

In fase 2 zal HPZone worden vervangen door een nieuwe voorziening. Ik zal derhalve in mijn volgende stand van zakenbrief ingaan op de gekozen alternatieve voorziening voor HPZone Lite en de stand van zaken inzake de aanpak en inrichting van het tijdelijke beheer. Hiermee voldoe ik aan de toezegging om uw Kamer te informeren over wanneer HPZone Lite versneld vervangen wordt.

Externe controle

In opvolging van de toezegging die ik heb gedaan in mijn brief aan uw Kamer van 2 februari 2021³¹ kan ik melden dat de eerder toegezegde externe audit na 6 weken is gestart. Ik zal uw Kamer informeren over de resultaten wanneer deze audit is afgerond.

Ook heb ik toegezegd dat bij de audit ook het cultuuraspect meegenomen zou worden. Met een aparte audit die het klachtensysteem bij de GGD'en onder de loep neemt en kijkt of mensen met hun klachten en bij incidenten terecht kunnen binnen de organisatie, heb ik voldaan aan deze toezegging. Hiermee voldoe ik aan de toezegging aan uw Kamer om in de audits ook het cultuuraspect te betrekken.

Tijdens het Kamerdebat over de datadiefstal bij GGD'en (Handelingen II 2020/21, nr. 52, privacylek in de systemen van de GGD) heb ik toegezegd dat alle veiligheidsmaatregelen die extra worden ingebouwd aan de testkant, ook zullen worden meegenomen aan de vaccinatiekant. GGD GHOR Nederland heeft mij dat nogmaals bevestigd en zal dit in de toekomst blijven doen. Daarmee heb ik voldaan aan de toezegging aan uw Kamer om alles dat we nu extra inbouwen aan de testkant, ook meenemen aan de vaccinatiekant.

Op 6 maart 2021 is er een rapport over de reflectiedag van Bureau Gateway intern opgeleverd. Dit rapport is bedoeld om te controleren of de maatregelen op de korte termijn passend zijn voor de geïdentificeerde risico's en welk effect de huidige aanpak heeft op de lange termijn oplossingen en op de samenwerking in de digitale test- en traceerketen. De hoofdconclusie is dat de korte-termijninterventies van het verbeterplan lijken te worden gerealiseerd, maar dat de resultaten daarvan op zichzelf nog onvoldoende basis vormen voor de middellange en lange termijn. Uit het rapport blijkt dat er verschillende beelden bestaan bij de ketenpartijen met betrekking tot de opdrachtformulering, de governance en het mandaat van de Regiegroep. De Regiegroep leidt hieruit af dat het kan noodzakelijk zijn dat de samenstelling en het doel van de Regiegroep zal worden heroverwogen en dat daarbij een gemeenschappelijke visie zal worden opgesteld.

Het verbeterplan DOTT fase 2 zal vragen om een nieuwe start. De uitkomst van deze heroverwegingen, de uitkomsten van de technische en cultuur audits en de komende Gateway Review zullen als basis dienen voor het verbeterplan DOTT fase 2. Daarmee zal er getracht worden een stevig fundament te realiseren voor de digitale ondersteuning van deze ketens richting de toekomst.

³¹ Kamerstuk 27 529, nr. 235.

Overige onderwerpen

In mijn stand van zakenbrief van 23 februari 2021³² ben ik ingegaan op de motie van het lid Azarkan. In deze motie 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 derden³³. In deze brief ben ik ingegaan op het huidige wettelijke kader dat stelt dat bij het bewaren en gebruik van (indirect) herleidbaar lichaamsmateriaal toestemming het uitgangspunt is. Een uitzondering daarop is gemaakt voor gegevensverwerking in het kader van wetenschappelijk onderzoek. Niet-herleidbaar lichaamsmateriaal mag momenteel zonder toestemming worden gebruikt voor medisch-statistisch onderzoek of ander medisch wetenschappelijk onderzoek, mits de patiënt van wie het lichaamsmateriaal afkomstig is geen bezwaar heeft gemaakt. Momenteel is de Wet zeggenschap lichaamsmateriaal (WzI) in voorbereiding dat verdere invulling zal geven aan deze motie. Deze wet maakt geen onderscheid meer tussen herleidbaar en niet-herleidbaar lichaamsmateriaal en neemt voor al het lichaamsmateriaal dat gebruikt wordt in het kader van wetenschappelijk onderzoek toestemming als uitgangspunt, met een gelijklopende uitzondering als nu voor (indirect) herleidbaar lichaamsmateriaal.

De gesprekken over de wijze van uitvoering tussen de GGD'en, de Dienst Testen en de wetenschap lopen. In deze gesprekken wordt gezocht naar een uitvoering die tegemoet komt aan de wens van de indiener van motie en tegelijkertijd het best uitvoerbaar is. Dit is een zorgvuldige afweging die moet worden gemaakt rekening houdend met de bestrijding van de pandemie. Hiermee voldoe ik aan de toezegging aan uw Kamer om u nader te informeren over de motie van het lid Azarkan³⁴.

Daarnaast heb ik tijdens het debat van 3 februari 2021 toegezegd dat ik met GGD GHOR Nederland zou kijken of het nodig is voor een medewerker van een callcenter om testgegevens in te zien bij het maken van een vaccinatieafpraak en vice versa. GGD GHOR Nederland geeft aan dat medewerkers die vaccinatieafspraken maken geen toegang hebben tot testformulieren (vastlegging van de klachten) en uitslagen van de testen. Medewerkers die testafspraken maken hebben geen toegang tot vaccinatieformulieren (intake, gezondheidsverklaring, vaccinatieregistratie, bijwerkingen). Zij kunnen uitsluitend zien of iemand een test- en vaccinatieafpraak heeft, niet de daarbij behorende gegevens. Het inzien van de testafspraken is nodig om te kunnen bepalen of iemand een vaccinatieafpraak kan maken. Wanneer iemand positief getest is, is het procedure om vier weken te wachten met de vaccinatie. Wanneer iemand die positief getest is reeds gevaccineerd is, is dat belangrijke informatie voor het onderzoek naar besmetting van en verspreiding door gevaccineerden. Hiermee voldoe ik aan de toezegging aan uw Kamer.

CoronaMelder

Ondersteuning oudere iPhone telefoons

In navolging van mijn brief van 2 februari 2021³⁵ kan ik met u delen dat de ondersteuning voor CoronaMelder op oudere iPhone telefoons nu ook in

³² Kamerstuk 25 295, nr. 995.

³³ Kamerstuk 27 529, nr. 242.

³⁴ Kamerstuk 27 529, nr. 242.

³⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 950.

Nederland gerealiseerd is. Met deze ondersteuning is CoronaMelder vanaf 24 februari ook geschikt voor de iPhone 5S uit 2013 en de iPhone 6 uit 2014.

Doorlopende evaluatie CoronaMelder

Op de peildatum 22 maart 2021 hebben 4.674.930 mensen CoronaMelder gedownload. Dit is ongeveer 26,8% van de Nederlandse bevolking. Inmiddels hebben tot en met 21 maart ook 130.298 mensen, samen met de GGD, een melding gedaan van besmetting waarmee zij andere mensen hebben gewaarschuwd dat zij mogelijk ook besmet zijn. Hiermee is met CoronaMelder een groep van 10.741 besmette mensen gevonden. Door deze groep te waarschuwen zijn mogelijke ketens van besmettingen voorkomen. 77% van de mensen die een coronatest hebben aangevraagd na een notificatie van CoronaMelder, waren nog niet benaderd vanuit het reguliere bron- en contactonderzoek.³⁶ Het beeld dat CoronaMelder mensen sneller vindt aanvullend op het reguliere bron- en contactonderzoek, wordt hiermee opnieuw bevestigd. Additioneel onderzoek wijst verder uit dat van de mensen die aangeven een melding van CoronaMelder te hebben ontvangen 58% voor of na de melding ook later *niet* benaderd is door de GGD vanuit het reguliere BCO.³⁷ Dit onderzoek laat zien dat deze mensen zonder CoronaMelder niet in beeld gekomen zouden zijn en CoronaMelder aanvullend op het reguliere BCO meer mensen die risico gelopen hebben waarschuwt.

Anderen via de app waarschuwen na een positieve testuitslag gebeurt samen met de BCO-medewerker van de GGD. In mijn kamerbrief van 23 februari gaf ik aan dat dit in sommige gevallen niet altijd gebeurt.³⁸ Inmiddels blijkt uit onderzoek onder BCO medewerkers dat er maatregelen zijn getroffen om dit proces te verbeteren.³⁹

Naast de bevestiging van eerdere bevindingen⁴⁰ zien de onderzoekers een overeenkomst met de landelijke trend⁴¹, waarbij een deel van de mensen de adviezen niet volledig opvolgt en een deel zich dus ook niet (direct) laat testen na een melding⁴². Verder wordt geconstateerd dat de personen die een melding hebben ontvangen in de periode vanaf 21 januari t/m 3 februari 2021 significant vaker jongeren dan ouderen zijn. Een mogelijke verklaring van het evaluatieteam hiervoor is dat jongeren sociaal mobieler zijn dan ouderen. Het is in dit kader een goede ontwikkeling dat steeds meer jongeren CoronaMelder gebruiken.⁴³

In mijn brief van 12 januari⁴⁴ benoem ik als opvallend resultaat dat twee derde van de mensen die CoronaMelder op dit moment gedownload heeft zich verplicht voelt de app te gebruiken. De onderzoekers gaven destijds aan dat dit mogelijk komt doordat het gebruiken van de app appelleert aan een maatschappelijke verplichting. Omdat elke vorm van drang of dwang onwenselijk is heb ik het evaluatieteam gevraagd dit nader te duiden. Verdiepend onderzoek heeft bevestigd dat het overgrote gedeelte

³⁶ Zie factsheet doorlopende evaluatie op www.coronamelder.nl.

³⁷ Online respondentenpanel van PanelClix in de periode 21 januari 2021 tot en met 3 februari 2021.

³⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 995.

³⁹ E. Metting: Evaluatie CoronaMelder op de processen GGD, derde evaluatie, maart 2021.

⁴⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 950.

⁴¹ <https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/>; Data van het RIVM toont dat in de meting van 15 t/m 21 februari naleving van gedragsregels niet altijd volledig gebeurt.

⁴² Online respondentenpanel van PanelClix in de periode 21 januari 2021 tot en met 3 februari 2021.

⁴³ Zie tweede rapport evaluatie van de CoronaMelder-app door de Universiteit van Tilburg.

⁴⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 874.

van de mensen die aangaven het in meer of mindere mate eens te zijn met de stelling dat ze zich verplicht voelen CoronaMelder te gebruiken (8 op de 10 mensen) inderdaad het gebruik van CoronaMelder als maatschappelijke verplichting ziet. Een beduidend lager percentage geeft aan het in meer of mindere mate eens te zijn dat de werkgever/opdrachtgever (7.3%), de school/opleiding (8.4%) of de overheid (10.7%) de respondent verplicht om CoronaMelder te gebruiken.⁴⁵

Achttiende advies Begeleidingscommissie DOBC

Op 19 maart jl. heeft de Begeleidingscommissie haar achttiende advies uitgebracht dat zich richt op het versterken van de rol van CoronaMelder om een effectieve overgang en voorbereiding op een «open samenleving» door versoepeling van maatregelen, mogelijk te maken (zie bijlage)⁴⁶. De commissie adviseert vanuit een aantal perspectieven het volgende: het effectiever inrichten van het BCO-proces gericht op snellere en eerdere contactopsporing door digitalisering, de optimalisatie van o.a. de functionaliteiten in de app om de effectiviteit te optimaliseren, de communicatie rondom CoronaMelder uit te breiden en tenslotte aansturing op de coördinatie in informatievoorziening om toe te zien op daadwerkelijke toegankelijkheid voor iedereen. De commissie benadrukt met haar advies dat er ruimte is om het gebruik en daarmee de adoptie en de adherentie van CoronaMelder verder te verhogen. Ook merkt de commissie op dat de introductie van de GGD Contact app en CoronaCheck apps invloed zou kunnen hebben op de adoptie van CoronaMelder. Ik zal hier in een volgende brief op terugkomen.

CoronaMelder wordt doorlopend geëvalueerd. Nieuwe inzichten komen hierdoor snel in beeld en dit leidt ertoe dat de app continue in ontwikkeling is. Het advies sluit aan op inzichten die o.a. door onderzoek al zijn verkregen met als resultaat dat een groot deel van de aanbevelingen inmiddels in uitvoering zijn. Hieronder licht ik er een aantal toe:

- Effectiever inrichten BCO werkproces: In mijn brief van 23 februari heb ik u geschreven dat door GGD GHOR NL de BCO-coördinatoren extra zijn gewezen op CoronaMelder en hun rol bij het activeren van de waarschuwingmeldingen in de app. De werkinstructie en communicatie richting de BCO-medewerkers is hiertoe aangepast. Daarnaast volgt uit onderzoek uit de laatst verkregen onderzoeksresultaten dat er maatregelen zijn getroffen om het proces te verbeteren.⁴⁷ Volgens BCO-medewerkers is er nu o.a. een aanpassing gedaan in het computersysteem voor contacten die gaan over CoronaMelder. Uit de vorige vragenlijst bleek dat deze optie gemist werd door de medewerkers.
- Optimalisatie CoronaMelder: Zoals al eerder gedeeld⁴⁸, wordt momenteel onderzocht hoe CoronaMelder aan kan sluiten op de tweede versie van het framework van Apple en Google, waar de commissie aan refereert. Verder worden de eerste stappen gezet met de integratie van coronatest.nl en CoronaMelder waarmee burgers zelf hun GGD sleutel kunnen uploaden na een positieve test. Dit zal voor een versnelling zorgen in het verspreiden van risicoblootstellingen.
- Coördinatie informatievoorziening: Er worden continue acties ondernomen om de informatie rondom CoronaMelder voor een groot

⁴⁵ Van der Laan, Van der Waal en De Wit: Eindrapportage CoronaMelder Evaluatie, Survey LISS panel – Wave 3, 18 maart 2021, Tilburg University. De datacollectie (wave 3) van deze rapportage vond plaats tussen 18 en 31 januari 2021.

⁴⁶ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

⁴⁷ E. Metting: Evaluatie CoronaMelder op de processen huisartsen en GGD, derde evaluatie, maart 2021.

⁴⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 713.

publiek toegankelijk en begrijpelijk te maken. Voor zowel de teksten op de websites als ook in de app geldt dat deze door gespecialiseerde tekstschrijvers op B1-niveau worden geschreven, ook als dit complexe onderwerpen betreft. Er is daarnaast veel aandacht besteed aan het toegankelijk maken van de belangrijkste informatie over CoronaMelder in de vorm van animaties die antwoord geven op vragen als: hoe werkt de app en hoe is mijn privacy gewaarborgd? Deze informatie wordt ook aangeboden op Steffie.nl, een website waar voor o.a. ouderen en laaggeletterden informatie op een makkelijke manier wordt uitgelegd. Verder kunnen mensen met vragen telefonisch en per email terecht bij de helpdesk, wordt in veel bibliotheken ondersteuning geboden en is ook de Digi-hulplijn voor ouderen en minder digitaal vaardigen bereikbaar.

Communicatie CoronaMelder

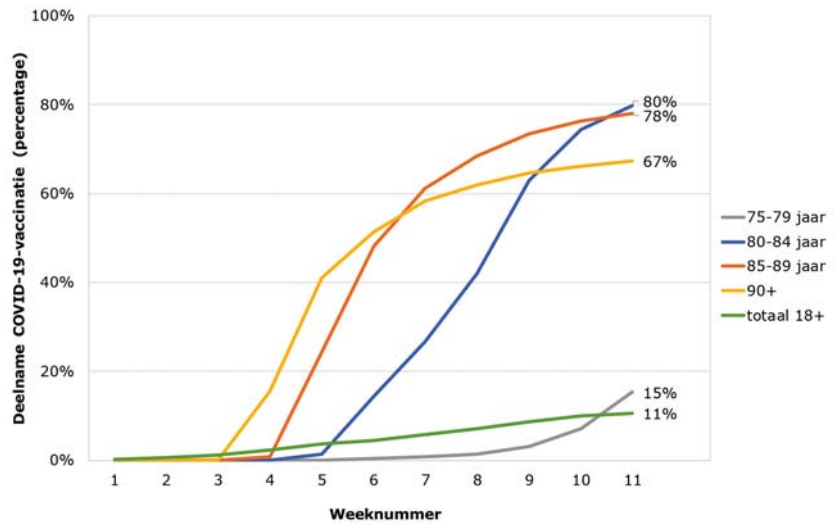
Voor de massa-mediale campagne inzet inzake CoronaMelder is een reguliere Campagne Effectmeting uitgevoerd⁴⁹. De meting laat zien dat gedurende de campagne het aantal downloads aanzienlijk is toegenomen. De campagne heeft echter niet geleid tot het motiveren van mensen die een negatieve houding hadden ten aanzien van het gebruik van de app. Ik deel daarnaast het standpunt van de commissie dat met name in deze fase waarin nog niet iedereen maximaal beschermd is en het coronavirus zich nog kan verspreiden het belangrijk is om de communicatie over CoronaMelder op te voeren. Zodra de samenleving stap voor stap verder opengaat, komen we vaker in de buurt van anderen en is het essentieel om besmettingen snel op te merken. CoronaMelder doet zijn werk op het moment dat mensen elkaar ontmoeten en is een effectief bewezen instrument in de opsporing van besmette mensen en dat doet zonder negatieve effecten. Hoe meer mensen de app gebruiken des te beter de opsporing. De aanbevelingen van de begeleidingscommissie en die uit de campagne effectmeting neem ik daarom mee bij het verder uitwerken van de communicatieaanpak welke zich onder meer focust op het wegnemen van veelgehoorde misvattingen en het benadrukken van toegevoegde waarde van de app.

Vaccinatie

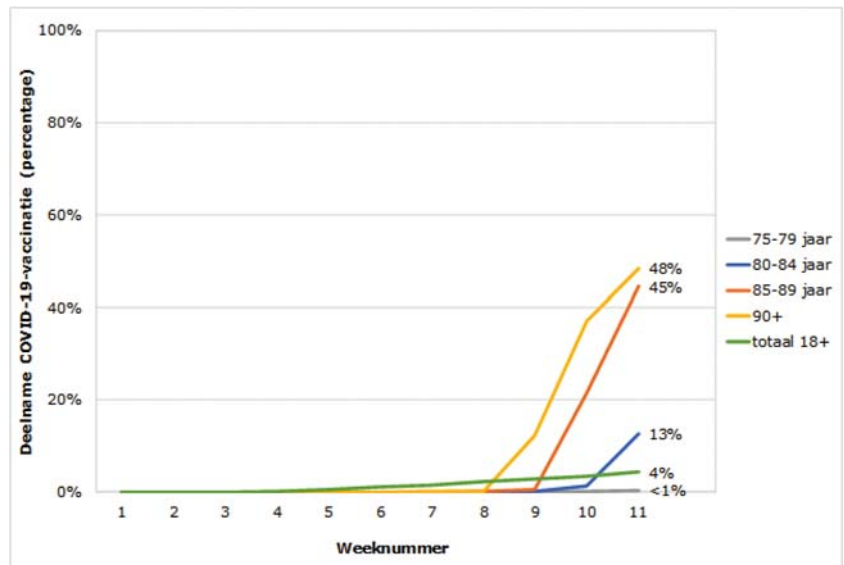
Op 19 maart is de twee miljoenste prik gezet in Nederland. Dit is 26 dagen nadat op 21 februari de mijlpaal van een miljoen prikken werd bereikt. We gaan deze versnelling doorzetten. Begin april zetten we naar verwachting de drie-miljoenste prik en binnen twee weken daarna, halverwege april, de vier-miljoenste prik. Daarmee zetten we de versnelling voort en dat is een goede ontwikkeling. Van de totale groep 80-plussers heeft nu 78% de eerste prik ontvangen. De groep mobiele thuiswonende 75–79 jarigen wordt op dit moment uitgenodigd voor vaccinatie. Inmiddels heeft 15% van deze groep een eerste prik gekregen (zie figuur A). Tevens worden mensen uit de oudste leeftijdscategorieën nu uitgenodigd voor de tweede prik, waarmee zij volledig gevaccineerd zijn (zie figuur B). Voor de meest kwetsbare groepen (de mensen boven de 60 jaar en de zeven hoogrisicogroepen) geldt dat zij, als zij bereid zijn zich te laten vaccineren, medio mei minimaal één prik hebben ontvangen. Er zijn tot en met 21 maart 2021 naar schatting ongeveer 1.492.000 eerste prikken gezet en ongeveer 605.000 tweede prikken.

⁴⁹ Rapportage Campagne Effectmeting CoronaMelder app (februari 2021).

Figuur 1. Percentage personen met eerste prik per leeftijdscategorie per week



Figuur 2. Percentage personen met tweede prik per leeftijdscategorie per week



Vanuit verschillende groepen krijgen we de vraag wanneer zij in aanmerking komen voor een vaccinatie. Via een nieuwe online tool, te vinden op www.coronavaccinatie.nl, kunnen bezoekers zien vanaf wanneer de groep waartoe zij behoren wordt uitgenodigd voor vaccinatie. Deze informatie wordt in de komende tijd steeds verfijnder. Dit wordt later in deze brief, onder communicatie, verder toegelicht.

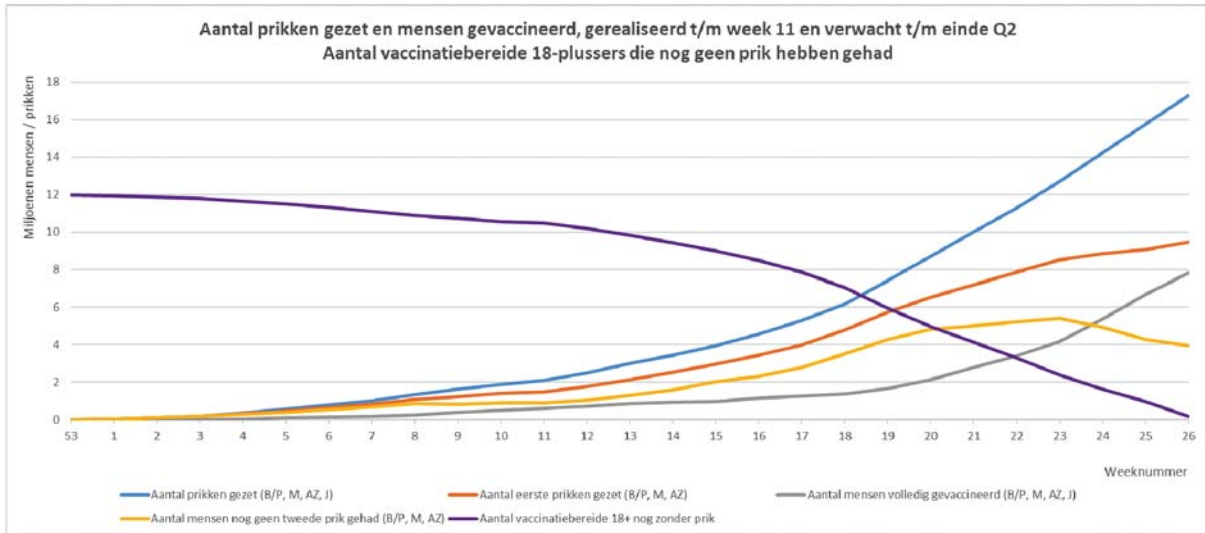
Verwachtingen komende maanden

Op basis van de t/m 21 maart geactualiseerde leveringsverwachtingen en gerealiseerde vaccinaties, is de verwachting dat eind week 26, 17,3 miljoen prikken gezet zullen. Dan zijn 7,8 miljoen mensen volledig gevaccineerd. Het aantal mensen dat dan een eerste vaccinatie heeft gehad (en nog wel een tweede vaccinatie moet ontvangen) is dan naar

verwachting ongeveer 4 miljoen. Dat betekent dat naar verwachting dan bijna 12 miljoen mensen volledig of gedeeltelijk zullen zijn gevaccineerd. Op basis van de huidige vaccinatiestrategie is gerekend met de groep 18-plussers, die bestaat uit zo'n 14,07 miljoen mensen (CBS StatLine, gegevens sept. 2020). Met een vaccinatiebereidheid van 85% zou dit betekenen dat halverwege het jaar alle 11,9 miljoen 18-plussers, die bereid zijn zich te laten vaccineren, gedeeltelijk of volledig gevaccineerd zijn.

Als er geen problemen optreden met de leveringen van vaccins, zou begin juli tweederde van de mensen die in aanmerking komen voor vaccinatie volledig zijn beschermd. Een derde van deze groep heeft dan in ieder geval één prik gehad.

Figuur 3. Aantal prikken gezet en mensen gevaccineerd.



Hoe zich deze cijfers ontwikkelen per maand is hieronder weergegeven in de tabel. Daarbij blijven we steeds afhankelijk van de beschikbaarheid van voldoende vaccins en de leveringen.

Tabel 2. Aantal prikken gezet en mensen gevaccineerd

In miljoenen mensen / prikken	1 jan	1 feb	1 mrt	1 apr	1 mei	1 juni	1 juli
Aantal prikken gezet (B/P, M, AZ, J)	0	0,38	1,38	2,81	5,19	10,36	16,63
Aantal mensen volledig gevaccineerd (B/P, M, AZ, J)	0	0,04	0,26	0,81	1,26	2,96	7,34
Aantal mensen nog geen tweede prik gehad (B/P, M, AZ)	0	0,29	0,85	1,19	2,74	5,08	4,10
Aantal vaccinatiebereide 18+ nog zonder prik	11,96	11,63	10,85	9,97	7,96	3,92	0,52

Aankoop vaccins en leveringen

Leveringen

Onderstaand vindt u als gebruikelijk de laatste stand van zaken aangaande de leveringen en aankoop van COVID-19 vaccins.

Tabel 3. Indicatieve leveringscijfers komende weken

Weeknummer	BT/Pfizer	Moderna	AstraZeneca	Janssen	Totalen
53 (2020)	164.775 ¹				164.775
1 (04/01)	123.825 ¹				123.825
2	154.050 ¹	13.200			167.250
3	92.430				92.430
4	191.880	19.200			211.080
5 (01/02)	159.120		72.000		231.120
6	159.120	38.400	86.400		283.920
7	193.050		146.400		339.450
8	200.070	72.000	134.900		406.970
9 (01/03)	208.260		196.800		405.060
10	218.790		74.400		293.190
11	218.790	96.000	40.800		355.590
12	326.430		40.800		367.230
13 (29/03)	326.430	145.200	388.548		860.178
14	487.890		100.170		588.060
15	487.890	105.000	94.156	84.750	687.046
16	487.890		156.372		644.262
17 (26/04)	489.060	150.000	446.567	84.750	1.085.627
18	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.
19	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.
20	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.

¹ T/m week 2 is BionTech/Pfizer geleverd als 5 doses per flacon, daarna als 6 doses per flacon.

In de tabel zijn de sterk verminderde leveringen van AstraZeneca doorgevoerd. Ook zijn de eerste versnelde leveringen van BionTech/Pfizer (169.280) opgenomen. De deze week door de Commissie genoemde versnelde levering van 10 miljoen doses BionTech/Pfizer nog niet.

Tabel 4. Indicatief leveringsoverzicht per kwartaal (in miljoenen doses)

	Dec 2020	1Q 2021	2Q 2021	3Q 2021	4Q 2021	1Q 2022	Totaal
BionTech/Pfizer	0,165	2,4	7,8	6,8	2,65		19,8
Moderna	0	0,4	1,4	5	7,4	–	14,2
AstraZeneca	0	1,2	4,3	6,2	–	–	11,7
CureVac	0	0	0	4	4	2,7	10,7
Janssen	0	0	3	6	2,3	–	11,3
Sanofi	0	0	0	0	5,85	5,85	11,7
Totaal	0,165	4	16,5	28	22,2	8,55	79,4

Rapportage Special Envoy

– Opdracht

Op 18 februari heb ik uw Kamer geïnformeerd⁵⁰ dat ik de heer Hans Schikan heb gevraagd als *special envoy* vaccins. Ik heb hem verzocht in een kort tijdsbestek een nader beeld te schetsen van:

- Eventueel in Nederland voorhanden zijnde (productie)capaciteit, die benut zou kunnen worden voor de opschaling van de productie van COVID-19 vaccins;
- De termijn waarbinnen deze capaciteit ingezet kan worden en wat daar voor nodig is;

⁵⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 994.

- Andere manieren waarop de Nederlandse overheid of het Nederlandse bedrijfsleven een bijdrage kan leveren aan het opschalen van de productiecapaciteit voor COVID-19 vaccins.

Ik heb de *special envoy* vaccins gevraagd de nationale inventarisatie nadrukkelijk te koppelen aan deze Europese inspanningen.

– Samenvatting rapportage

Op 15 maart jl. heeft de *special envoy* zijn rapportage opgeleverd. De rapportage is als bijlage bij deze brief toegevoegd⁵¹. De beknopte samenvatting van de adviezen van de *special envoy vaccins* is dat er zeker mogelijkheden zijn waar de Nederlandse overheid of het Nederlandse bedrijfsleven een bijdrage aan kan leveren. Echter, op korte termijn zal dit geen effect hebben tot extra beschikbaarheid van vaccins.

In Nederland is productiecapaciteit aanwezig die benut kan worden voor de opschaling van de productie van COVID-19 vaccins. Het gaat zowel om capaciteit voor het maken van vaccins als voor het afvullen daarvan in flacons. Een deel van de productiecapaciteit in Nederland wordt ook al benut. De verkenning van de *special envoy* laat echter zien dat het inzetten van eventueel beschikbare capaciteit niet kan bijdragen aan een onmiddellijke toename van vaccins in de komende weken. Dit ligt niet aan een gebrek aan bereidwilligheid van partijen. De operationele en logistieke uitdagingen bij het op deze schaal produceren van vaccins zijn enorm groot. Het opschalen van de productie of het openen van nieuwe productielijnen vraagt tijd; eerder maanden dan weken. De *special envoy* constateert bij bedrijven een enorm commitment. De bereidheid tot samenwerking tussen bedrijven onderling, tussen bedrijven en overheid en tussen bedrijven en universiteiten is groot.

Voor de middellange en lange termijn zijn evenwel mogelijkheden waarop actie ondernomen kan worden, zoals het gecoördineerd anticiperen op signalen over dreigende tekorten in de productieketen.

De rapportage van de *special envoy* richt zich primair op de productieketen van vaccins. Evenwel worden ook risico's gesignaleerd voor knelpunten elders in de productieketen van geneesmiddelen die gebruik maken van dezelfde componenten en materialen als vaccins. Het risico is aanwezig dat hier als gevolg van de COVID-productiedynamiek tekorten aan materialen en grondstoffen gaan ontstaan. Een gecoördineerde aanpak vanuit het Nederlandse bedrijfsleven zou mogelijk een helpende hand kunnen bieden.

In de rapportage wordt uitgebreider ingegaan op mogelijkheden om de vaccinproductie te ondersteunen. Deze komen samen in een vijftiental aanbevelingen. De *special envoy* heeft deze aanbevelingen gegroepeerd in 5 thema's, te weten: verbinden, supply chain, wet- en regelgeving, communicatie en toekomst.

Het rapport van de *special envoy* schetst, zoals gevraagd, een algemeen beeld met aanbevelingen voor betrokken partijen (overheid, bedrijven, brancheverenigingen), ook in Nederland, om de opschaling van het productieproces te ondersteunen. In onderstaande tabel zijn de aanbevelingen uit de rapportage van de *special envoy* opgenomen.

⁵¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

VERBINDEN		
1.	Verbinden internationale vaccinfabrikanten met Nederlands aanbod	EZK, VNO-NCW
2.	Match-making events tussen bedrijven op Europese schaal uitbreiden	EZK, Brancheverenigingen, EC
SUPPLY CHAIN		
3.	(In)directe tekorten in supply chain gedetailleerd in kaart brengen	EC, EZK, VWS, Bedrijfsleven
4.	Nederlands bedrijfsleven inschakelen bij oplossing verwachte tekorten	EZK, VNO-NCW
5.	Meer tech transfer personeel opleiden	Biotech Training Facility, OCW
6.	Advance Purchase Agreements aangaan voor vaccins vanaf 2022	EC
7.	Optie van Advance Purchase Agreements voor COVID-19-geneesmiddelen	VWS, EC
8.	Mogelijke vaccin-reallocatie bespreekbaar maken	EC
WET- EN REGELGEVING		
9.	Afschaffing/aanpassing van exportlicenties voor vaccins	EC
10.	Mogelijke verdere optimalisatie beoordelingstrajecten nieuwe vaccins	EMA
11.	Centrale registratie van irregulier aangeboden (nep)vaccins	VWS, EC
COMMUNICATIE		
12.	Beter begrip creëren rond vaccinproductie	VIG, Individuele bedrijven
13.	Publiekscampagne vaccinatie met hulp van creatieve sector	VWS, RIVM, Topsector Creatief
TOEKOMST		
14.	Rondetafelgesprek over geleerde lessen pandemie	VWS, EZK, VIG, HollandBIO, VNO-NCW
15.	Bijeenkomst over Pandemic Preparedness Facility in Nederland	Topsector LSH

– Duiding

Het rapport geeft mijn inziens inzicht in de complexiteit, de onderlinge afhankelijkheden en het internationale karakter van het vaccinproductieproces. Het rapport geeft aan dat de mogelijkheden om in Nederland op korte termijn de productiecapaciteit te verhogen, en zo het gat tussen verwachting en levering te overbruggen, beperkt zijn. Aan de overweging dat de komende maanden het grootste probleem in heel Europa is dat er veel minder vaccins dan prikcapaciteit beschikbaar is, die aan de motie van het lid Pieter Heerma (CDA) met het verzoek om een speciale gezant aan te stellen⁵² ten grondslag lag, is niet op korte termijn tegemoet te komen door vanuit de Nederlandse overheid de productie van vaccins op te schalen. De farmaceutische industrie is zelf continu bezig om, daar waar mogelijk, de productiecapaciteit van vaccins uit te breiden.

Met farmaceuten waar al een contract mee is afgesloten spreek ik, waar mogelijk, ook extra leveringen af of spreek ik af dat leveringen in tijd naar voren gehaald worden, om de beschikbaarheid van vaccins in Nederland te vergroten.

Naast farmaceuten die meer kunnen leveren dan voorzien, zien we aan de andere kant dat minder geleverd wordt dan afgesproken. Dergelijke tegenvallers zijn heel vervelend, maar ook niet geheel onverwacht bij de opstart van complexe wereldwijde productie van vaccins tegen een virus dat pas sinds eind 2019 onder mensen voorkomt. Met name de biologische productieprocessen zijn ingewikkeld te voorspellen. En omdat de farmaceutische industrie nog geen voorraden heeft kunnen opbouwen,

⁵² Kamerstuk 25 295, nr. 956.

kan dat leiden tot schommelingen in de leveringen. Het rapport van de *special envoy* gaat niet in op specifieke productieprocessen van individuele farmaceuten.

Verder wil ik met nadruk benoemen dat de primaire verantwoordelijkheid voor de levering van vaccins, op basis van de inkoopcontracten, ligt bij de farmaceuten. Zij zijn contractueel gehouden al het mogelijke te doen om tijdig te voldoen aan de afgesproken hoeveelheden.

Verder vind ik het belangrijk te benoemen dat uit de rapportage blijkt dat de waarde van de *Advanced Purchase Agreements* (de inkoopcontracten op EU-niveau) voor COVID-19 vaccins groot is. Deze inkoopcontracten hebben het mogelijk gemaakt een versnelling aan te brengen in de productie. Ik beschouw dit als een ondersteuning van de weg die we zijn ingeslagen om in te zetten op het Europees inkopen van de COVID-19 vaccins.

Alhoewel de mogelijkheden beperkt zijn om de productiecapaciteit van vaccins te vergroten in de komende weken, wijst de *special envoy* wel op mogelijkheden voor de (middel)lange termijn. Het is belangrijk om daar nu al actie op te nemen.

– Aanbevelingen en vervolgstappen

De *special envoy vaccins* geeft vijftien aanbevelingen (zie tabel hierboven) die met name effect zullen hebben op de (middel)lange termijn, zoals bovenstaand weergegeven. Samen met de Minister van Economische Zaken en Klimaat (EZK) zal ik deze aanbevelingen oppakken. De rapportage gaat ook in op de partijen die een belangrijke rol zouden kunnen spelen bij de uitvoering van de aanbevelingen. Naast overheidspartijen (Ministeries van EZK, van VWS en de Europese Commissie) is dat ook het bedrijfsleven (VNO-NCW en brancheverenigingen).

Ik beperk me op dit moment tot een reactie op de eerste vier aanbevelingen uit de rapportage omdat deze direct raken aan de problematiek van de productiecapaciteit en ondergenoemde risico's op tekorten in de productieketen.

Het gaat hier om de volgende aanbevelingen:

- Verbinden internationale vaccinfabrikanten met Nederlandse aanbod;
- Match-making events tussen bedrijven op Europese schaal uitbreiden;
- (In)directe tekorten in supply chain gedetailleerd in kaart brengen;
- Nederlandse bedrijfsleven inschakelen bij oplossing verwachte tekorten.

Dit zijn aanbevelingen die bijdragen aan het optimaal benutten van productiecapaciteit die in Nederland aanwezig is en mogelijk ook voor COVID-19-vaccins die nu nog niet op de markt zijn. Ook het verder in kaart brengen van mogelijke tekorten aan grondstoffen en materialen in de productieketen acht ik noodzakelijk.

De rapportage gaat ook in op de partijen die een belangrijke rol zouden kunnen spelen bij de uitvoering van de aanbevelingen. Naast overheidspartijen (Ministeries van EZK, van VWS en de Europese Commissie), is dat ook het bedrijfsleven (VNO-NCW en brancheverenigingen).

Op donderdag 25 maart spreek ik – samen met de *special envoy* en medewerkers van het Ministerie van EZK – met VNO-NCW vertegenwoordigers van het (grote) bedrijfsleven over de conclusies en aanbevelingen in het rapport. Het bedrijfsleven heeft tijdens deze crisis laten zien dat zij op verschillende manieren heeft bijgedragen aan mooie oplossingen. In het gesprek van 25 maart a.s. staat centraal welke bijdrage zij kunnen

leveren om de productie op middellange termijn zo optimaal mogelijk te krijgen en mogelijke tekorten op materialen te voorkomen. De vaccinproductieketen en de productie van benodigde materialen en grondstoffen zijn privaat georganiseerd. Dat betekent dat de oplossingen dan ook in eerste instantie uit de markt komen. Ik wil graag met de verschillende partijen bespreken hoe (internationale) vaccinfabrikanten, waar nodig, verder ondersteund kunnen worden, met hulp van het Nederlands bedrijfsleven. De aanbevelingen van de *special envoy* vormen hierbij het uitgangspunt. Daarbij gaat het onder andere over:

- Hoe en wanneer match-making events tussen bedrijven die betrekking hebben op de supply chain op Europese schaal uitgebreid kunnen worden;
- Hoe de (in)directe tekorten in de supply chain gedetailleerd in kaart brengen. En hoe bedrijven, met name de grote contract productiebedrijven, zich al op mogelijke tekorten voorbereiden of hebben voorbereid; en,
- Hoe het Nederlandse bedrijfsleven kan bijdragen aan oplossingen voor mogelijke tekorten aan grondstoffen en materialen.

Ik ben ervan overtuigd dat ook rondom deze problematiek veel oplossingen uit de markt kunnen komen. Het kabinet is zeker bereid dit waar nodig te ondersteunen. De *special envoy* beveelt aan hier een specifieke taskforce voor op te zetten. Ik zal dit samen met de collega's van het Ministerie van EZK en VNO-NCW bespreken en informeer uw Kamer in de volgende stand van zakenbrief over de uitkomsten van dit overleg. Daarbij zal ik ook ingaan op de overige aanbevelingen van de *special envoy* en de voorgenomen vervolgstappen.

– Risico op tekorten in productieketen

De *special envoy* geeft aan dat er signalen zijn dat er voor de middellange termijn risico's zijn op tekorten. In de productieketen kunnen tekorten aan grondstoffen en materialen (bijvoorbeeld plastic zakken die gebruikt worden om biologisch geproduceerde vaccins in op te kweken) ontstaan. Dit kan ook effect hebben voor de productie van andere geneesmiddelen. Ik vind dit een verontrustend signaal. Daarom pak ik aanbevelingen die hierop betrekking hebben, zoals bovenstaand aangegeven, gelijk op. In dit kader wil ik nog het volgende benadrukken. De *special envoy* spreekt over signalen aan mogelijke tekorten aan materialen en grondstoffen in de productieketen. Vergunninghouders voor geneesmiddelen die leveringsproblemen verwachten van hun geneesmiddelen, zijn wettelijk verplicht om hier onverwijld, maar in elk geval twee maanden voordat het in de handel brengen van een geneesmiddel wordt onderbroken, melding van te maken bij het Meldpunt geneesmiddelentekorten en -defecten (hierna: het Meldpunt). Ik verwacht dan ook dat zij dit bij concrete, dreigende geneesmiddelentekorten tijdig zullen doen. Het Meldpunt heeft op dit moment geen meldingen (of signalen) ontvangen op basis waarvan zij concrete tekorten aan geneesmiddelen verwachten, als gevolg van de bovengenoemde signalen. Ook wisselt het Meldpunt informatie uit met soortgelijke actoren in andere lidstaten. Op dit moment zijn nog geen signalen gedeeld over tekorten als gevolg van de bovengenoemde signalen. Het Meldpunt houdt de situatie desalniettemin nauwlettend in de gaten.

Voorraden

Naar aanleiding van het coronadebat op 10 maart jl. (Handelingen II 2020/21, nr. 60, debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus)

heeft het lid Jetten (D66) een motie⁵³ aangehouden, waarin de regering verzocht de huidige voorraad coronavaccins sneller weg te prikken. Aanleiding hiervoor was een lijst van het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC), waarin Nederland het minder goed zou doen vergeleken met enkele andere Europese landen.

Het is niet bekend welke definitie andere landen hanteren voor het aanleveren van de door ECDC gepresenteerde getallen. Hierdoor geeft de stand van zaken zoals weergegeven in de voorraadstanden een vertekend beeld en is het moeilijk dit met elkaar te vergelijken. Ook ECDC geeft aan dat het vergelijken van landen in deze statistieken beperkingen kent, omdat elk land de toegeleverde informatie baseert op basis van eigen bronnen, met daarin eigen meet- en rekenmethoden en gehanteerde aannames. Ik wil vooropstellen, zoals eerder ook aangegeven, dat mijn insteek is dat vaccins zo kort mogelijk na beschikbaar komen ook daadwerkelijk worden ingezet. Wel vind ik het belangrijk dat een kleine veiligheidsvoorraad wordt aangehouden, die ervoor zorgt dat een tegenvallende levering – waar helaas al vaker sprake van is geweest – niet direct tot een tekort aan vaccins leidt. Zodat gemaakte afspraken – bijvoorbeeld voor tweede prikken – niet in het geding komen. Vanwege de stabiele leveringen van BioNTech/Pfizer kan de veiligheidsvoorraad van dat vaccin bijvoorbeeld wel naar drie in plaats van vijf prikdagen, zie ook de toelichting bij.

In de ECDC-lijst wordt de toelevering van vaccins aan een land afgezet tegen het aantal gezette prikken. Het verschil daartussen is enerzijds de voorraad die bij de centrale opslag ligt, en anderzijds de doses die vanuit de opslag naar de priklocaties zijn uitgereden maar daar nog niet zijn toegediend.

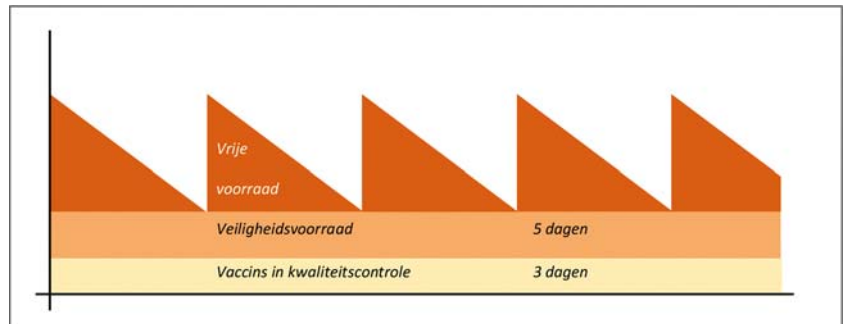
De totale voorraad vaccin bij de opslag omvat alle doses die op een bepaald moment daar aanwezig zijn. Die totale voorraad bij de opslag bestaat uit:

- Beschikbare voorraad. De beschikbare voorraad is direct beschikbaar om uit gereden te worden rijden richting priklocaties. De beschikbare voorraad bestaat uit vrije voorraad en veiligheidsvoorraad. De veiligheidsvoorraad is bedoeld, zoals hierboven al even benoemd, om tegenvallende leveringen aan Nederland op te kunnen vangen. Een tegenvallende levering leidt hierdoor niet direct tot een zodanig tekort aan vaccin dat gemaakte afspraken in het geding komen.
- Niet-beschikbare voorraad. Niet-beschikbare voorraad bestaat voornamelijk uit voorraad in kwaliteitscontrole (maar kan ook geblokkeerde voorraad omvatten, zoals afgelopen week ontstond voor AstraZeneca i.v.m. de tijdelijke prikpauze). Niet-beschikbare voorraad kan niet uitgereden worden richting de priklocaties.

Elk vaccin kent zijn eigen leveringsschema en betrouwbaarheid van leveringen. Naast verschillen op het gebied van levering door de farmaceuten, zijn er ook verschillen in toepassing tussen de vaccins (doelgroep, priklocaties, continue proces versus tijdelijke inzet etc.). De vaccins zijn daarom niet uitwisselbaar. Bovendien moet een tweede prik van hetzelfde type vaccin zijn als de eerste prik. Daarom wordt voor ieder type vaccin een eigen voorraadbeleid gevoerd. Voor het beoordelen van de voorraadstand is het daarom van belang deze per vaccintype te bezien.

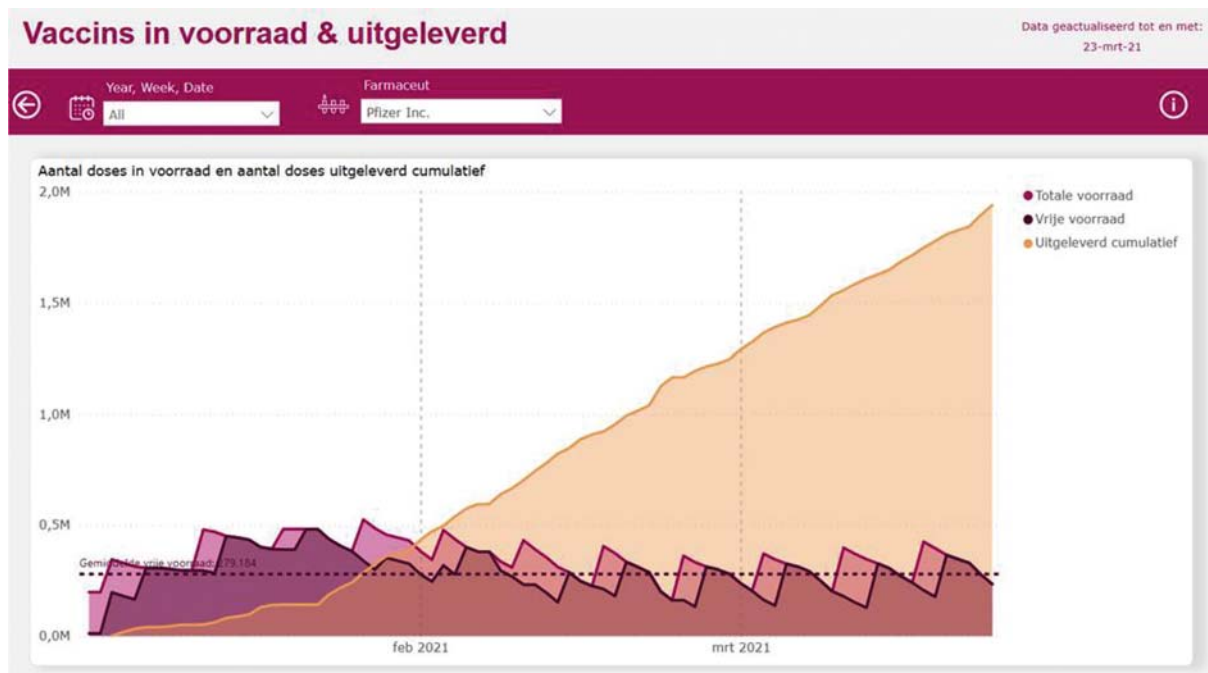
⁵³ Kamerstuk 25 295, nr. 1040.

Figuur 4. Schematische weergave doses vaccin in de beschikbare voorraad (vrije voorraad + veiligheidsvoorraad) en de niet beschikbare voorraad (vaccins in kwaliteitscontrole).



BioNTech/Pfizer levert op wekelijkse basis aan Nederland. Voor dit vaccin geldt dat de vaccins na beschikbaar komen zo veel als mogelijk binnen een week uitgeleverd worden aan de priklocaties, tot het niveau van de veiligheidsvoorraad wordt bereikt. BioNTech/Pfizer levert inmiddels over het algemeen regelmatig. Daardoor kunnen uitleveringen naar priklocaties goed gepland en georganiseerd worden. Tot 18 maart jl. was het beleid een veiligheidsvoorraad van minimaal vijf prikdagen. Afgelopen week is echter, vanwege de bewezen stabiele leveringen van dit vaccin tot een aangepast beleid van drie prikdagen veiligheidsvoorraad besloten. De operationele en tactische planning wordt hier momenteel op aangepast, zodat dit aangepaste beleid direct in kan gaan. In de brief van 2 februari jl.⁵⁴ heb ik aangegeven meer risico te kunnen nemen in het voorraadbeheer zodra leveringen van een vaccin stabiel blijken te zijn. Met de aanpassing op het voorraadbeleid van BioNTech/Pfizer zien we hier de eerste uitwerking van.

Figuur 5. Uitlevering en voorraad BioNTech/Pfizer januari t/m maart 2021.



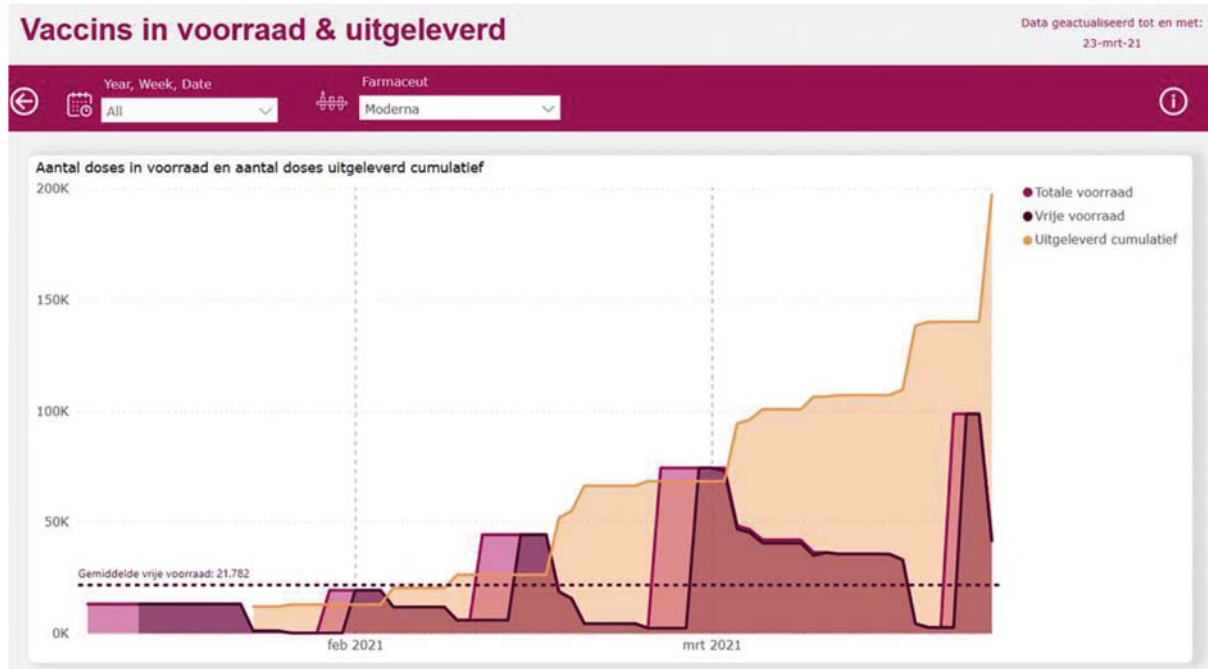
Moderna levert in principe iedere twee weken en de vaccins worden na het beschikbaar komen zoveel mogelijk binnen een periode van twee

⁵⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 950.

weken naar de priklocaties uitgereden. Met Moderna is ervoor gekozen om specifieke doelgroepen snel te bedienen en – mede vanwege de kleine omvang van de leveringen – nauwelijks veiligheidsvoorraad aan te houden. Met dit vaccin nemen we dus bewust wat meer risico met betrekking tot de beschikbaarheid bij tegenvallende leveringen. Consequentie is wel dat, mocht een levering tegenvallen, al snel gemaakte afspraken verzet moeten worden.

De combinatie van leveringen om de week aan de ene kant, en de prikinterval van vier weken aan de andere kant, maakt dat het Moderna-vaccin soms ogenschijnlijk langer dan nodig op voorraad ligt. Een voorbeeld daarvan deed zich voor in week 9 en 10. Oorzaak hiervan is bijvoorbeeld dat de daaropvolgende levering te laat is voor geplande tweede vaccinaties bij de uitvoerders.

Figuur 6. Uitlevering en voorraad Moderna januari t/m maart 2021.

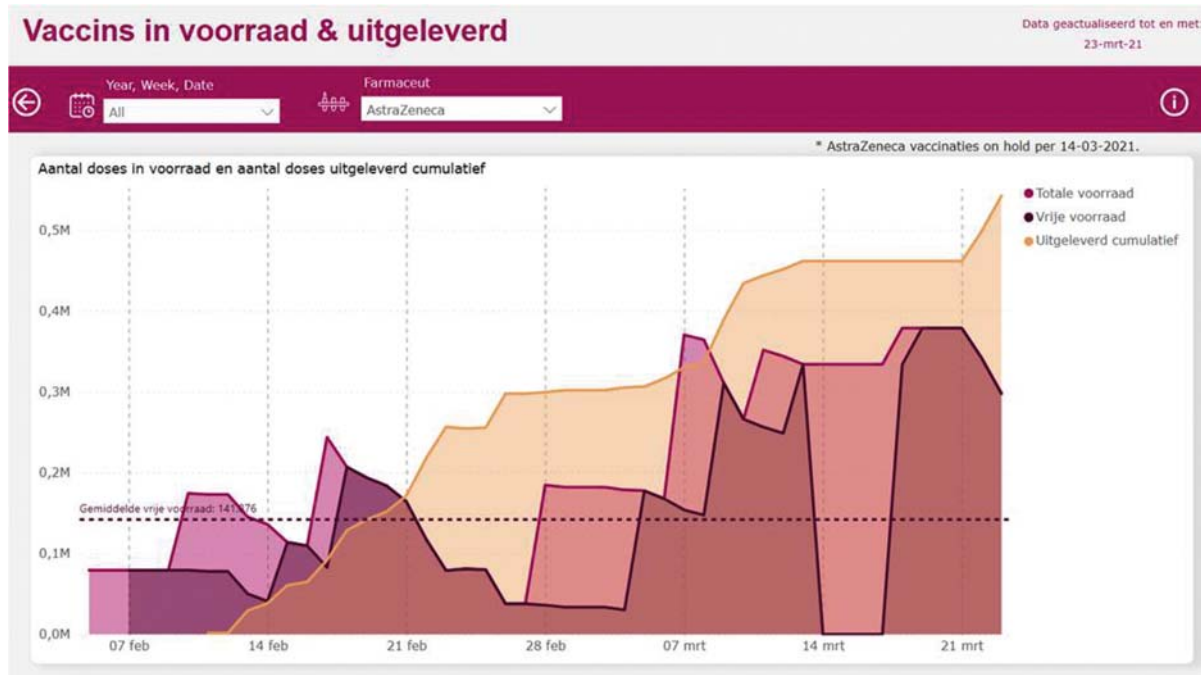


De leveringen van het AstraZeneca-vaccin zijn bijzonder onregelmatig in planning en omvang. Dat is ook terug te zien in het voorraadbeheer. De afgelopen periode is daarom meer vaccin op voorraad gehouden, om zo ook tegenvallende leveringen op te kunnen vangen. Door tegenvallende leveringen, op het laatste moment gemeld, lukt het echter nauwelijks om aan een minimum van vijf dagen veiligheidsvoorraad te voldoen, doordat vaccins uitgereden moet worden om regio's die vaccinaties hebben gepland alsnog te kunnen beleveren. In zo'n geval, bijvoorbeeld in de week van 28 februari, daalt de voorraad weer tot een zeer laag niveau, met de genoemde risico's voor de continuïteit van het vaccinatieproces. Omdat per regio vaccinaties starten, hebben we geplande regio's al enkele keren in de tijd vooruit moeten schuiven.

Zoals ik in mijn brieven van 14 en 18 maart jl. (Kamerstuk 25 295, nrs. 1060 en 1062) aan uw Kamer heb gemeld is het vaccineren met het AstraZeneca-vaccin korte tijd gepauzeerd. Vaccins waren in die periode geblokkeerd en werden niet langer tot de vrije voorraad gerekend. Bestaande voorraad kon door de prikpaus niet worden weg geprikt. Bovendien gold dat enkele dagen vóór de prikpaus een relatief grote

levering AstraZeneca-vaccins was binnengekomen (216.480 doses, rekenend met 11 doses per flacon). Hoewel er een start was gemaakt om die nieuwe voorraad weg te prikken stagneerde dat door de prikpauze. Vlak voor de prikpauze is er ook een (kleinere) levering binnengekomen (95.040 doses) en de dag na de prikpauze nóg een levering (44.880 doses). Daarmee is door een samenloop van omstandigheden van de prikpauze en drie opeenvolgende leveringen daar omheen de voorraad AstraZeneca-vaccins flink opgelopen. Nu het prikken gelukkig weer is hervat zal de opgebouwde voorraad AstraZeneca-vaccins zo snel als mogelijk worden weg geprikt. Overigens heeft AstraZeneca laten weten volgende week een zeer grote levering te doen (427.403). Ook die zal zo snel als mogelijk worden weg geprikt.

Figuur 7. Uitlevering en voorraad AstraZeneca-vaccins februari en maart 2021.



Adviezen Gezondheidsraad

Advies Janssen-vaccin

Op 17 maart jl. heeft de Gezondheidsraad het advies «COVID-19-vaccinatie: Janssen-vaccin» gepubliceerd. Het advies is bij deze brief gevoegd⁵⁵. Het vaccin is op 11 maart jl. van een positief advies voorzien door het EMA en geregistreerd door de Europese Commissie. Uit het advies blijkt dat het vaccin van Janssen goed beschermt tegen COVID-19. Het is werkzaam bij alle leeftijdsgroepen en de medische risicogroepen. Het vaccin bestaat uit één dosis (in tegenstelling tot de andere COVID-19 vaccins). Het beschermt vanaf 28 dagen na vaccinatie voor 66% tegen ziekte en 85% tegen ernstige ziekte. De Gezondheidsraad geeft ook aan dat het vaccin voldoende veilig is; eventuele bijwerkingen zoals vermoeidheid, hoofdpijn en spierpijn verdwijnen binnen twee dagen na vaccinatie. Hoe lang het vaccin bescherming biedt is nog niet bekend. Dat wordt nog verder onderzocht. Ook lopen er nog onderzoeken naar het effect van een tweede vaccinatie met het Janssen-vaccin.

⁵⁵ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

De Gezondheidsraad adviseert om het Janssen-vaccin allereerst in te zetten bij ouderen vanaf 60 jaar en te vaccineren van oud naar jong. Op deze manier kan volgens de Gezondheidsraad zo veel mogelijk ernstige ziekte en sterfte, veroorzaakt door COVID-19, worden voorkomen.

Uitwerking adviezen Gezondheidsraad

Het is goed nieuws dat ook het vaccin van Janssen effectief beschermt tegen ernstige ziekte als gevolg van COVID-19. Ook ben ik blij dat het mogelijk is het Janssen-vaccin voor alle groepen in te zetten. De eerste levering van het Janssen-vaccin komt vanaf half april binnen en daarmee zetten we weer een belangrijke stap in het beschermen van de kwetsbare mensen binnen onze samenleving, en uiteindelijk naar het beschermen van de samenleving als geheel.

Met dit advies, en het advies dat ik op 8 maart jl. heb ontvangen over de inzet van het AstraZeneca-vaccin boven de 65 jaar, hebben we meer mogelijkheden om de vaccinatiestrategie verder te verbeteren. Daartoe neem ik de volgende stappen. Allereerst zullen we het AstraZeneca-vaccin ook inzetten bij mensen boven de 65 jaar. Dat betekent onder andere dat ook 65-plussers met bijvoorbeeld morbide obesitas of het syndroom van Down in aanmerking komen voor een AstraZeneca-vaccin bij de huisarts. Dit is met name relevant voor de groep 65 tot en met 74-jarigen. Voor de groep 75-plussers geldt dat zij reeds een uitnodiging ontvangen voor vaccinatie met het vaccin van BioNTech/Pfizer.

De Gezondheidsraad gaf in het advies van 8 maart jl. ook aan dat één dosis voldoende bescherming biedt bij mensen die in de afgelopen zes maanden aantoonbaar een SARS-CoV-2 infectie hebben doorgemaakt. Uitzondering hierop zijn patiënten van wie het immuunsysteem ernstig gecompromitteerd is. De Gezondheidsraad heeft in het advies van 4 februari jl. aangegeven welke groepen dit zijn. Voor mensen die langer dan zes maanden geleden positief zijn getest adviseert de Gezondheidsraad op dit moment een regulier vaccinatieschema van twee doses. De consequenties van dit advies heb ik met het RIVM nader bekeken. Hierbij kom ik tot de lijn dat mensen op korte termijn bij het inplannen van de afspraak (digitaal of telefonisch) kunnen aangeven dat zij minder dan zes maanden geleden een – met een coronatest bevestigde – COVID-19 infectie hebben doorgemaakt en dat voor hen een vaccinatie volstaat. Mensen zijn niet verplicht om een positieve testuitslag te overleggen. Afspraken die al gepland waren voor de tweede prik blijven in principe staan. Indien de genodigde vanwege een recentelijk doorgemaakte COVID-19 infectie geen tweede afspraak meer wenst, dient de afspraak tijdig te worden afgezegd om spillage van het vaccin te voorkomen.

Wanneer iemand denkt in de afgelopen zes maanden COVID-19 te hebben doorgemaakt, maar niet getest is, dan is voorlopig het advies om toch tweemaal te vaccineren. Met het RIVM ga ik na óf en op welke wijze een serologische test ingezet zou kunnen worden voor deze groep mensen. Wanneer haalbaar, zal deze werkwijze zo spoedig mogelijk in de praktijk worden doorgevoerd. Hiervoor zijn onder andere aanpassingen nodig in de belscripts bij de GGD'en, de instructies bij de huisartsen en de IT-systemen waarin wordt geregistreerd dat mensen volledig zijn gevaccineerd.

Advies aanvulling hoog-risicopatiëntgroepen COVID-19-vaccinatie en toedieningsvormen COVID-19-vaccins.

Ik heb de Gezondheidsraad ook gevraagd te adviseren over de groep patiënten voor wie een COVID-19 vaccinatie noodzakelijk wordt geacht om

een geplande operatie of behandeling te kunnen ondergaan, maar die volgens de vaccinatiestrategie nog niet in aanmerking komen binnen een bepaald leeftijdscohort of medische hoog-risicogroep. Gezien de beperkte beschikbaarheid van COVID-19-vaccins, heb ik de Gezondheidsraad daarnaast gevraagd naar de stand van de wetenschap ten aanzien van verschillende toedieningsvormen van vaccins. De COVID-19-vaccins die nu in gebruik zijn in Nederland worden in de spieren geïnjecteerd. Ik heb de raad gevraagd te inventariseren wat bekend is over mogelijke andere toedieningsroutes voor vaccins waarbij een lagere dosis vaccin zou kunnen volstaan om een immuunrespons op te wekken.

De Gezondheidsraad heeft mij op 22 maart jl. het advies doen toekomen (zie de bijlage)⁵⁶. Daarin adviseert de raad om patiënten die op een wachtlijst staan voor een orgaantransplantatie toe te voegen aan de groep hoog-risicopatiënten die in het Gezondheidsraadadvies van 4 februari jl. zijn geïdentificeerd. De reden hiertoe is dat bij deze patiënten na transplantatie sprake zal zijn van een ernstig gecompromiteerd immuunsysteem. Dit leidt tot een verhoogd risico op een ernstig beloop van COVID-19 en een verminderde werkzaamheid van de vaccinatie. De Gezondheidsraad adviseert deze patiëntengroepen gelijktijdig met ouderen rond de 70 jaar te vaccineren, bij voorkeur met een mRNA-vaccin.

Wat betreft de toedieningsvormen van de COVID-19-vaccins die nu in gebruik zijn in Nederland, vermeldt de raad aan dat het momenteel niet bekend is of de vaccins werkzaam en veilig zijn bij andere toedieningsvormen en bij een lagere dosering. De Gezondheidsraad geeft aan dat onderzoek moet uitwijzen of een lagere dosis vaccin toegediend via de huid (intradermaal) of in de slijmvliezen (intramucosaal) werkzaam, veilig en in de praktijk toepasbaar is. Ik vind het belangrijk om bij deze adviezen goed te wegen welke implicaties dit heeft voor de uitvoering van de vaccinatiestrategie.

Verdere stappen in de vaccinatiestrategie

Bij de verdere stappen staan altijd de doelstellingen van de vaccinatiestrategie voorop: zo snel mogelijk de meest kwetsbaren en de mensen die hen verzorgen kunnen beschermen. De ziektelast neemt sterk toe naarmate de leeftijd van mensen hoger. Op basis van de adviezen van de Gezondheidsraad zijn we dan ook beginnen met de hoogste leeftijdsgroepen.

- Van de groep mensen van 90 jaar en ouder heeft nu 67% de eerste prik ontvangen, bij de groep mensen tussen de 85 en 89 jaar is dat 78% en bij de groep tussen 80 en 84 jaar is dat 80% ontvangen.
- Op dit moment worden de mensen uit de leeftijdsgroep 75 tot en met 79-jarigen uitgenodigd en gevaccineerd. Zoals ik eerder in deze brief heb aangegeven heeft ca. 15% uit deze groep inmiddels een eerste vaccinatie ontvangen. Hierna volgen, waarschijnlijk in de tweede helft van april, de uitnodigingen voor de 70–74-jarigen en vervolgens eind april de 65–69 jarigen. Voor deze leeftijdscategorieën zullen we nu ook de vaccins van Janssen en AstraZeneca inzetten, zodat we er alles aan doen om deze kwetsbare (leeftijds)groepen zo snel als mogelijk te vaccineren.
- Uw Kamer heeft mij tijdens het plenaire debat van 10 maart jl. gevraagd of en op welke manier partners samen gevaccineerd kunnen worden. De GGD'en maken het voor paren geboren in en beiden vóór 1946 (75 jaar) mogelijk om gezamenlijk gevaccineerd te worden. Om praktische redenen kan niet gegarandeerd worden dat dit altijd lukt.

⁵⁶ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

- Eind maart worden de eerste uitnodigingen verstuurd voor de vaccinatie van de niet-mobiele thuiswonenden en de niet-mobiele mensen met een neurologische aandoening waarbij zich ademhalingsproblemen voordoen. Het gaat hierbij om mensen in alle leeftijdsgroepen voor wie het onmogelijk is om naar een GGD of naar de huisarts te gaan. Naar schatting betreft dit zo'n 70.000 mensen in Nederland. Huisartsen werken in dit traject mogelijk samen met de openbare apotheken. Dan ontvangen de apotheken de vaccins van het RIVM en bereiden het vaccin voor, zodat de huisarts na ontvangst uitsluitend het vaccin bij de mensen thuis hoeft toe te dienen.

Verder heb ik in mijn eerdere brieven aan uw Kamer aandacht besteed aan de vaccinatie voor verschillende medische risicogroepen. De Gezondheidsraad heeft zeven hoogrisicogroepen benoemd in het advies van 4 februari jl., die vanwege hun medische achtergrond een sterk verhoogd risico hebben op een ernstig beloop van COVID-19.

- Een deel van deze groep wordt door de huisarts uitgenodigd. Dit gaat om de mensen met morbide obesitas (BMI > 40) en mensen met het syndroom van Down. Vanaf 15 februari is hier regionaal al een start gemaakt met vaccineren. Vanwege de pauze van AstraZeneca is vaccinatie tijdelijk gestopt, en wordt nu weer doorgestart. Na het advies van de Gezondheidsraad van 8 maart jl. waarin is aangegeven dat het AstraZeneca-vaccin ook veilig en effectief is bij mensen boven de 65 jaar, is besloten dat de huisartsen hierbij ook de mensen uit deze twee hoogrisicogroepen boven de 65 jaar zullen uitnodigen.
- Het RIVM heeft mij laten weten dat nu ook de andere vijf groepen patiënten die extra risico lopen vanaf vorige week een uitnodiging ontvangen voor een coronavaccinatie. De vaccinaties starten vanaf 24 maart. Het gaat om vier groepen patiënten met een gecompromitteerd immuunsysteem⁵⁷. Deze patiënten ontvangen de uitnodiging via het ziekenhuis waar zij onder behandeling zijn. Ziekenhuizen gaan deze groepen met het vaccin van Moderna vaccineren. Daarnaast wordt gestart met mensen met een neurologische aandoening waardoor de ademhaling is aangetast. De mensen uit deze groep die niet mobiel genoeg zijn om naar het ziekenhuis te komen worden meegenomen in de groep niet-mobiele thuiswonende ouderen (zie hierboven). Het gaat hier bijvoorbeeld om mensen met de ziektes van Duchenne of ALS. Na Pasen wordt gestart met hun vaccinatie.

Ook heb ik u eerder bericht over het advies van de Gezondheidsraad (van 4 februari jl.) om andere mensen met een medische indicatie ongeacht de leeftijd 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 risicogroepen die grotendeels overeenkomen met mensen die worden uitgenodigd voor de jaarlijkse griepvaccinatie.⁵⁸ Zij zullen daarom waarschijnlijk vanaf mei door de huisarts worden uitgenodigd.

⁵⁷ De vier groepen patiënten met een gecompromitteerd immuunsysteem:

- Patiënten met een hematologische maligniteit (bepaalde bloedkankers);
- Patiënten met ernstig nierfalen;
- Patiënten na orgaan-, stamcel- of beenmergtransplantatie;
- Patiënten met een ernstige aangeboren afweerstoornis.

⁵⁸ De groepen mensen met een medische indicatie:

- Patiënten met afwijkingen en functiestoornissen van de luchtwegen en longen;
- Patiënten met een chronische stoornis van de hartfunctie;
- Patiënten met diabetes mellitus;
- Patiënten met andere chronische nierinsufficiëntie.
- Patiënten met een afweerstoornis of behandeld met immuunsuppressiva leidend tot verminderde weerstand tegen luchtweginfecties; hieronder vallen bijvoorbeeld ook de mensen met een maligniteit en auto-immuunziekten met behandeling die de weerstand vermindert.

Tot slot heb ik de Gezondheidsraad op 2 maart jl. gevraagd welke mogelijkheden er zijn om jongeren onder de 18 jaar die behoren tot een medische risicogroep te vaccineren, met welk vaccin dat zou kunnen, en of het raadzaam is hun omgeving te vaccineren indien zij zelf geen vaccin kunnen ontvangen. Ik verwacht hierover in de loop van april het advies te ontvangen.

Uitvoering en registratie

Vaccinatie medewerkers acute zorg

Zoals ik aan het begin van deze brief heb aangegeven neemt de druk op de acute ziekenhuiszorg weer toe. De stroom COVID-19-patiënten die opgenomen moet worden op een klinisch verpleegbed of op de intensive care, loopt de afgelopen weken gestaag op. Het aantal opnames zal volgens de laatste prognoses de komende weken verder fors toenemen. Het borgen van de continuïteit van de acute (COVID-)zorg onder deze moeilijke omstandigheden blijft een belangrijk voortdurend aandachtspunt voor het kabinet.

Vanuit het belang van de continuïteit van de acute zorg heb ik reeds begin januari besloten⁵⁹ om in actie te komen voor het vitale zorgproces rond de directe COVID-zorg in de ziekenhuizen en de ambulancediensten. Zoals de Gezondheidsraad in het advies van 19 november 2020⁶⁰ uiteen heeft gezet kan vaccineren van bepaalde groepen zorgmedewerkers bijdragen aan het in stand houden van de zorg. Ik heb in mijn eerdere brieven ook aangegeven dat de veranderende epidemiologische situatie een rol kan spelen bij het maken van specifieke keuzes binnen de vaccinatiestrategie. In dat kader is daarom gekozen voor de vaccinatie van de zorgmedewerkers die essentieel zijn voor het bemensen van de COVID-bedden (klinisch en IC), de spoedeisende hulp en de ambulances voor de COVID-zorg. Met een snelle vaccinatie-aanpak via het Landelijk Netwerk Acute zorg (de LNAZ) zijn in januari in korte tijd circa 40.000 zorgmedewerkers gevaccineerd.

Inmiddels zijn op de genoemde COVID-afdelingen in de ziekenhuizen medewerkers bijgekomen (extra opgeleid, terug van ziekte/verlof, roulatie) en worden er daarnaast extra medewerkers ingezet als de COVID-zorg moet worden opgeschaald. Daarnaast zien we ook actuele risico's voor de continuïteit van aanpalende acute zorgafdelingen door onder andere overlap in COVID- en non-COVID ziekteverschijnselen bij de betreffende patiëntengroepen.

Deze groep acute zorgmedewerkers was ten tijde van de vaccinatieronde in januari nog niet meegenomen, maar is inmiddels ook van groot belang in het borgen van de continuïteit van de acute (COVID-)zorg. Daarom volgt op korte termijn voor deze groep van in totaal circa 39.500 medewerkers, een aanvullende vaccinatieronde met het vaccin van AstraZeneca. Net zoals bij de ronde in januari zal de uitvoering in handen zijn van het LNAZ. Het LNAZ zal dit op dezelfde wijze en volgens hetzelfde draaiboek als in januari uitvoeren. Herverdeling vindt plaats binnen de groepen mensen die met AstraZeneca gevaccineerd worden. Dit heeft slechts effect van enkele dagen op de planning van de vaccinaties.

⁵⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 851.

⁶⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 743.

Centrale registratie

In eerdere brieven aan uw Kamer heb ik het belang van nauwkeurige en tijdige centrale registratie van de vaccinatie toegelicht. Het centraal register is een noodzakelijk onderdeel van de vaccinatiestrategie, en belangrijk in het kader van de bestrijding van de pandemie, veiligheidsbewaking en monitoring van bijwerkingen, het snel handelen bij eventuele calamiteiten. Het register biedt inzicht in de vaccinatiegraad in de verschillende doelgroepen. Hierbij heb ik aangegeven dat het hiervoor van belang is dat het RIVM beschikt over voldoende gegevens om hun taak uit te kunnen voeren.

Betrouwbare informatie over de vaccinatiegraad en de effectiviteit zijn van groot belang om het vaccinatieprogramma te sturen en om de bijdrage van het vaccinatieprogramma aan het bestrijden van de pandemie goed te kunnen inschatten. Het delen van vaccinatiegegevens met het centrale register (CIMS) gebeurt op basis van toestemming. De gegevens van de gevaccineerde worden alleen met toestemming van de gevaccineerde aan het RIVM doorgeleverd. Voor de betrouwbaarheid van gegevens en statistieken is het van groot belang dat zoveel mogelijk mensen toestemming geven.

Tot voor kort gaf meer dan 98% van de mensen die werden gevaccineerd bij de GGD'en toestemming aan hun zorgverlener hun vaccinatiegegevens te delen met het RIVM. Dit percentage is echter gedaald en ligt nu rond de 94%. De vraag omtrent toestemming is niet verplicht gesteld, en wordt bij 4% van de gevaccineerden niet beantwoord. Hieraan wordt extra aandacht besteedt in het callcenter. Ik ben in gesprek met het RIVM om te beoordelen in hoeverre het werk van het RIVM hierdoor onder druk komt te staan.

In een eerdere fase heeft het RIVM aangegeven dat data van tenminste 95% van degenen die opkomen voor vaccinatie in de centrale database moeten komen om betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de vaccinatiegraad en de effectiviteit van vaccins, ten behoeve van bijvoorbeeld het bijsturen van de vaccinatiestrategie. Er worden met de uitvoerende partijen afspraken gemaakt over het doorsturen van (enkel) procesinformatie over alle uitgevoerde vaccinaties, dus ook van de mensen die geen toestemming hebben verleend. Zo kunnen we naast de gepersonaliseerde vaccinatiegegevens van de mensen die toestemming hebben verleend, ook beschikken over een minimale set van landelijke vaccinatiegegevens. Deze informatie bevat geen persoonsgegevens en is derhalve niet herleidbaar naar de persoon, maar biedt het RIVM wel de mogelijkheid de landelijke vaccinatiegraad te kunnen vaststellen. Dit biedt echter geen mogelijkheden deze per regio of doelgroep vast te stellen. Ik zal de mogelijkheden verkennen om het percentage toestemming voor centrale registratie weer boven de 95% te doen stijgen, zodat het RIVM over voldoende betrouwbare informatie beschikt voor de uitvoering van hun taak in de monitoring van het vaccinatieprogramma en de bestrijding van de pandemie.

In eerdere brieven heb ik benoemd dat CIMS de basis moet vormen voor de rapportage over het aantal gezette prikken en de daarmee samenhangende informatie zoals aantal volledig gevaccineerden en de vaccinatiegraad. Momenteel wordt voor onder andere het dashboard deels gewerkt met een berekend aantal prikken dat het RIVM maakt op basis van de uitgereden vaccins. Op dit moment is dat de beste benadering van het aantal gezette prikken die gemaakt kan worden. Het is natuurlijk beter als we het daadwerkelijk gezette prikken kunnen rapporteren. Zoals reeds

toegelicht is de volledigheid van de data in CIMS in veel opzichten erg belangrijk voor het vaccinatieprogramma.

Vanwege de vele verschillende uitvoerders en locaties waarop vaccinaties worden toegediend, is er ook een groot aantal bronsystemen die data aan CIMS moeten leveren. Het gaat in totaal om 29 systemen die data aan CIMS moeten leveren en waar dus koppelingen gerealiseerd moeten worden. Bij een groot aantal van de bronsystemen is dit inmiddels gerealiseerd en zij leveren de vaccinatiedata aan CIMS. Bij sommige systemen is dit echter nog niet het geval en daarom zien we dat het aantal registraties dat nu in CIMS staat lager is dan het berekend aantal prikken. Er liggen verschillende technische, praktische en juridische redenen aan ten grondslag, waardoor het aantal doorgekomen registraties nu nog achterblijft. In samenwerking met alle uitvoeringspartners wordt gekeken naar hoe dit in de komende weken kan worden aangepakt. Het streven is om begin april op het dashboard over te gaan naar de data die via CIMS kan worden ontsloten. De verwachting is dat het aantal registraties in CIMS op dat moment lager is dan het berekend aantal gezette prikken, in verband met de vertraging die optreedt doordat registraties later worden verwerkt als een prik is gezet.

Clïëntportaal

Het cliëntportaal van CIMS, waarin burgers hun vaccinatiegegevens kunnen inzien, zal naar verwachting begin april live gaan. Eerder sprak ik over eind maart, door enkele benodigde technische aanpassingen wordt dit circa twee weken later.

Monitoring bijwerkingen Lareb

Bijwerkingencentrum Lareb geeft aan dat er tot en met 14 maart 10.887 meldingen met 57.391 bijwerkingen zijn ontvangen en bekeken. De meldingen gaan over een geschat aantal van ongeveer 1,5 miljoen gegeven vaccins. De meeste bijwerkingen die worden gemeld zijn bekend en kortdurend. Het gaat hierbij in de meeste gevallen om spierpijn, hoofdpijn, vermoeidheid, je niet lekker voelen en reacties op de prikplek. Lareb geeft aan dat deze tijdelijke klachten zijn toe te schrijven aan de reactie van het afweersysteem op de vaccinatie. Uit de meldingen blijkt dat klachten zoals koorts en rillingen bij het AstraZeneca vaccin iets vaker als hevig worden ervaren. In de bijsluiters van het Pfizer/BioNTech vaccin staat dat koorts iets vaker optreedt bij de tweede vaccinatie dan bij de eerste vaccinatie.

Bij 41 meldingen waren er klachten die passen bij een heftige allergische reactie en anafylaxie. De eerste symptomen van heftige allergische reacties begonnen meestal in de eerste 15 tot 30 minuten na vaccinatie. Hiervoor is ook de observatietijd van minimaal 15 minuten belangrijk, zodat meteen kan worden ingegrepen. Op indicatie wordt zelfs 30 minuten geobserveerd. Anafylaxie kan snel levensbedreigend worden zodat snel ingrijpen noodzakelijk is. Bij sommigen duurde het tot enkele uren voordat de klachten het hevigst werden. Alle patiënten zijn snel en adequaat behandeld en hersteld.

Daarnaast krijgt Lareb ook meldingen van overlijdens na vaccinatie. Tot 14 maart zijn er 138 meldingen binnengekomen. Daarbij benadrukt Lareb dat overlijden na vaccinatie niet betekent dat de bijwerkingen van het vaccin de oorzaak zijn van het overlijden. Lareb heeft in de meldingen geen patronen gevonden van klachten die wijzen op ernstige bijwerkingen waaraan gevaccineerden kunnen zijn overleden. Lareb geeft aan dat onderliggende gezondheidsproblemen de meest voor de hand liggende

verklaring van het overlijden zijn bij het merendeel van de meldingen. Eens in de twee weken geeft Lareb een update van de gemelde bijwerkingen. Als er in de tussentijd nieuwe inzichten zijn, zal Lareb daarover berichten.

Tijdelijke stop AstraZeneca

Op 14 maart jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over mijn besluit om uit voorzorg tijdelijk geen vaccinaties met AstraZeneca te geven. Aanleiding hiervoor was de berichtgeving uit onder andere Noorwegen en Denemarken waar enkele meldingen van een zeldzame, maar ernstige combinatie van trombose en een ernstig verlaagd aantal bloedplaatjes, na vaccinatie werden gerapporteerd. In de Europese Unie en het Verenigd Koninkrijk zijn tot en met 17 maart 25 meldingen van ernstige stolselvorming in combinatie met een sterk verlaagd aantal bloedplaatjes (trombocytopenie) na vaccinatie met AstraZeneca (ruim 20 miljoen doses) binnengekomen. De meeste meldingen betroffen vrouwen onder de 55 jaar. Het EMA stelt dat er een mogelijke link is met het vaccin, maar dat de kans dat mensen hierdoor getroffen worden «extreem klein» is. Er wordt op dit moment aanvullend onderzoek gedaan naar het mogelijke oorzakelijk verband. Het EMA stelt dat de voordelen van het vaccin, namelijk de bescherming dat het vaccin biedt tegen het coronavirus, groter zijn dan de mogelijke risico's. Er zijn daarnaast geen aanwijzingen gevonden dat er een verhoogd risico is op normale trombose, zoals diep veneuze trombose (trombose in de benen) en longembolie, na vaccinatie met het AstraZeneca-vaccin. Deze zouden mogelijk zelfs minder voorkomen.

Bijwerkingencentrum Lareb is extra alert op dit soort meldingen. Lareb heeft tot nu toe tientallen meldingen ontvangen van stollingsproblemen zoals gewone trombose en longembolie na vaccinatie met AstraZeneca, zoals ook verwacht op basis van de gewone incidentie. De Nederlandse meldingen geven tot nu toe geen aanleiding om te denken dat trombose een bijwerking is. Er wordt uiteraard ook goed gekeken of de combinatie van trombose en een sterk verlaagd aantal bloedplaatjes optreedt. Lareb heeft tot nu toe twee meldingen ontvangen waarbij zowel trombose als een verlaagd aantal bloedplaatjes genoemd werd, maar hierbij was geen sprake van dit ernstige beeld. Het ging om patiënten boven de 50 jaar. Deze gevallen zijn qua beeld niet vergelijkbaar met de meldingen zoals gezien in andere landen. In deze meldingen is de aard van de trombose anders en de verlaging van de bloedplaatjes kort en minder sterk. Ook is er één melding van een sterke verlaging van het aantal bloedplaatjes na vaccinatie met het AstraZeneca vaccin, dat is geduid als ITP (immuun trombocytopenie). Dit is een ander beeld en hierbij was geen sprake van trombose. ITP is een zeldzame bekende bijwerking van vaccins in het algemeen, maar kan ook diverse andere oorzaken hebben.

De bijsluiter van het AstraZeneca-vaccin wordt naar aanleiding van de berichtgeving wel aangepast. Er wordt een waarschuwing toegevoegd voor zorgverleners en patiënten.

Vaccinatiebewijzen

In mijn voortgangsbrief van 8 maart jl. ben ik uitgebreid ingegaan op het voorgestelde beleid ten aanzien van vaccinatiebewijzen. Het daarin neergelegde kabinetsstandpunt en de daarin verwoorde dilemma's op ethisch, medisch en maatschappelijk vlak is in het daaropvolgende debat met uw Kamer op 10 maart jl. besproken. Uw Kamer heeft mij ten

behoefte van de uitwerking drie aangenomen moties^{61, 62, 63} meegegeven die zien op een voortvarende (motie van het lid Jetten, D66, die de regering verzoekt om nog voor de zomer een vaccinatiepaspoort mogelijk te maken) maar zeer zorgvuldige (moties van het lid Segers, CU) besluitvorming hieromtrent. Inmiddels heeft de Europese Commissie op 17 maart jl. een voorstel voor een verordening van het Europees parlement en de Raad gepubliceerd betreffende een Digitaal Groen Certificaat. Een appreciatie van de verordening wordt separaat aan uw Kamer voorgelegd. Dit komt tegemoet aan de hiervoor al genoemde motie van het lid Segers c.s.⁶⁴ die de regering verzoekt geen onomkeerbare stappen te nemen op het gebied van een Europees vaccinatiepaspoort voordat de Kamer zich hierover heeft uitgesproken. Ik ga met de aanwijzingen van uw Kamer verder aan de slag met de praktische uitwerking en meld de voortgang daarvan in volgende Kamerbrieven.

Innovatieve behandelingen

Op basis van de huidige medisch-wetenschappelijke inzichten kunnen nieuwe, specifiek voor COVID-19 ontwikkelde antilichaambehandelingen mogelijk als behandeling worden ingezet bij personen die zijn blootgesteld aan het Coronavirus, milde klachten hebben en een verhoogd risico hebben op een ernstig ziekteverloop. Op deze wijze kunnen antilichaamtherapieën een bijdrage leveren aan de bescherming van individuele kwetsbare personen.

Ik heb u eerder in de stand van zakenbrief van 17 november jl.⁶⁵ geïnformeerd over een potentieel geneesmiddel voor COVID-19 dat in opdracht van VWS door de Sanquin Bloedbank is gemaakt; een antilichaambehandeling vervaardigd uit bloedplasma van herstelde COVID-patiënten. Sinds april vorig jaar heeft Sanquin hiervoor 30.000 kilo plasma ingezameld. Ik ben de Nederlandse plasma donoren, die onbaatzuchtig hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van dit middel, zeer erkentelijk. Ik heb in mijn brief van 17 november jl.⁶⁶ aangegeven dat de inzet van het nieuwe geneesmiddel wordt gebaseerd op het oordeel van medisch specialisten. Omdat het gaat om een nieuw middel, waarvan de werking en veiligheid nog onvoldoende is aangetoond, is er nauw aanvullend overleg geweest tussen verschillende medisch specialisten, het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen en Sanquin. De inzetbaarheid van dit middel, buiten studieverband, werd belemmerd omdat de producent Sanquin Plasma Products (SPP) geen vergunning heeft om dit specifieke middel in Nederland op de markt te brengen. Om de inzet op korte termijn toch mogelijk te maken, heb ik aan SPP een ontheffing verleend om dit middel de komende 6 maanden in Nederland op de markt te brengen. Hierover verscheen op 2 maart jl. een mededeling in de Staatscourant⁶⁷ De inzet van het middel buiten studieverband vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts.

Aankoop antilichaambehandelingen

Zoals in mijn brief van 23 februari jl.⁶⁸ koop ik uit voorzorg ook een hoeveelheid COVID-19 antilichaambehandelingen in via een gezamenlijke

⁶¹ Kamerstuk 25 295, nr. 1046.

⁶² Kamerstuk 25 295, nr. 1045.

⁶³ Kamerstuk 25 295, nr. 1039.

⁶⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 1046.

⁶⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 713.

⁶⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 713.

⁶⁷ Stcrt. 2021, nr. 10078.

⁶⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 996.

inkoopprocedure van de Europese Commissie. Er zijn op dit moment nog drie andere fabrikanten die een zelfde type antilichaambehandeling aanbieden. Met deze fabrikanten ben ik in gesprek over een eventuele (extra) aankoop van deze middelen via een nationale overeenkomst.

Op 26 februari jl. is een opinie van het Europees Medicijn Agentschap (EMA) gepubliceerd, waarin een (voorlopig) positief oordeel wordt gegeven over de antilichaambehandeling van fabrikant Roche⁶⁹ en op 5 maart jl. is een positief oordeel gegeven over twee vergelijkbare COVID-19 antilichaambehandelingen van fabrikant Eli Lilly.⁷⁰ Voor de antilichaambehandelingen van fabrikanten Celltrion en GSK wordt op een later moment een dergelijke voorlopige EMA opinie verwacht. De formele beoordeling en registratie van de COVID-19 antilichaambehandelingen in Europa zal evenwel nog enige tijd op zich laten wachten. Dit betekent dat de antilichaamproducten voorlopig alleen als niet-geregistreerd medicijn beschikbaar kunnen worden gemaakt en ingezet. Hiertoe sta ik het RIVM toe deze behandelingen te distribueren via een ministeriële ontheffing.

Met de relevante beroepsgroepen (medisch specialisten en huisartsen) is overleg over de behandel mogelijkheden en beschikbaarheid van de COVID-19 antilichaambehandelingen, zodat de producten op korte termijn ook daadwerkelijk – op individuele basis – kunnen worden ingezet voor de door hen geïdentificeerde hoog-risico patiëntengroepen. Medici zijn uiteraard leidend in deze keuze en stellen een behandeladvies voor deze producten op.

Onderzoek

Binnen het vervolg COVID-19 deelprogramma Behandeling van ZonMw dat in januari door mij is goedgekeurd, wordt urgent benodigd onderzoek naar kennishiaten op het gebied van behandeling van COVID-19 door ZonMw mogelijk gemaakt. Op 3 maart jl. is een oproep gepubliceerd voor onderzoek naar zes kennishiaten op het gebied van COVID-19 behandeling zoals beschreven in de multidisciplinaire Kennisagenda opgesteld onder coördinatie van de Federatie Medisch Specialisten (FMS)⁷¹. Om de door de FMS geformuleerde vragen op korte termijn te beantwoorden, wordt onderzoek uitgezet waarbij zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van bestaande lopende samenwerkingsverbanden en lopend onderzoek en cohorten. De vragen richten zich onder andere op het in kaart brengen van schade op het hart en mogelijke behandeling, het beloop en het testen van behandeling van anosmie (verlies van reuk) en de inzet van CT-onderzoek voor passende behandeling van COVID-19 patiënten. Daarnaast richten twee kennishiaten zich op passende behandeling van oudere patiënten. De voorbereiding voor onderzoek naar kennishiaten in de eerstelijnszorg lopen en de subsidieoproep vanuit ZonMw hiervoor volgt eind maart.

Zorgen dat de zorg het aan kan

Zorg voor patiënten in de keten

Al meer dan een jaar zetten onze zorgprofessionals zich dag in, dag uit, in om samen het grote aantal COVID-patiënten op te vangen en daarnaast

⁶⁹ EMA issues advice on use of REGN-COV2 antibody combination (casirivimab / imdevimab) | European Medicines Agency (europa.eu).

⁷⁰ EMA issues advice on use of antibody combination (bamlanivimab / etesevimab) | European Medicines Agency (europa.eu).

⁷¹ Kennisagenda COVID-19 aangeboden aan VWS | Federatie Medisch Specialisten (demedisch-specialist.nl).

zorg aan non-COVID-patiënten te blijven verlenen. In de gehele zorgketen werkt men continu samen aan goede, veilige en toegankelijke zorg.

Actueel beeld COVID-ziekenhuiszorg

In de ziekenhuizen – op de IC en in de kliniek – zien we al wekenlang nagenoeg hetzelfde beeld: een lichte maar gestage stijging van zowel de gemiddelde instroom van patiënten als van de bezetting van de bedden. Het Landelijk Centrum Patiëntenspreiding (LCPS) verwacht op basis van de beschikbare data dat de instroom van COVID-patiënten op de IC en in de kliniek verder zal toenemen.

Op dit moment (stand 22 maart 2021) zijn volgens het LCPS in totaal 2.193 patiënten met COVID-19 in de Nederlandse ziekenhuizen opgenomen, waarvan 638 COVID-patiënten op de IC en 1.555 COVID-patiënten in de kliniek.

Actueel beeld COVID-zorg in eerstelijnsverblijf

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

Op dit moment zijn er 1.122 eerstelijnsverblijf bedden, waarvan er 497 bedden bezet zijn (cijfers 19 maart 2021). Ten opzichte van vorige week is dit een stijging in het aantal beschikbare bedden (+35) en een daling in het aantal bezette bedden (-39). Twee van de 25 veiligheidsregio's zijn in dit moment niet in staat om verder op te schalen. De komende week wordt er een lichte stijging verwacht in het aantal bezette bedden (501). In de prognoses voor de bedbezetting over een maand lijkt, met enige onzekerheid, sprake van een daling, gevolgd door een lichte toename van het aantal benodigde bedden. In deze prognoses wordt het effect van vaccinatie nu meegenomen waardoor het ernstigste scenario, nu met 20% lager lijkt uit te komen dan voorheen gedacht.

Stand van zaken reguliere zorg

Uit de laatste rapportage van de NZa⁷² blijkt dat ziekenhuizen steeds meer ruimte vinden om reguliere zorg te kunnen leveren. Ook constateert de NZa dat het aantal verwijzingen inmiddels weer bijna op het niveau is zoals men zou verwachten zonder corona-uitbraak. Dat is positief. Tegelijkertijd zijn nog steeds delen van de niet-kritieke planbare zorg afgeschaald en behandelingen uitgesteld om capacitaire ruimte te creëren voor het opvangen van de voortdurende instroom van COVID-patiënten. Bovendien zijn er volgens de NZa sinds maart vorig jaar naar schatting ruim 1,4 miljoen minder verwijzingen vanuit huisartsen naar de medisch specialistische zorg geweest.

Het is van belang dat de uitgestelde zorg straks zo snel, passend en verantwoord mogelijk wordt ingehaald. Om de toegankelijkheid van zorg na de COVID-crisis te waarborgen, werk ik samen met de NZa en veldpartijen aan een plan van aanpak. Het plan zal naar verwachting medio april gereed zijn. Dit is uiteraard onder voorbehoud van de actuele ontwikkelingen van de pandemie in de komende weken.

⁷² NZa-rapportage van 10 maart 2021, https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_634368_22/1/.

Uitgestelde behandelingen kunnen zorgen voor gezondheidsschade. Dat bleek eerder ook al uit de RIVM-rapportage⁷³ «Impact van de eerste COVID-19 golf op de reguliere zorg en gezondheid» die op 15 december 2020 aan uw Kamer is verzonden.

De motie van het lid Wilders⁷⁴ verzoekt in dit verband om te onderzoeken hoeveel patiënten vanwege uitgestelde zorg door de coronacrisis ernstige complicaties kregen en/of zijn overleden. In de appreciatie van deze motie gaf de Minister voor MZS aan dat zij zou nagaan of dergelijke informatie bij de ziekenhuizen beschikbaar is, maar dat zij de ziekenhuizen op dit moment niet wil belasten met allemaal extra administratie.

In de motie is gerefereerd aan een bericht over complicaties na uitstel van een behandeling door de corona-crisis bij patiënten in het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ). Uit de registratie van het ETZ blijkt weliswaar dat er complicaties zijn opgetreden na uitgestelde zorg, maar er is niet vastgesteld (anders dan de motie suggereert) dat de complicaties zijn opgetreden *vanwege* de uitgestelde zorg. Dergelijke medisch-inhoudelijke conclusies zijn in het algemeen lastig te trekken. Het is dan ook ingewikkeld om een totaalbeeld te krijgen van alle complicaties na uitgestelde zorg en daarbij per patiënt een oorzakelijk verband te kunnen vaststellen tussen complicatie en het uitstel. Deze informatie wordt namelijk niet standaard door behandelaren geregistreerd en we willen – voor zover dit al medisch-inhoudelijk mogelijk zou zijn – de medisch specialisten niet extra belasten met de taak om medische dossiers hier alsnog op te analyseren.

Om toch een beeld te krijgen van in hoeverre de uitgestelde zorg heeft geleid tot (ernstige) complicaties, hebben we de IGJ gevraagd naar mogelijke (nieuwe) inzichten en hebben we branchepartijen NFU, NVZ en ZKN gevraagd bij hun leden te inventariseren welke informatie beschikbaar is. Ik zal de Kamer zo spoedig mogelijk informeren over de uitkomsten van deze uitvragen.

Toezegging om de ziekenhuiskoepels te attenderen op het voorbeeld van de «Handreiking bezoek en sociaal contact (corona in verpleeghuizen)»

Om de ziekenhuizen te ondersteunen bij het veilig kunnen ontvangen van bezoek en sociaal contact is de «Handreiking bezoek en sociaal contact (corona in verpleeghuizen)» zoals opgesteld door ActiZ, Alzheimer Nederland, LOC, NIP, Verenso, V&VN en Zorgthuisnl met de ziekenhuiskoepels gedeeld. Dit heeft de Minister voor MSZ eerder toegezegd in beantwoording op Kamervragen van de leden Dik-Faber en Van der Staaij.^{75, 76}

Beleidskader fase 3 – Voorbereid zijn op ernstige scenario's

Naast deze stand van zakenbrief heeft uw Kamer het verdiepend beleidskader «Continuïteit en kwaliteit van zorg in fase 3 van de COVID-19 pandemie» ontvangen van de Minister voor Medische Zorg en Sport (MZS).⁷⁷ Daarmee voldoen we aan eerdere toezeggingen van de Minister voor MZS en van mij over het maken van een plan om ons voor te bereiden op fase 3.

⁷³ Kamerstukken 31 765 en 25 295, nr. 540.

⁷⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 1036.

⁷⁵ Aanhangsel Handelingen II 2020/21, nr. 1588.

⁷⁶ Toezegging om de ziekenhuiskoepels te attenderen op het voorbeeld van de «Handreiking bezoek en sociaal contact (corona in verpleeghuizen)» zoals opgesteld door ActiZ, Alzheimer Nederland, LOC, NIP, Verenso, V&VN en Zorgthuisnl.

⁷⁷ Kamerstukken 31 765 en 25 295, nr. 549.

Het beleidskader fase 3 richt zich op een situatie waarbij de druk op de gehele zorg door het oplopende aantal COVID-19 patiënten zo groot is, dat de zorg niet meer op gebruikelijke wijze kan worden verleend en er ingrijpende, onconventionele keuzes moeten worden gemaakt. Ik hoop dat deze ernstige, ontwrichtende situaties nooit bewaarheid worden, het vasthouden aan de maatregelen is daarbij van essentieel belang. Om toch zo goed mogelijk op voorbereid te zijn op fase 3, is het beleidskader opgesteld.

Het beleidskader heeft als doel dat alle patiënten altijd de nodige basiszorg en -ondersteuning blijven ontvangen en er geen willekeur ontstaat. In het beleidskader zijn vier maatregelen en acties beschreven die nodig zijn voor het waarborgen van de continuïteit van zorg in fase 3:

1. De sectorale, regionale en landelijke borging van de continuïteit van zorg
2. Het verbreden van de informatiepositie over de gehele zorgketen
3. Financieel comfort voor zorgaanbieders
4. Communicatie

Het afkondigen van fase 3 is een besluit van de Minister voor MZS. Fase 3 kan alleen landelijke afgekondigd worden en gebeurt pas alle opties in fase 2 benut zijn. Het LNAZ informeert de Minister voor MZS en de IGJ als er een situatie dreigt te ontstaan waarbij fase 3 op korte termijn moet worden afgekondigd. Dit doet het LNAZ op basis van informatie uit de hele zorgketen. De IGJ en de NZa voeren dan een snelle verificatie uit op basis van de meest recente informatie. Op basis van het advies van het LNAZ en de informatie van de IGJ (kwaliteit) en de NZa (toegankelijkheid), wordt fase 3 vastgesteld door de Minister voor MZS. De Minister voor MZS zal de Tweede Kamer hiervan dan op de hoogte stellen.

Actualisatie in beleids- en toetsingskader voor militaire steun in de zorg

Defensie levert al langere tijd een bijdrage in de ondersteuning van de medische zorg voor COVID-patiënten. Vanuit Defensie is hiervoor een aantal BIG-geregistreerde medewerkers beschikbaar. Deze medewerkers kunnen als last resort worden ingezet in de gezondheidszorg, als er knelpunten zijn die voortvloeien uit de COVID-19 pandemie. Daarnaast is er ook Defensiepersoneel met andere kwalificaties beschikbaar (ondersteuning, planning, logistiek, hygiëne-deskundigen). Veiligheidsregio's kunnen een beroep doen op militaire ondersteuning in zorginstelling via een zogeheten MSOB-aanvraag, nadat ze eerst van de overige beschikbare mogelijkheden gebruik hebben gemaakt. Deze procedure lichtte ik u toe in eerdere Kamerbrieven.

De verwachting is dat de behoefte voor militaire bijstand zich in de komende periode anders zal manifesteren nu de effecten van vaccinatie van zowel bewoners als personeel in met name de langdurige zorg steeds zichtbaarder worden. Daarom is in samenspraak met Defensie, de GGD GHOR en VWS het beleids- en toetsingskader voor MSOB-aanvragen geactualiseerd. Op grond daarvan zal de Defensie-inzet beschikbaar voor ondersteuning van zorginstellingen en/of zorgcentra vanaf nu conform de volgende prioritering afgewogen worden:

- 1) a) Het beperken van instroom van patiënten in het ziekenhuis door grootschalige zorg/opvang vóór het ziekenhuis;
b) Het versterken van de uitstroom van patiënten uit het ziekenhuis door clustering van zorg/opvang na het ziekenhuis;
- 2) Het verlenen van langdurige zorg.
- 3) Het bieden van substantiële capaciteit voor de zorg/opvang van ziekenhuispatiënten uit andere regio's (vormgegeven rond de specifieke positie die het UMC Utrecht hierin vervult).

Mensen met een kwetsbare gezondheid

Kwetsbare personen in instellingen en thuis

Verpleeghuiszorg

Cijfers

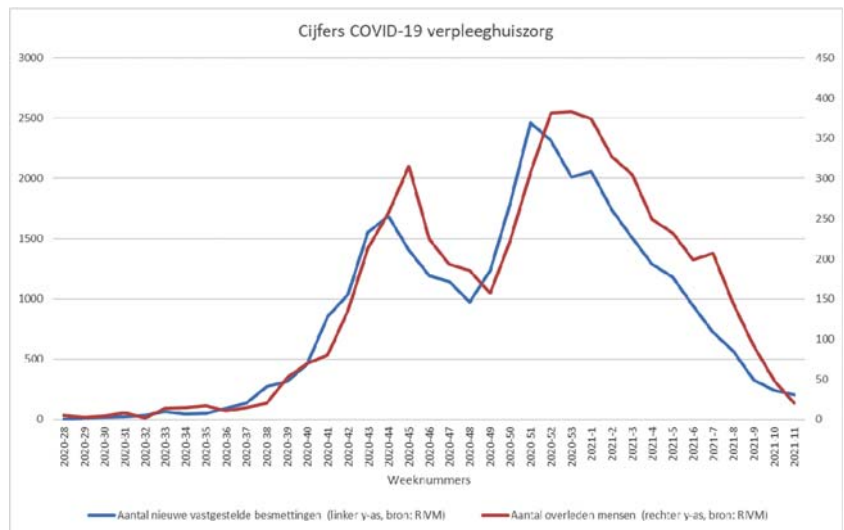
De huidige situatie ten aanzien van het aantal COVID-19-besmettingen en COVID-19 sterfte in verpleeghuizen is op dit moment als volgt:

Bewoners

- Uit de cijfers van het RIVM (peildatum 22 maart 2021) blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 11 en 10⁷⁸) ca. 446 bewoners positief getest zijn op COVID-19. Het aantal nieuwe besmettingen en de sterfte is nadat de bewoners zijn gevaccineerd snel afgenomen. Uit figuur 8 komt dit naar voren. Dit patroon blijkt ook uit de cijfers van Verenso.
- Het RIVM schat dat sinds het uitbreken van de crisis bij ca. 40.460 bewoners van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd. Van dit aantal zijn ruim 8.380 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 11 zijn 20 bewoners overleden bij wie COVID-19 is vastgesteld. In de twee weken daarvoor was dit aantal hoger, namelijk 48 (week 10) en 91 (week 9).

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

Figuur 8. Cijfers COVID-19-verpleeghuiszorg



Locaties

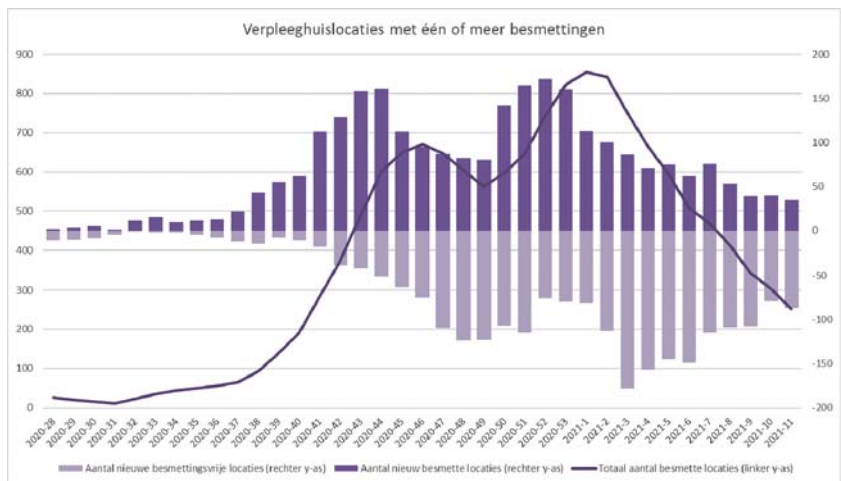
- Wekelijks raken nog nieuwe locaties besmet. Het gaat in totaal om 75 locaties in de afgelopen twee weken. Dat waren er 35 in week 11 en 40 in week 10.
- Op een aantal locaties waar sprake was van een besmetting, zijn in de afgelopen 28 dagen geen nieuwe besmettingen vastgesteld. Het gaat in totaal om 166 locaties in de afgelopen twee weken (87 in week 11 en 79 in week 10).

⁷⁸ 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.

- De laatste weken is het aantal locaties waar de besmetting ten einde is hoger dan het aantal nieuwe locaties met een besmetting, zodat per saldo het aantal locaties met één of meer besmettingen afneemt. Het RIVM schat dat op 20 maart 2021 bij 252 verpleeghuislocaties sprake is van een vastgestelde COVID-19-besmetting. Dat is ca. 11% 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.

Figuur 9. Verpleeghuislocaties met één of meer besmettingen



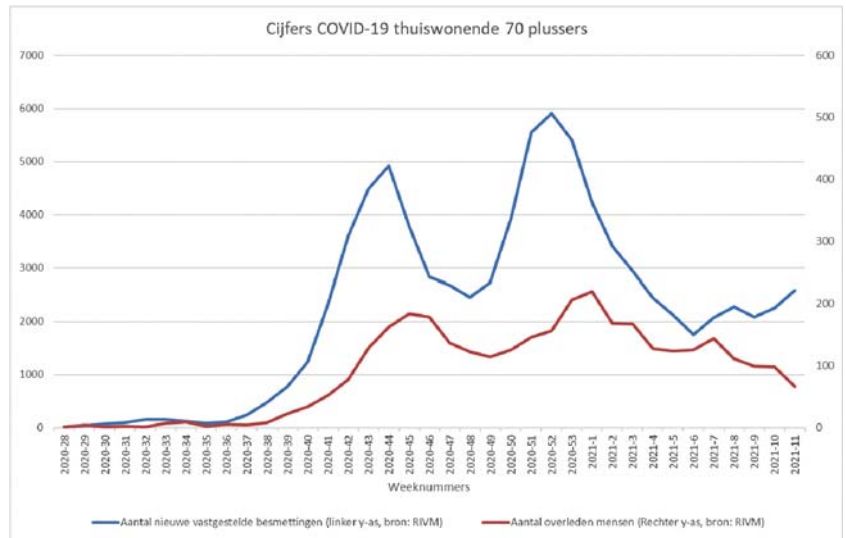
Cijfers thuiswonende ouderen

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 iets toegenomen. In week 11 waren er iets meer meldingen dan in week 10. Uit de cijfers van het RIVM blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 11 en 10) het aantal nieuwe besmettingen ca. 4.840 bedraagt. Dit is ca. 500 meer dan de 4.360 in de voorgaande twee weken (week 9 en 8).
- Het RIVM schat dat vanaf 1 juli 2020 bij ruim 82.310 personen van boven de 70 jaar en die thuis wonen een COVID-19-besmetting is bevestigd, van wie ongeveer 3.340 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 10. Cijfers COVID-19 ouderen thuis (70 plus)

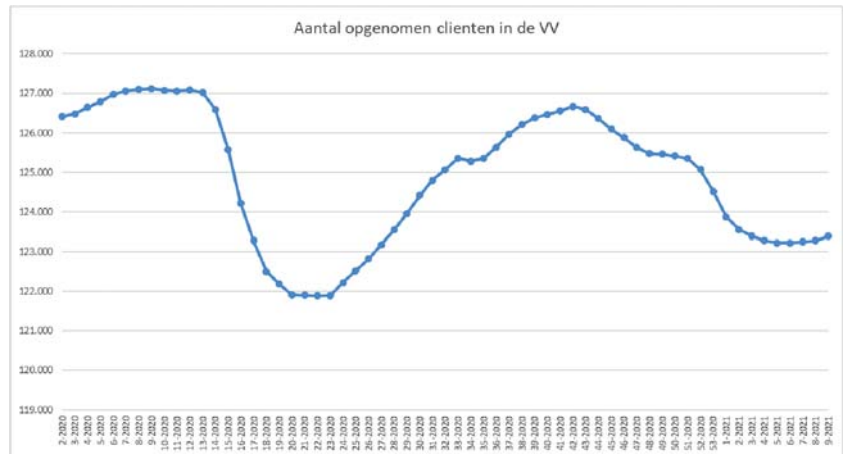


Geleverde zorg aan Wet langdurige zorg (Wlz)-cliënten – aantal opgenomen cliënten

Na de eerste golf is het aantal opgenomen cliënten in instellingen voor ouderenzorg met circa 5.000 gedaald. Dat is een afname van 4% ten opzichte van de 127.000 opgenomen personen voor de eerste golf. In de zomermaanden is het aantal geleidelijk weer toegenomen door herbezetting. Tijdens de tweede golf is de leegstand weer toegenomen door hogere sterfte in de verpleeghuizen als gevolg van COVID-19. De laatste weken is de sterfte in de verpleeghuizen flink afgenomen, vermoedelijk mede als gevolg van het vaccineren. De laatste weken is daardoor het aantal opgenomen personen vrij stabiel.

Deze ontwikkeling is te volgen dankzij de weekcijfers over het aantal Wlz-cliënten naar leveringsvorm, die het CBS op mijn verzoek publiceert ⁷⁹. Na week 9 is er sprake van circa 3.700 plaatsen leegstand.

Figuur 11. Opgenomen personen in de VV



⁷⁹ 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>.

Bewoners

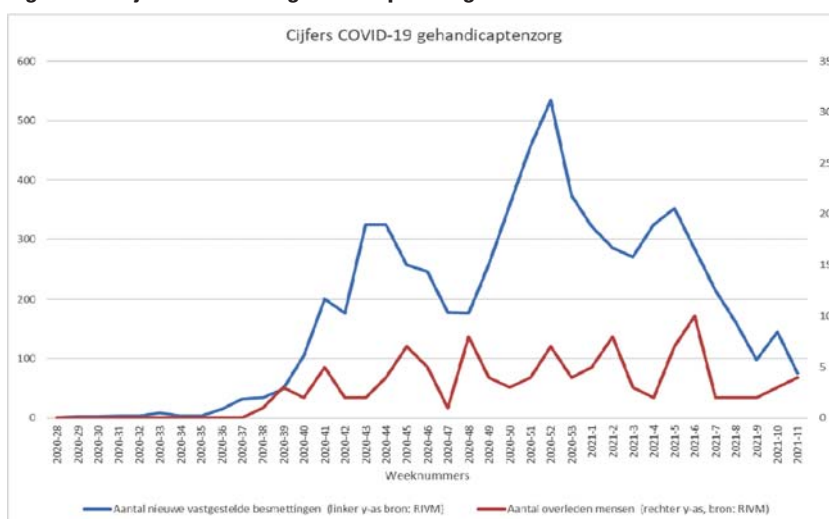
De situatie ten aanzien van het aantal COVID-19-besmettingen en COVID-19 sterfte in instellingen voor gehandicaptenzorg is op dit moment als volgt:

- Uit cijfers van het RIVM blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 11 en 10) 220 bewoners besmet zijn geraakt. Dat is minder dan in de 2 weken daarvoor.

Het RIVM schat dat sinds 1 juli 2020 bij 6.660 bewoners van instellingen sprake is van een bevestigde COVID-19-besmetting, van wie 110 mensen zijn overleden.

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

Figuur 12. Cijfers COVID-19 gehandicaptenzorg



Locaties

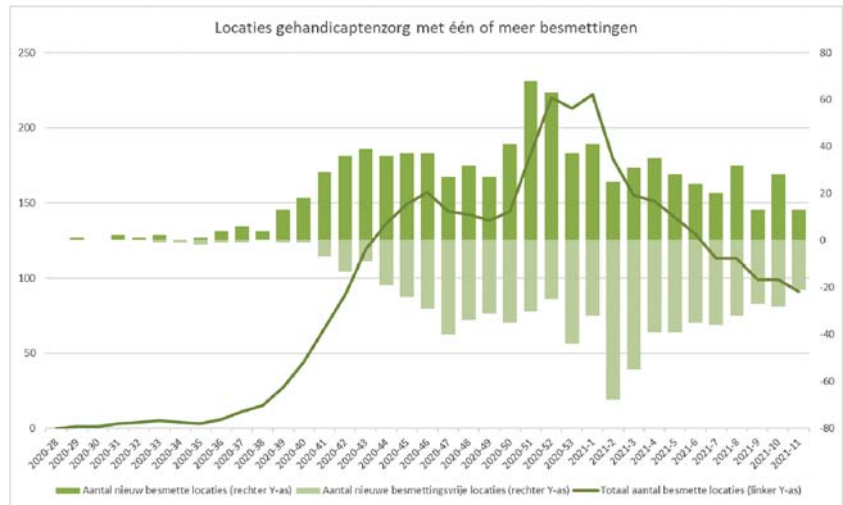
Het RIVM schat dat op 20 maart bij 91 locaties voor gehandicaptenzorg sprake was van een vastgestelde COVID-19 besmetting. Dat is ongeveer 3,5% van het totaal aantal locaties. Het aantal besmette locaties schat het RIVM in op basis van het aantal locaties waar in de afgelopen 28 dagen sprake is geweest 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.

In week 11 waren 13 nieuwe locaties besmet geraakt. Op ca. 21 locaties was de besmetting ten einde. Dit aantal was hoger dan aan het aantal nieuw besmette locaties. Per saldo is het aantal locaties met één of meer

besmettingen in week 11 verder afgenomen. Vanaf januari is een flinke afname te zien van het aantal locaties met besmettingen.

Figuur 13. Locaties gehandicaptenzorg met één of meer besmettingen



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

Bij deze brief treft u de derde, en laatste, rapportage aan van de monitor COVID-19-strategie voor mensen met een beperking⁸⁰. Deze strategie is op 3 juni aan de Kamer gepresenteerd.⁸¹ De eerste en tweede rapportage van deze monitor zijn eerder met uw Kamer gedeeld^{82, 83}. Deze rapportage beslaat grofweg de periode januari t/m maart 2021. Gezien de wijzigingen in de maatregelen in de afgelopen periode, geeft de monitor mogelijk niet op alle onderdelen een actueel beeld.

Belangrijke bevindingen uit deze monitor zijn:

- de aanhoudende druk op mensen met een beperking, zoals bij degenen bij wie het wegvallen van – de weinige – sociale contacten een extra grote impact heeft op hun mentale welbevinden;
- perspectief door de toenemende vaccinaties in o.a. de gehandicaptenzorg; en
- de effecten van het wegvallen en aanpassen van dagbesteding die naar voren komen uit focusgroepen met zowel begeleiders van, als deelnemers aan dagbesteding.

VWS heeft verschillende acties ondernomen op deze thema's. Het bestrijden van eenzaamheid is een blijvend punt van aandacht, zoals ook eerder met uw Kamer gedeeld⁸⁴, ook onder jongeren, met een (licht verstandelijke) beperking. Naast de inzichten uit deze monitor, monitoren we wekelijks de signalen vanuit landelijke luisterlijnen over bijv. psychische klachten onder jongeren. Daarnaast is er in het steunpakket «mentaal welzijn en leefstijl» specifiek aandacht voor jongeren en mensen met een licht verstandelijk beperking.⁸⁵ Het doel van dit steunpakket is op lokaal niveau financiële steun te geven aan projecten die zich inzetten voor de groepen die eenzaamheid en stress ervaren door de coronacrisis.

⁸⁰ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

⁸¹ Kamerstuk 25 295, nr. 386.

⁸² Kamerstuk 25 295, nr. 713.

⁸³ Kamerstuk 25 295, nr. 950.

⁸⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 874.

⁸⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 988.

Ten aanzien van dagbesteding is met veldpartijen onderzocht hoe de waardevolle lessen uit de coronacrisis, zoals meer maatwerk en het cliëntgericht vormgeven van dagbesteding, navolging moeten krijgen in de toekomst.

Aandacht voor mensen met een medisch risico, en hun naasten in de vaccinatiestrategie

Op dinsdag 2 maart jl. heb ik bestuurlijk overlegd met cliënten- en patiëntenorganisaties over de vaccinatiestrategie COVID-19, de implicaties en het perspectief van deze strategie voor mensen met een beperking of (chronische) aandoening. De cliëntenorganisaties vroegen bijzondere aandacht voor groepen met een hoog medisch risico jonger dan 60 die nog geen expliciete plek hebben in de vaccinatiestrategie, voor mensen die door een contra-indicatie of leeftijd (18-min) niet gevaccineerd (kunnen) worden en voor hun mantelzorgers.

Ik heb benoemd dat, onder voorbehoud van leveringen, alle mensen boven de 18 jaar met een medische indicatie voor de zomer een vaccinatie kunnen krijgen. Daarnaast gaat VWS samen met de Patiëntenfederatie Nederland na of, en zo ja welke, patiëntgroepen met een (hoog) medisch risico moeten worden toegevoegd aan het vaccinatieschema. Voor de patiëntgroepen met een medische indicatie waarvoor dit geldt wordt zo nodig aanvullend advies gevraagd bij de Gezondheidsraad.

Bovendien is er aandacht voor de groepen die (nog) niet gevaccineerd zijn en die al geruime tijd in zelfisolatie zitten. Zoals gezinnen waarvan een van de gezinsleden een chronische aandoening heeft, waardoor de kinderen niet naar school, of de ouders niet naar het werk gaan i.v.m. het besmettingsrisico. Cliëntenorganisaties werken, in samenspraak met VWS, uit hoe deze groepen toch deel kunnen nemen aan het gewone leven en welke ondersteuning daar eventueel nodig is.

Uitzondering mondkapjesplicht

In eerdere kamerbrieven heb ik u geïnformeerd over de uitzonderingen op de mondkapjesplicht voor mensen die vanwege ziekte of beperking geen mondkapje kunnen dragen. VWS is de afgelopen maanden, samen met het Ministerie van Justitie en Veiligheid en het Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat, in gesprek gebleven met alle betrokken partijen om een vinger aan de pols te houden bij de uitvoering van de mondkapjesplicht en de uitzonderingen daarop.

Uit deze gesprekken komt allereerst naar voren dat de uitzonderingsregeling voor mensen met een ziekte of beperking in de praktijk nog lang niet overal bekend is. Mensen om wie het gaat stuiten daarom nog steeds op onbegrip, dit geeft een drempel om deel te nemen aan de maatschappij. Daarom heb ik in een animatievideo laten ontwikkelen die ingezet wordt in de (publieks)voorlichting. Met deze animatievideo geef ik uitvoering aan de motie van het lid Sazias.⁸⁶

U vindt de informatie over deze animatie onder de communicatieparagraaf elders in deze brief.

Ten tweede blijkt uit de gesprekken met cliëntenorganisaties en vertegenwoordigers van handhavende partijen (Politie, Openbaar Ministerie en OV-bedrijven) dat het kaartje met verklaring, een van de manieren waarmee mensen kunnen aangeven onder de uitzondering te vallen, ook nadelen heeft. Het kaartje is laagdrempelig voor de cliënt, want het is gratis te downloaden. Tegelijkertijd zorgt het kaartje voor problemen, omdat het ook misbruikt wordt door mensen die weigeren een mondkapje

⁸⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 792.

te dragen zonder dat met ander bewijsmateriaal te kunnen of willen bewijzen. Het is met name deze groep die met enige regelmaat zorgt voor geweldsincidenten in het openbaar vervoer. Naar aanleiding van deze signalen onderzoek ik of er een oplossing gevonden kan worden in een persoonsgebonden Eigen Verklaring die in lijn is met de reeds bestaande Eigen Verklaring Avondklok. Hiermee zal ik tevens invulling kunnen geven aan de motie van het lid Sazias⁸⁷ en de motie van het lid Hijink⁸⁸ omdat deze Eigen Verklaring zorgt voor meer eenduidigheid en er goed mee aangetoond kan worden dat er reden is voor het niet dragen van een mondkapje.

Ten derde is gebleken dat de ziekenhuizen waar de wettelijke mondkapjesplicht niet van toepassing is, op basis van eigen richtlijnen in de meeste gevallen mondkapjes verplicht stelt. Echter, niet alle ziekenhuizen hebben een uitzonderingsregeling voor mensen die vanwege ziekte of beperking geen mondkapje kunnen dragen. In de kamerbrief van 13 januari jl.⁸⁹ heb ik u geïnformeerd dat ik daarover in gesprek ben gegaan met de koepels van ziekenhuizen en hen heb opgeroepen juist voor deze doelgroep in een oplossing te voorzien. Als vervolg hierop is in overleg met deze koepels eind februari een factsheet opgesteld die specifiek ingaat op de situatie rondom mondkapjes in ziekenhuizen. De factsheet bevat informatie over de uitzondering en geeft voorbeelden hoe deze uitzondering kan worden toegepast binnen de specifieke context van de ziekenhuiszorg. We zien dat verschillende ziekenhuizen de uitzondering inmiddels expliciet opnemen in de informatie op hun websites.

Ik blijf de werking van de uitzondering op de mondkapjesplicht nauwlettend volgen.

Hulp- en luisterlijnen en platforms

Het aantal contactverzoeken is in de afgelopen weken ten opzichte van week 6 iets toegenomen. Bij MIND Korrelatie is een toename geconstateerd van ongeveer 15%. Ook de Mantelzorglijn voerde ongeveer 15% meer gesprekken. Volgens de hulplijnen zijn dit reguliere fluctuaties. Het aantal gesprekken bij de Luisterlijn bleef nagenoeg gelijk. De vijf meest voorkomende redenen om contact op te nemen blijven constant:

1. Daginvulling (betreft 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);
2. Informatie over corona (o.a. de avondklok, vaccinatie en quarantaine);
3. Psychische klachten (o.a. eenzaamheid, angst, stress en depressie);
4. Praktische hulpvraag (vervoer naar een testlocatie/vaccinatielocatie, hulp bij boodschappen etc.);
5. Relaties en familie (zorgen over vrienden, bekenden of familie).

Een aantal hulplijnen (o.a. de Luisterlijn en de Mantelzorglijn) meldt dat de gesprekken in de afgelopen twee weken minder over corona gaan. Het sociale en mentale welzijn is in toenemende mate het gespreksonderwerp. Bij De Kindertelefoon komen ook de gespreksonderwerpen zelfdoding en eenzaamheid voor. De Kindertelefoon houdt de komende periode goed in de gaten of er sprake is van een stijging op deze twee gespreksonderwerpen. De huidige crisis en de maatregelen drukken zwaar

⁸⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 865.

⁸⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 752.

⁸⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 874.

op het welzijn van mensen. Met name de mensen die naar de hulplijn van MIND bellen, melden nu hoofdzakelijk klachten van stress, depressie en angst, mede vanwege het missen van structuur in hun dag. Dit zijn vooral bellers in de leeftijdsgroep van 21 tot 30 jaar. Het steunpakket voor het sociaal en mentaal welzijn en leefstijl, dat onlangs door het kabinet is aangekondigd, wordt ingezet om extra landelijke en lokale inzet mogelijk te maken voor o.a. kwetsbare groepen. Er is in het steunpakket ook specifieke aandacht voor jongeren.

De inzet en de bereidheid van professionals en vrijwilligers om mensen tijdens deze zware periode een helpende hand te bieden is bijzonder groot. Ik heb daar ontzettend veel waardering en respect voor. Het maatschappelijk steunpakket kan ook vrijwilligersorganisaties versterking bieden. Ik ben daar over in gesprek met het NOV (Platform Vrijwillige inzet). Ook de professionals en de vrijwilligers die een luisterend oor bieden bij de hulp-en luisterlijnen en platforms hebben het zwaar en voelen een toenemende (werk)druk. De Luisterlijn geeft aan dat het werk van de ongeveer 1.500 vrijwilligers in coronatijd anders dan normaal is: complex en heftig. Enerzijds zijn vrijwilligers dankbaar dat ze zich kunnen inzetten voor de medemens en is er enorme bereidwilligheid, anderzijds kampen vrijwilligers zelf ook met de effecten van de coronacrisis. Het is goed te horen dat aandacht wordt besteed aan een goed opleidingstraject, zodat vrijwilligers, ook in deze moeilijke tijd, op een stevige basis kunnen terugvallen. De Luisterlijn heeft bijvoorbeeld een achterwacht beschikbaar die 24 uur per dag bereikbaar is (ook buiten coronatijd). Hier kunnen medewerkers terecht voor het verwerken van emoties na een heftig gesprek of om te reflecteren op het gesprek. Ik blijf de situatie bij deze hulplijnen monitoren. Zowel als het gaat om de signalen die zij ontvangen als die van de organisaties zelf.

Dak- en thuisloze mensen

Op 12 maart is een nieuwe versie van de richtlijn over de opvang van dak- en thuisloze mensen gepubliceerd.⁹⁰ Deze richtlijn bevat een plan voor de afbouw van de noodopvang in het kader van de lockdown en is erop gericht om met iedereen die nu in de noodopvang verblijft in gesprek te gaan over een passend alternatief vanaf het moment dat de lockdown stopt. De belangrijkste wijzigingen zijn:

- Vanaf 1 april laten gemeenten geen nieuwe niet-rechthebbende (conform WMO2015) dakloze mensen meer toe.
- Gemeenten krijgen tot 1 mei de tijd om de opvang voor niet-rechthebbende dakloze mensen af te bouwen. Binnen de afbouw wordt onderscheid gemaakt tussen EU-migranten, niet-rechtmatig verblijvende vreemdelingen en ingezetenen van Nederland omdat voor elk van hen een andere route is bepaald.

Via het tweewekelijkse crisisoverleg met o.a. Valente, Como en de VNG monitoren we signalen en sturen we bij waar nodig.

Jeugd

Acute crisisplekken

Op 21 januari heeft Uw Kamer de motie van het lid Klaver⁹¹ aangenomen met betrekking tot de jeugd en volwassenen-ggz. Tijdens het debat in de Kamer van 10 maart jl. heb ik u toegezegd om u – in afstemming met de

⁹⁰ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/richtlijnen/2020/11/05/richtlijn-opvang-dak-en-thuisloze-mensen>.

⁹¹ Kamerstuk 25 295, nr. 923.

Staatssecretaris van VWS – verder te informeren. Daarnaast heeft uw Kamer mijn collega Blokhuis gevraagd om een reactie te geven op het rapport «Publieksrapportage uitvraag acute jeugd-ggz» van de Nederlandse GGZ.⁹²

Uw Kamer is met de brief van 15 maart geïnformeerd over de stappen die we moeten zetten om het beeld aan te scherpen, een analyse te maken en voorstel om hierop te gaan handelen. Op dit moment zijn wij in afwachting van verdiepende informatie die de NZa zal verstrekken, daarbij gaat het om de inkoop van de acute ggz voor volwassenen. Daarnaast betrekken we de recente toezichtsinformatie van de IGJ.⁹³ Om signalen over toename in de jeugd-ggz beter te kunnen duiden heeft de Staatssecretaris van VWS de Nederlandse GGZ en de VNG begin februari gevraagd een uitvraag te doen onder hun achterban naar de capaciteit en knelpunten. Hieruit blijkt dat over het algemeen de vraag naar specialis-tische jeugd-ggz toeneemt, wel zijn daarin grote regionale verschillen zichtbaar. Dit beeld blijkt ook uit het onderzoek naar jeugd-ggz van de IGJ onder 20 instellingen in 6 regio's.⁹⁴ Het is het zeer zorgelijk als deze toename ertoe leidt dat kinderen geen passende hulp krijgen. Gemeenten zijn vanuit hun jeugdhulpplicht verantwoordelijk om voldoende zorg in te kopen en te prioriteren waar zorg het meest nodig is. Het is essentieel dat gemeenten zicht hebben op de zorgvragen en het beschikbare aanbod, en samen met aanbieders tot oplossingen komen wanneer er knelpunten ontstaan.

Wij zijn met de VNG, Nederlandse GGZ en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie in gesprek over hoe aanbieders en gemeenten gezamenlijk tot oplossingen kunnen komen, en wat er eventueel aanvullend nodig is. Ik zal uw Kamer over de uitkomsten daarvan informeren. Voor twee regio's waar de IGJ specifiek zorgen over uit, is het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd gevraagd om de regio te ondersteunen in het komen tot regionale oplossingen.

Andere onderwerpen

Arbeidsmarkt

Bonusregeling

In mijn brief van 8 december 2020⁹⁵ heb ik u een eerste analyse van de Subsidieregeling bonus zorgprofessionals COVID-19 (hierna: bonusre-geling) gestuurd die was gebaseerd – zoals destijds vermeld – op extrapolatie van de tot en met 30 november 2020 beoordeelde subsidie-verzoeken. Onderstaand treft u de eindanalyse van de bonusregeling 2020.

Cijfers zorg en welzijn sector breed

De analyse van de eindcijfers voor de bonusregeling 2020 is opgemaakt in februari 2021⁹⁶. Op dat moment was 99,8% van de aanvragen afgehandeld.

⁹² Onderzoek de Nederlandse ggz, steeds meer kinderen en jongeren in de knel.

⁹³ Beeld IGJ na contacten met GGZ instellingen | Publicatie | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

⁹⁴ Factsheet: onvoldoende tijdige en juiste hulp voor jongeren met ernstige psychische problemen | Publicatie | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (igj.nl).

⁹⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 771.

⁹⁶ Peildatum 10 februari 2021.

Er zijn in totaal 10.012 aanvragen door zorgaanbieders ingediend. Dit aantal is lager dan de eerder aan u gemelde 12.221 aanvragen, alle dubbelingen zijn hier uitgefilterd. Deze kwamen voort uit herzieningsverzoeken van incomplete aanvragen. Aan 8.600 zorgaanbieders is de subsidie toegekend. 1.164 Aanvragen zijn afgewezen wegens het niet voldoen aan de subsidievoorwaarden en 224 aanvragen zijn door zorgaanbieders zelf ingetrokken. 24 Aanvragen zijn nog in behandeling. Dit betreft incomplete en niet tijdig ingediende aanvragen, waarvan wordt bezien of deze via een hardheidsclausule gehonoreerd kunnen worden. De afhandeling van deze aanvragen vergt meer tijd.

Een overzicht van alle zorginstellingen die de zorgbonus hebben aangevraagd tot en met 10 november 2020, inclusief een overzicht van de status van de verzoeken en het bedrag dat per zorginstelling is aangevraagd dan wel uitgekeerd is raadpleegbaar op de website van de rijksoverheid⁹⁷.

Tabel 5. Totaal aantal werkzame werknemers bij aanvragers conform opgave aanvrager en aantallen werknemers en derden waarvoor een bonus is aangevraagd en toegekend.

AZW branches	totaal aantal werknemers conform opgave aanvragers toegekende bonus (x 1.000)	aantal werknemers waarvoor is toegekend (x 1.000)	aantal derden waarvoor is toegekend (x 1.000)
Verpleging, verzorging en thuiszorg	486,7	444,2	44,8
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	212,9	194,6	10,7
Gehandicaptenzorg	172,4	156,7	8,1
Geestelijke gezondheidszorg	85,4	76,9	7,3
Universitair medische centra	84,6	60,6	3,9
Huisartsen en gezondheidscentra	36,4	28,7	3,3
Sociaal werk	28,6	24,2	0,8
Overige zorg en welzijn ¹	34,4	23,2	2,3
Jeugdzorg	25,7	20,3	1,8
Apotheken	22,5	18,3	0,2
SBI-code niet uit lijst regeling ²	21,1	16,8	0,7
Totaal	1.210,7	1.064,4	83,8

¹ Preventieve gezondheidszorg (geen arbo begeleiding), medische laboratoria, trombose-diensten en overige behandeling, ambulancediensten en centrale posten.

² Aan zorgaanbieders die op 1 september in het handelsregister stonden ingeschreven onder een SBI-code die niet in de regeling is opgenomen, kon een subsidie worden verstrekt indien de aanduiding aansloot bij de hoofd- of nevenactiviteiten die zijn opgenomen in de regeling. Voor deze aanvragen is niet geregistreerd onder welke SBI-code deze hoofd- of nevenactiviteiten vallen.

Op basis van CBS cijfers weten we dat er in de periode maart-september 2020 1,37 miljoen werknemers werkzaam waren in zorg en welzijn. Daarvan verdienen circa 1,3 miljoen werknemers minder dan 2x modaal, een subsidievoorwaarde. Samen met het aantal derden van circa 0,1 miljoen gaat het om circa 1,4 miljoen zorgprofessionals. Aan 1,144 miljoen van hen is een bonus uitgekeerd. Dit betreft ruim 1,06 miljoen werknemers en bijna 84.000 derden (zzp'ers, uitzendkrachten en ingehuurde schoonmakers). Dit betekent dat aan het merendeel van de zorgprofessionals een bonus is toegekend.

⁹⁷ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/wob-verzoeken/2021/02/22/besluit-wob-verzoek-zorgbonus>.

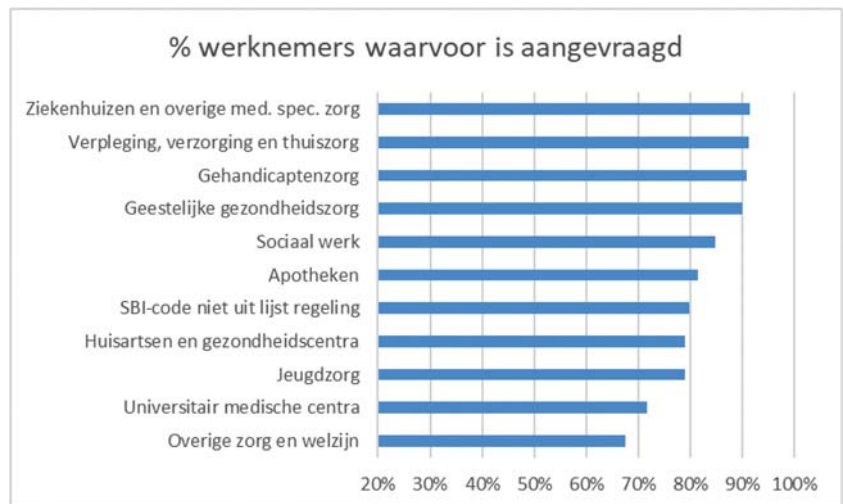
Er is voor meer zorgprofessionals subsidie aangevraagd dan de vooraf ingeschatte groep van 2/3^e van alle zorgprofessionals in de sector zorg en welzijn, die naar verwachting een uitzonderlijke prestatie zou hebben geleverd in de strijd tegen COVID-19. Er werd vanuit gegaan dat de druk op personeel tijdens de eerste golf niet zorgbreed was en niet in alle instellingen optrad (i.v.m afgeschaalde zorg en andere wijze van werken).

Cijfers naar deelsector

Zorgaanbieders hebben gemiddeld genomen voor 88% van hun personeelsbestand subsidie aangevraagd voor het toekennen van een bonus. Niet alle zorgaanbieders hebben een subsidieaanvraag ingediend. Afgezet tegen de gehele sector zorg en welzijn is gemiddeld voor ca. 82% van de zorgprofessionals die minder dan 2x modaal verdienen (een subsidievoorwaarde) subsidie verleend om een bonus toe te kennen.

Het hoge aanvraagpercentage wordt veroorzaakt door een aantal deelsectoren dat voor relatief veel zorgprofessionals subsidie aanvroeg. Dit betreft de branches ziekenhuizen, VVT, gehandicaptenzorg (allen 91%) en de GGZ (90%). In de tabel hieronder treft u een verdeling van het aanvraagpercentage per deelsector aan. Hierin wordt het aantal werknemers waarvoor subsidie voor een bonus is aangevraagd afgezet tegen het totaal aantal werknemers conform opgave van de aanvragers.

Figuur 14. Aanvraagpercentage toegekende bonussen



Verantwoording

De als voorschot ontvangen subsidie dient achteraf door de zorgaanbieder te worden verantwoord.

De meeste zorgaanbieders vallen onder de lichtste vorm van verantwoording. Het betreft 5.740 zorgaanbieders die subsidie verleend hebben gekregen voor een bedrag lager dan € 25.000. Van de 8600 toegekende subsidies vallen er 1.025 onder de zwaarste vorm van verantwoording. In totaal is aan deze groep voor een bedrag van ca. € 1,9 miljard euro subsidie verleend: dat betreft ca. 93% van het totaal verleende subsidiebedrag. Van de toegekende subsidies zijn er ca. 440 verleend voor een bedrag van € 1.000.000 en meer.

Tabel 6. Aantal toegekende aanvragen en toegekende bedrag per verantwoordingscategorie

	Aantal toegekende aanvragen per verantwoordingscategorie	Toegekende bedrag per verantwoordingscategorie, in miljoenen
Minder dan € 25.000	5.740	60
€ 25.000 tot € 125.000	1.835	87
€ 125.000 of meer	1.025	1.916
Totaal	8.600	2.062

Subsidies die zijn verleend voor een bedrag van € 125.000 en hoger dienen verantwoord te worden aan de hand van een door VWS opgesteld protocol. Gelet op de aard en de omvang van de bonusregeling werken wij aan een protocol waarbij een beperkte administratieve druk voor zorgaanbieders en voldoende informatie voor een rechtmatigheidsoordeel met elkaar in balans is. Het protocol dat aan beide eisen tegemoet komt, is in grote lijnen gereed. Ik verwacht u hierover in de loop van april nader te kunnen informeren. Vooruitlopend op de afronding en publicatie van het protocol heb ik de criteria inzake de verantwoording gepubliceerd op de website van de rijksoverheid en de uitvoerder van de regeling DUS-I.⁹⁸

Uitvoering moties Wilders/Heerma inzake Nationale Reserve Zorg

Ik heb u per brief d.d. 9 maart 2021 geïnformeerd over de uitvoering van de motie van de leden Wilders en Pieter Heerma over een nationale reserve aan zorgmedewerkers⁹⁹. De uitvoering van deze motie geschiedt langs twee sporen. Daarnaast is in het debat op 10 maart jl. een aanvullende motie aangenomen van de leden Wilders en Pieter Heerma. Die motie roept de regering op om een nationale wervingscampagne te starten om het aantal zorgreservisten zo spoedig mogelijk op te schalen. Hieronder informeer ik u over de uitvoering van beide moties.

Spoor 1: optimale inzet van de huidige reserve bij Extra Handen voor de Zorg

Door Extra Handen voor de Zorg (EHvdZ) is in kaart gebracht wie inzetbaar is de komende golf. Tot dusver zijn dat 6876 mensen. Dit betreft:

- 2.564 mensen met medische achtergrond.
- 1.252 medisch/verpleegkundige/verzorgende studenten (mbo, hbo en wo).
- 2.523 mensen zonder zorgachtergrond voor reguliere coronabanen.
- 528 mensen zonder zorgachtergrond die duurzaam in willen stromen.

Ook is in kaart gebracht hoeveel uren zij per week beschikbaar zijn. Mensen zonder zorgachtergrond zijn het meeste aantal uren beschikbaar, 60% van hen 20 uur of meer per week. Bij mensen met een medische achtergrond is dat 35% en bij medisch studenten is dat 25%.

Voor een optimale inzet van deze reserve is Extra Handen voor de Zorg aangesloten op de bestaande crisisstructuren. Zo wordt bijvoorbeeld bij inzet van Defensie in de zorg ook contact gelegd met Extra Handen voor de Zorg, om zo nodig bij te springen. Het landelijke crisisnummer

⁹⁸ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/documenten/publicaties/2021/02/12/zorgbonus-vragen-en-antwoorden-verantwoording> en <https://www.dus-i.nl/subsidies/bonusregeling/verantwoording-subsidies-boven-de-%E2%82%AC125.000>.

⁹⁹ Kamerstukken 29 282 en 25 295, nr. 433.

088 - 0182 899 is beschikbaar voor zorgorganisaties die direct personeel nodig hebben.

Ook zijn door Extra Handen voor de Zorg 1.400 vrijwilligers die willen helpen met vaccineren, actief onder de aandacht gebracht van de GGD-regio's. Daarnaast is GGD-GHOR actief benaderd over de mogelijkheden om extra personeel in te zetten.

Extra Handen voor de Zorg werkt vraaggericht. Dat wil zeggen dat de aanvragen van zorgorganisaties leidend zijn bij het aanbieden van mensen vanuit de reserve. Zorgorganisaties beschrijven welk type personeel zij voor welk aantal uren nodig hebben, waarna Extra Handen voor de Zorg meerdere mensen per aanvraag aanbiedt. In voorbereiding op de derde golf zijn er bijna 2300 voorgesteld aan zorgorganisaties. Deze mensen wachten nog op uitsluitel van de zorgorganisaties. Extra Handen voor de Zorg neemt waar dat zorgorganisaties afwachten hoe de derde golf zich ontwikkelt én dat ze kijken naar oplossingen die niet alleen tijdelijk, maar vooral ook structureel tot meer personeel leiden. Daarom start EHvdZ twee campagnes:

- 1) De campagne «van crisis naar duurzaam», gericht op specifieke doelgroepen die zich eerder hebben aangemeld bij EHvdZ met de ambitie om duurzaam in te stromen in de zorg. Dit kunnen zowel herintreders als zij-instromers zijn. Doel van deze campagne is deze mensen zoveel mogelijk naar een baan in de zorg te leiden.
- 2) De campagne «ik doe-ik kan» met daarin een oproep aan werkgevers om taakgericht te denken in plaats van functiegericht. Daarmee beoogt EHvdZ werkgevers te informeren over de mogelijkheden van de mensen die via EHvdZ beschikbaar zijn.

VWS stelt Extra Handen voor de Zorg in staat om deze activiteiten te ondernemen.

De IGJ levert ook een bijdrage aan het verlagen van de drempel bij zorgorganisaties voor personeel zonder zorgachtergrond door hier actief over te communiceren. De IGJ geeft aan dat door de hoge pandemische druk zorgorganisaties vrij moeten zijn om, in deze unieke situatie, de zorg op een afwijkende manier te organiseren (zie het bericht van de IGJ). VWS ondersteunt zorgorganisaties ook financieel bij het aannemen en opleiden van tijdelijke en nieuwe medewerkers. Met de subsidieregeling coronabananen in de zorg (COZO) is € 80 miljoen euro beschikbaar voor tijdelijke ondersteunende functies ter verlichting van de werkdruk en scholing. Tot en met 31 maart 2021 kan subsidie worden aangevraagd. Per 22 maart zijn 139 aanvragen gedaan voor in totaal 1084 coronabananen.

Spoor 2: verkenning naar een duurzame nationale zorgreserve

Het tweede spoor is gericht op de fase na de derde golf. Aanvullend op de brief inzake zorgreservisten¹⁰⁰ kan ik hier het volgende melden.

Naar aanleiding van de motie van de leden Wilders en Pieter Heerma¹⁰¹ over het starten van een nationale campagne om meer zorgreservisten te werven, heb ik met het initiatief Extra Zorg Samen verkend hoe dit het beste vorm te geven. Dit gebeurt op twee manieren.

Er zal op de website www.ontdekdezorg.nl een verwijzing komen naar het initiatief van Extra Zorg Samen. Ontdek de zorg is gericht op potentiële zij-instromers en herintreders met als doel deze mensen te informeren over de mogelijkheden voor werken in de zorg. Met deze verwijzing worden mensen met een zorgachtergrond die niet full-time terug willen

¹⁰⁰ Kamerstukken 29 282 en 25 295, nr. 433.

¹⁰¹ Kamerstuk 25 295, nr. 692.

naar de zorg, maar wel graag willen bijdragen in tijden van crisis, naar het juiste loket verwezen.

Extra Zorg Samen intensificeert de wervingscampagne van zorgreservisten voor de langere termijn. Zij onderzoeken hiertoe – naast de al ingezette acties op social media – ook de mogelijkheden op radio en tv. In de regio's waar de proeftuinen lopen wordt ook via regionale kranten geworven. Ik faciliteer dit met een extra budget van € 0,5 mln.

Noodvoorraad PBM's voor cruciale sectoren

Het kabinet heeft op 18 augustus 2020 besloten tot de aanleg van een noodvoorraad beschermingsmiddelen voor 45 dagen voor medewerkers in vitale sectoren en cruciale beroepen (buiten de zorg). In de najaarsnota 2020 (Kamerstuk 35 650 VI, nr. 2 paragraaf 11) is hiervan de financiële uitwerking opgenomen. Het doel van deze noodvoorraad is om de veiligheid en gezondheid van mensen te garanderen in de uitoefening van hun taken in vitale sectoren en cruciale beroepen. De noodvoorraad bevat verschillende soorten mondkapjes, handschoenen, desinfecterende handgel en doekjes, schorten, spatbrillen en faceshields.

Vitale sectoren en essentiële beroepen buiten de zorg kunnen een beroep doen op deze noodvoorraad wanneer er structurele problemen op de markt zijn bij de levering van beschermingsmiddelen. Daarbij geldt als uitgangspunt dat deze vitale sectoren en essentiële beroepen zelf zorgdragen voor een voorraad beschermingsmiddelen voor hun personeel voor de eerste 30 dagen. De betrokken ministeries is gevraagd (koepels van) vitale sectoren en essentiële beroepen te informeren over deze noodvoorraad en de uitgangspunten die bij uitgifte van beschermingsmiddelen worden gehanteerd.

De zorg voor de aanleg en het in stand houden van deze noodvoorraad en uitgifte van beschermingsmiddelen is belegd bij het Instituut Fysieke Veiligheid (IFV).

De aanleg van de noodvoorraad is bijna afgerond. Tot nu toe is nog geen beroep gedaan op de noodvoorraad. Zodra een partij uit de voorraad afneemt wordt, zodra de leveringsketen is hersteld, de voorraad vanuit de markt weer aangevuld.

Communicatie

Campagne Alleen Samen: intensivering communicatie basisregels

Het kabinet maakt zich zorgen over afnemende naleving van de basismaatregelen. Daarbij valt onder andere op dat «drukte vermijden», «handen wassen» en «bij klachten thuisblijven en laten testen» minder goed worden nageleefd. Naleving van de basismaatregelen is van het aller-grootste belang om verspreiding van het virus te beperken. Om te stimuleren dat mensen zich beter aan de basisregels houden, intensiveren we de communicatie. Dit doen we onder de vlag van de campagne: «alleen samen houden we corona onder controle».

Animaties en online banners

We ontwikkelen enkele animaties van 20 seconden over de verspreiding en bestrijding van het virus en het belang van het naleven van de basisregels. De animaties verspreiden we via sociale media en als online video. De scripts voor de animaties zijn in samenwerking met gedragsexperts tot stand gekomen. De animaties zijn getest, zowel bij het algemene publiek als bij kwetsbare groepen. De animaties zetten we in bij online

kanalen van specifieke doelgroepen. Ook worden ze actief gedeeld via Steffie (onder andere voor laaggeletterden) en organisaties voor moeilijk bereikbare doelgroepen. Naast de animaties maken we online banners, die we context gerelateerd plaatsen. Vanaf 23 maart rollen we deze middelen gefaseerd uit.

Radiospots testen en thuisquarantaine

Sinds 13 maart is een radiospot over het belang van testen te horen. Vanaf de week van 23 maart breiden we de radioinzet uit met een radiospot over thuisquarantaine.

TV Spots Testen en thuisquarantaine

Binnenkort starten we met twee nieuwe TV spots: een spot die aan de hand van een herkenbare dialoog het belang van direct testen bij (milde) klachten benadrukt en een spot over thuisquarantaine. Beide spots zijn naar verwachting vanaf 27 maart op televisie te zien. Online video en online radio (Spotify) volgen gelijktijdig.

Versterking jongerencommunicatie

Samen kunnen we niet Stuk

Onder andere in de brief van 2 februari jl.¹⁰² informeerden we uw Kamer over de wijze waarop we communiceren met jongeren en jongvolwassenen. In eerste instantie focuste zich dat vooral op hoe jongeren in deze tijd het beste kunnen omgaan met de maatregelen. Inmiddels is er daarnaast meer aandacht voor het welzijn van jongeren in de communicatie-aanpak. In samenwerking met YouTube-kanaal StukTV, stichting Young Impact en de Maatschappelijke Alliantie lanceerden we de campagne: Samen kunnen we niet Stuk. Hierin inspireren jongeren elkaar, roepen zij elkaar op om iets voor een ander te doen om daarmee samen deze tijd op een zo goed mogelijke manier door te komen. De campagne is op 25 februari 2021 afgetrapt met een grote show op het YouTube-kanaal van StukTV. StukTV is met ruim 2,5 miljoen abonnees op YouTube een van de grootste jongerenplatforms. Tijdens de show is een aantal jongeren met een bijzonder initiatief op ludieke wijze in het zonnetje gezet. Inmiddels is de show door 685.000 kijkers gezien en zegt meer dan 40% van hen van plan te zijn om iets voor een ander te doen.

Verschillende influencers brachten #SamenNietStuk onder de aandacht op hun sociale media kanalen en riepen jongeren op om iets voor een ander te doen, hoe klein of groot het gebaar ook is. Via jongerenmedia, zoals FunX, Cosmopolitan, Glamour, SLAM! en VICE, is de campagne voortgezet en inspireren jongeren met positieve verhalen hun leeftijdsgenoten en roepen zij hen op om zelf in actie te komen. Op het platform [Youngimpact.nl/samennietstuk](https://youngimpact.nl/samennietstuk) worden jongeren geïnspireerd door bestaande initiatieven in hun regio. Met de hashtag #SamenNietStuk bundelen we de acties en maken we deze zichtbaar op sociale media. Uit de campagne effectmonitor van 10 maart blijkt dat een kwart van de Nederlandse jongeren deze hashtag kent.

Daarnaast loopt de jongerencampagne CoronaConflict sinds 8 februari. Hierover informeerden we uw Kamer op 2 februari¹⁰³ en 23 februari¹⁰⁴. In vervolg daarop kunnen we melden dat de reacties op de campagne

¹⁰² Kamerstuk 25 295, nr. 950.

¹⁰³ Kamerstuk 25 295, nr. 950.

¹⁰⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 995.

positief zijn en dat er veel input opgehaald wordt bij jongeren. Na een maand zijn er 26.511 bezoekers naar de website gekomen. De ontwikkelde video's worden goed bekeken en dragen sterk bij aan de boodschap overdracht van de campagne.

De campagne in samenwerking met BV Jong om jongeren met een lagere sociaal economische status te bereiken, is inmiddels afgerond. Zeker 55 jongerenwerk-organisaties hebben de hashtag #nogffvolhouden inclusief de filmpjes gedeeld. De website www.bvjong/nogffvolhouden trok flink wat bezoekers en via de eigen netwerken van de jongeren koepelorganisatie BV Jong zijn er meerdere lokale media vertoningen en discussies geweest. Dit droeg bij aan een positief sentiment onder jongeren om nog «even vol te houden» en zich aan de maatregelen te houden.

Testen en quarantaine

Naast de inzet op radio en TV met de Alleen Samen campagne, zetten we ook online middelen in om het belang van testen en quarantaine onder de aandacht te brengen.

Begin april lanceren we een website die quarantaine- en testadvies op maat geeft. Bezoekers beantwoorden hiervoor via een checklist een aantal vragen. Dit is bedoeld als aanvulling op de bestaande content op rijksoverheid.nl over testen en quarantaine.

We werken aan het intensiveren van de communicatie over preventief testen voor het verder openen van de samenleving: voor veiliger deelname aan het sociale leven, voor veiliger werken en voor veiliger studeren. Daarbij zijn ook de uitvoeringpartners uit het bedrijfsleven betrokken.

Om jongeren te bereiken en te wijzen op het belang van thuisquarantaine om verspreiding van het virus te voorkomen, loopt er sinds 5 maart een campagne met TeamNL/NOC*NSF. Daarin laten bekende sporters als Celeste Plak, Soufiane Touzani en Rico Verhoeven zien hoe zij omgaan met quarantaine en de coronamaatregelen en gaan zij met jongeren in gesprek hierover. Doel is jongeren te inspireren en positief te motiveren. Dit alles wordt geladen onder hashtag #samennietstuk. Opvallend zijn de hoeveelheid positieve reacties van de jongeren op de social posts met minidocumentaires van de ambassadeurs zelf waarin zij laten zien hoe zij de thuisquarantaine zouden doorbrengen. Ook was het aantal deelnemers tijdens de livestream van 16 maart, waar jongeren hun vragen konden stellen aan de ambassadeurs, boven verwachting.

Vaccinatie

Toegankelijke communicatie over vaccinatie

Tijdens het plenaire debat van 10 maart jl. heb ik aangegeven dat nog die week een online tool zou worden gelanceerd op www.coronavaccinatie.nl. Door enkele vragen te beantwoorden in de tool – onder andere over leeftijd, woonsituatie en medische aandoening – kunnen bezoekers zien wanneer de geplande start van vaccinatie is voor de groep waartoe zij behoren. De tool voorziet ook in informatie over de vaccinatieplanning aan de verschillende groepen zorgmedewerkers.

De eerste versie van deze tool is 12 maart jl. in gebruik genomen. Deze is nog grofmazig van opzet, maar wordt steeds preciezer gemaakt. Deze week wordt een update gepubliceerd waarin duidelijker per leeftijdscohort te zien is wanneer we verwachten dat deze mensen kunnen starten met

vaccinatie. Nieuwe updates volgen. Op 12 maart jl. zijn twee factsheets gepubliceerd op www.coronavaccinatie.nl: een algemeen overzicht met informatie voor de verschillende te vaccineren groepen en een overzicht voor mensen die behoren tot medische risicogroepen¹⁰⁵. Deze infographics worden breed gedeeld, via de website, maar ook via koepel- en belangenorganisaties in de zorg.

Hiermee voldoe ik ook aan de motie van het lid Wilders¹⁰⁶ over duidelijkheid over de vaccinatieplanning voor mensen die een verhoogd risico lopen op een ernstig verloop van corona

AstraZeneca

Het is van belang om de vaccinatiecampagne maximaal te versnellen en daarvoor zijn alle veilige vaccins nodig. AstraZeneca is een goed en veilig vaccin. Om het vertrouwen in dit vaccin te verstevigen moeten mensen goed worden geïnformeerd. Daarom intensiveren we de communicatie. Allereerst wordt de bijsluiter van het AstraZeneca-vaccin en het document «Vaccin in het kort» aangepast op basis van de laatste inzichten, met duidelijke uitleg over de veiligheid, effectiviteit en mogelijke bijwerkingen van AstraZeneca.

Naast aanvullende informatie op de website coronavaccinatie.nl, waaronder een artikel over AstraZeneca met ervaringen en overwegingen van zorgmedewerkers, plaatsen we diverse berichten op social media en verspreiden we een filmpje met 5 vragen aan Ton de Boer van het CBG. Voor de verspreiding van de online informatie maken we niet alleen gebruik van de algemene kanalen gericht op het algemeen publiek, maar ook kanalen voor specifieke doelgroepen zoals zorgmedewerkers of ouderen. Hiervoor werken we samen met verschillende koepelorganisaties. Ook worden verschillende media benaderd voor optredens van (medische) experts en is er een nieuwe online talkshow voor zorgmedewerkers en algemeen publiek in de maak. Dit alles mede op basis van advies van de RIVM gedragsunit.

Desinformatie

Veel mensen halen informatie over coronavaccinatie van internet, social media en andere mediabronnen. Niet alles wat daar te vinden is, is waar. Enerzijds zien we dat er desinformatie is (misleidende informatie die doelbewust verspreid wordt) en anderzijds is er ook misinformatie (informatie die niet goed begrepen wordt, maar zich wel verspreidt).

Om de informatiepositie van Nederlanders over coronavaccinatie te verstevigen en hen bewust te maken van de veelheid aan onjuiste informatie die hierover in omloop is, is er een «plan van aanpak desinformatie» opgesteld rondom het thema coronavaccinatie. Dit plan wordt nu uitgevoerd en legt de focus op 3 zaken:

1. Meten en analyseren: We monitoren het vaccinatiesentiment in de media en we inventariseren de belangrijkste onderwerpen met des- en misinformatie die rondgaan op de (sociale) media. We werken met verschillende partijen samen, zoals de Denktank Desinformatie, de Vaccinatie Alliantie, het TechTegenCorona, Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie, het Ministerie van Binnenlandse Zaken, het RIVM, de GGD en diverse stakeholders.
2. Bewustwording creëren: We creëren bewustwording door mensen meer te leren over desinformatie. Dit doen we door mensen te

¹⁰⁵ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

¹⁰⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 1034.

informereren over technieken die bij manipulatie van informatie worden ingezet. Mensen bouwen zo kennis en daarmee weerstand op tegen online desinformatie, dragen minder vaak (on)bewust bij aan de verdere verspreiding van desinformatie en kunnen ook de directe omgeving attenderen op desinformatie.

3. Verdiepende informatie aanbieden: We bieden mensen op de website verdiepende informatie aan op specifieke thema's; rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-vaccinatie/feiten-over-coronavaccinatie. Deze pagina bekijken we met verhalen/interviews van ervaringsdeskundigen in tekst, filmpjes en animaties en we geven inzage in diverse publicaties en rapporten. We kunnen webcare, social media en de kanalen van stakeholders hiernaar laten verwijzen.

Animatievideo Uitzondering Mondkapjesplicht

Sinds de invoering van de mondkapjesplicht ontvangen we signalen dat mensen die vallen onder de wettelijke uitzonderingsregel omdat zij vanwege ziekte of beperking geen mondkapje kunnen dragen, onheus bejegend worden. Vaak ligt onwetendheid hieraan ten grondslag. Hoewel het in algemene zin goed is als mensen elkaar aanspreken op gedrag, vormt deze onheuse bejegening voor mensen met een beperking een drempel om te participeren aan het dagelijks leven, zoals het doen van boodschappen. Daarom breiden we de bestaande informatie en communicatie-inzet uit. Samen met cliëntorganisaties en brancheverenigingen ontwikkelden we een animatievideo over de uitzondering op de mondkapjesplicht. De video spelen we af op plekken waar de mondkapjesplicht geldt. Bijvoorbeeld bij stations van het openbaar vervoer, winkels en scholen. De betrokkenheid van externe partijen is daarbij cruciaal. De animatievideo in lijn met de algemene communicatie over de mondkapjesplicht om mogelijke verwarring bij het algemeen publiek te voorkomen. Op dit moment wordt de animatie verspreid onder meer bij koepel- en brancheorganisaties die (winkel)binnenruimtes beheren, handhavers, gemeenten, scholen en patiënten en cliëntenorganisaties.

Caribisch deel van het Koninkrijk

De laatste gegevens van 17 maart 2021 van het Caribisch deel van het Koninkrijk laten het volgende besmettingsbeeld zien:

	Bonaire	St. Eustatius	Saba	Curaçao	Aruba	Sint Maarten
Aantal actieve COVID patiënten (cumulatief)	424 (1.045)	0 (20)	0 (6)	1149 (5.997)	437 (8.771)	18 (2.101)
Aantal actuele ziekenhuisopnamen (op de IC)	11 (4)	0	0	23 (10)	36 (11)	1 (0)
Aantal patiënten overleden	8	0	0	24	82	27

Na een aantal weken met relatief lage incidentiecijfers, is nu sprake van een forse stijging van het aantal besmettingen op de benedenwindse eilanden. Met name op Bonaire en Curaçao is er sprake van een stevig oplopende incidentie en een toenemende *positivity rate*. Op Curaçao ligt deze momenteel rond de 21% en op Bonaire rond de 40%. Op Aruba zijn de cijfers aanhoudend hoog, en ook daar stijgt het aantal besmettingen nu ook. Net als in Nederland is waarschijnlijk de Britse variant op de benedenwindse eilanden verantwoordelijk voor de huidige incidentiestijgingen. Naast de Britse variant zijn ook de Zuid-Afrikaanse, Mexicaanse, Californische, en Braziliaanse varianten vastgesteld op de verschillende eilanden. Op Aruba blijven de huidige maatregelen van kracht. Op Curaçao geldt vanaf 24 maart een lockdown voor ten minste twee weken.

Sinds 18 maart geldt op Bonaire risiconiveau 6: een volledige lockdown, waarbij thuiswerken zoveel mogelijk het uitgangspunt is, onder andere de scholen en restaurants zijn gesloten en een avondklok van kracht is tussen 21:00 en 04:00. De niet-acute operaties en ingrepen op Curaçao en Bonaire zijn afgeschaald of tijdelijk stopgezet. Poliklinische zorg wordt zoveel mogelijk gecontinueerd. Er wordt extra personeel via het internationale uitzendbureau AML ingezet op Aruba en Curaçao en vanuit Nederland wordt extra acute zorg personeel geleverd aan Bonaire. De reismaatregelen van Aruba, Bonaire en Curaçao richting de andere delen van Europees en Caribisch Nederland zijn aangescherpt en de eilanden worden op advies van het RIVM aangemerkt als hoogrisicogebied. Reizigers vanuit Aruba, Bonaire en Curaçao moeten zich daarom voor vertrek laten testen en bij aankomst in (thuis)quarantaine.

De bovenwindse eilanden geven een ander beeld. Het aantal nieuwe COVID-19-gevallen op Sint Maarten blijft stabiel laag en vanaf 19 maart zijn er versoepelingen doorgevoerd. Op Saba en Sint Eustatius zijn geen positieve gevallen te melden.

Vaccinatie

De vaccinatiecampagnes op de eilanden zijn succesvol van start gegaan in februari. Saba en Sint Eustatius zijn momenteel bezig met de tweede vaccinatieronde met het Moderna-vaccin. Op Saba is inmiddels ongeveer 89% van de volwassen bevolking en 94% van de zorgmedewerkers gevaccineerd. Op Sint Eustatius is 32% van de bevolking gevaccineerd; de verwachting is dat dit nog substantieel zal toenemen.

Op de CAS-landen en Bonaire wordt momenteel het Pfizer-vaccin ingezet om mensen ouder dan 60 jaar, zorgmedewerkers en medische risicogroepen onder de 60 jaar te vaccineren. Na vier weken vaccineren is ondanks het positieve beeld duidelijk geworden dat er meer maatwerk nodig is om de risicogroepen sneller te bereiken. De autoriteiten op de eilanden geven aan dat voor het bereiken van ouderen en kwetsbaren een gezinsbenadering effectiever is. Daarom zal voor de Caribische eilanden de doelgroepenbenadering flexibeler gehanteerd worden. Met het oog op de verslechterde epidemiologische situatie, de verspreiding van verschillende varianten van het virus en advisering door het RIVM heb ik – na afstemming met de Staatssecretaris – besloten dat de eilanden kunnen starten met het vaccineren van 18–60-jarigen zonder medische indicatie. Hierbij geldt nog steeds dat ouderen en andere risicogroepen voorrang hebben. Gezien de sterk oplopende cijfers zal Bonaire versneld voorzien worden van vaccins voor de gehele volwassen bevolking.

Ventilatie

Ondanks het voortduren van de pandemie en de uitgebreide internationale wetenschappelijke aandacht voor het SARS-CoV-2 virus is nog steeds onduidelijk of aerogene verspreiding een relevante rol speelt bij de verspreiding van het virus. Diverse wetenschappelijke instituten doen hier nog onderzoek naar.

Op rijksoverheid.nl wordt benadrukt dat in gebouwen voldoende luchtverversing (ventilatie) nodig is. Dit verkleint verspreiding van ziekteverwekkers die luchtweginfecties veroorzaken, zoals het coronavirus. Beheerders van gebouwen moeten daarom op de hoogte zijn van de bestaande eisen (in het Bouwbesluit) en de geldende landelijke richtlijnen.

Uit voorzorg benadrukt het RIVM daarnaast het belang van goede ventilatie voor een gezond binnenklimaat. Hiervoor is een instructievideo gemaakt die duidelijk maakt hoe je het best in huis de lucht kunt verversen, luchten door gedurende 10 tot 15 minuten ramen en deuren tegenover elkaar open te zetten. Ook wordt aandacht besteed aan luchtvochtigheid en het gebruik van filters en luchtreinigers. Daarmee beschouw ik de motie van het lid Wilders¹⁰⁷ die het kabinet oproept nadrukkelijk te adviseren in binnenruimtes continu te ventileren als afgedaan.

In het kader van de Fieldlabs Evenementenindustrie wordt ook een aantal onderzoeken uitgevoerd naar druppelverspreiding, luchtkwaliteit en ventilatie. Wanneer deze onderzoeksresultaten beschikbaar komen zullen ze worden gedeeld met RIVM. Het RIVM houdt doorlopend nieuwe wetenschappelijke onderzoeken en inzichten in de gaten en richtlijnen worden regelmatig aangepast als daar aanleiding toe is.

Informeel overleg van EU gezondheidsministers

Op 1 maart jl. heeft een informele videovergadering van EU gezondheidsministers plaatsgevonden. De vergadering stond in het teken van het uitwisselen van ervaringen over de aanwezigheid van verschillende mutanten van het coronavirus, het gebruik van verschillende type tests en de uitrol van vaccinaties. De Commissie heeft aangegeven dat de beschikbaarheid van vaccins en perspectief bieden aan de bevolking voor de zomer, prioriteit hebben. Het Europees Centrum voor Ziektepreventie en Bestrijding (ECDC) heeft benadrukt dat lidstaten terughoudend moeten zijn ten aanzien van versoepelingen gezien de aanwezige mutaties. Tijdens het overleg heeft Nederland het belang van veilige en effectieve vaccins en snelle leveringen benadrukt. Voorts heeft Nederland aandacht besteed aan Fieldlab evenementen waaruit lessen kunnen worden geleerd die het heropenen van de samenleving kunnen ondersteunen.

Sport

Geïntensiveerde sport- en beweegactiviteiten gedurende de Coronacrisis.

Op 12 februari jl. is uw kamer geïnformeerd over het steunpakket sociaal en mentaal welzijn en leefstijl¹⁰⁸. In overleg met de sportsector is ingegaan op de wijze waarop deze middelen besteed kunnen worden aan het intensiveren van bestaande activiteiten gericht op groepen die om diverse redenen minder sporten en bewegen. Hiermee beschouw ik de motie van het lid Kerstens¹⁰⁹, die het kabinet daartoe oproept, als afgedaan.

Uit dit totale steunpakket wordt specifiek voor sport 14,5 miljoen euro vrijgemaakt. Voor het grootste gedeelte (10 miljoen euro) gaan deze gelden naar de lokale sportakkoorden als extra uitvoeringsbudget. Het is aan gemeenten, lokale partners en de lokale sport zelf om de keuze te maken waar het budget vervolgens naartoe gaat. Als coalities hebben zij het beste in beeld welke problematiek er in een specifieke wijk of doelgroep speelt.

Daarnaast wordt (met 4,5 miljoen euro) specifiek ruimte gecreëerd voor het (financieel) toegankelijk maken van sport en bewegen voor kwetsbare groepen in corona tijd. Er wordt een impuls gegeven aan de financiële

¹⁰⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 807.

¹⁰⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 988.

¹⁰⁹ Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 55.

toegankelijk via NOC*NSF, het Jeugdfonds Sport & Cultuur en het Volwassenenfonds Sport & Cultuur. Daarnaast wordt gekeken naar hoe ingezet kan worden op de intensivering van bestaande of coronagerelateerde sport- en beweegactiviteiten specifiek voor de kwetsbare groepen in onze samenleving. Vanaf Q2 2021 wordt daarom ook een impuls gegeven aan de partners van de Alliantie «Sport en bewegen voor iedereen» die verschillende kwetsbare groepen in de samenleving vertegenwoordigen, zoals stichting Life Goals en het Nationaal ouderenfonds.

Catshuisstukken

In mijn de brief van 8 december jl¹¹⁰. 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 website¹¹¹ van rijksoverheid gedeeld voor zover daar geen zwaarwegende belangen¹¹² in de weg staan. Hier zijn vanaf heden ook de stukken die besproken zijn in het Catshuis dd. 21 maart 2021 raadpleegbaar.

ZonMw en coronavertraging

De motie van de leden Renkema en Ellemeet¹¹³ constateert dat veel belangrijk medisch onderzoek vertraging heeft opgelopen door de coronacrisis. Deze vertragingen kunnen tot extra kosten leiden en daardoor kunnen onderzoeken mogelijk niet afgemaakt worden. De motie verzoekt de regering de financiële problemen die voortvloeien uit de coronacrisis bij medisch onderzoek goed te monitoren.

Veel medisch-wetenschappelijk onderzoek verloopt via de programma's bij ZonMw. Het controleren op vertraging is onderdeel van de reguliere gang van zaken in de relatie tussen VWS en ZonMw. ZonMw rapporteert over de voortgang binnen haar programma's via het jaarverslag en de jaarrekening, de voortgangsrapportage halverwege het jaar, en reguliere overleggen met de opdrachtgevende directies binnen VWS. Indien substantiële afwijking van afgesproken (programma-)resultaten dreigt (zowel inhoudelijk als financieel) neemt ZonMw tijdig contact op met de betreffende opdrachtgever.

Inmiddels is duidelijk dat sommige projecten vertraging oplopen door de coronapandemie. ZonMw en VWS hebben afspraken gemaakt hoe hier mee om te gaan. ZonMw heeft hiervoor interne «spelregels» bepaald, waarmee in afzonderlijke programma's bekeken kan worden wat een haalbare aanpak is. Oplossingen worden op maat gemaakt en bestaan onder meer uit budget neutrale verlenging en het bijstellen van de doelen die in een subsidieproject moeten worden behaald. ZonMw heeft een interne commissie ingesteld die alle verzoeken om financiële oplossingen voor coronavertraging beoordeelt. Dergelijke verzoeken voor extra budget worden primair binnen het bestaande programma bekeken. In voorkomende gevallen vindt hierover overleg met VWS plaats. Daarnaast wordt ook bekeken of een deel van de VWS-programmareserve bij ZonMw kan worden aangewend. Deze Programmareserve bedraagt eind 2020 ca EUR 2M. VWS heeft ZonMw gevraagd hiervoor een voorstel te doen. Hiermee is deze motie afgedaan.

¹¹⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 771.

¹¹¹ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-tijdlijn/uitgelicht-catshuisstukken/openbaarmaking-catshuisstukken>.

¹¹² Hierbij is onder meer te denken aan derden belang, het belang van de staat, de persoonlijke levenssfeer en de internationale betrekkingen.

¹¹³ Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 119.

Openbaarmaking RIVM-modellen

Uw Kamer heeft middels de aangenomen motie van de leden Kuzu en van Haga¹¹⁴ het kabinet verzocht alle RIVM-modellen openbaar te maken. Ik geef als volgt uitvoering aan deze motie.

Het RIVM publiceert de modellen die voor het onderzoek naar het nieuwe coronavirus worden gebruikt in internationale wetenschappelijke «peer reviewed» tijdschriften en stelt de broncode van deze rekenmodellen beschikbaar op de website¹¹⁵ van het RIVM. Daarnaast probeert RIVM de complexe rekenmodellen op een zo publieksvriendelijk mogelijke uit te leggen in woord en beeld.¹¹⁶ Daarvoor organiseert RIVM ook online sessies, zoals de live Q&A-sessie op dinsdag 30 maart aanstaande bijvoorbeeld, onder leiding van wetenschapsjournalist Diederik Jekel.¹¹⁷

De rekenmodellen worden op basis van nieuwe inzichten, nieuwe vraagstellingen en nieuwe gegevens regelmatig geactualiseerd en verbeterd. Ook deze verbeteringen worden (peer-reviewed) gepubliceerd, maar – net als in de landen om ons heen – gebeurt dat met enige vertraging. Deze uitkomsten worden wel al in een vroeg stadium gedeeld met het OMT, het kabinet en de Kamer, omdat het belangrijk is dat het beleid op alle beschikbare kennis wordt gebaseerd.

De onderliggende data waarmee de modellen worden gevoed, kunnen niet online gepubliceerd worden. De reden hiervoor is dat publicatie van deze data in strijd is met de Algemene Verordening Gegevensverklaring (AVG). De data die wel gedeeld kan worden zijn beschikbaar via de opendatabestanden¹¹⁸ van het RIVM. Hiermee beschouw ik deze motie als afgedaan.

Slot

We zullen de komende twee maanden nog te maken hebben met stevige maatregelen om te zorgen dat we het virus onder de duim houden en om te voorkomen dat de derde golf te hoog wordt. Veel hangt af van hoe goed het ons lukt om de basismaatregelen te blijven naleven, laat je testen bij klachten en blijf thuis, was vaak je handen. We hebben allemaal behoefte aan meer vrijheid en minder maatregelen. En dat perspectief is er door de vaccinatiegraad die de komende weken gestaag oploopt.

Eind mei zijn er zoveel mensen gevaccineerd, dat we allemaal meer ruimte krijgen. Het eind van deze crisis is dus in zicht, maar we zullen de komende weken nog even moeten volhouden.

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

¹¹⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 1021.

¹¹⁵ <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/hoe-berekeningen-bijdragen-aan-bestrijding-van-virus/rekenmodellen>.

¹¹⁶ Hoe rekenmodellen bijdragen aan de bestrijding van COVID-19 | RIVM.

¹¹⁷ Live sessie «Coronavirus uitgelegd: rekenmodellen en het virus» | RIVM.

¹¹⁸ COVID-19 dataset (rivm.nl).