Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2020–2021

25 295 Infectieziektenbestrijding

Nr. 1179

Ontvangen ter Griffie op 11 mei 2021.

De vastgestelde ministeriële regeling kan niet eerder inwerking treden dan op 19 mei 2021.

De vastgestelde ministeriële regeling vervalt van rechtswege indien de Kamer, op voorstel van vijftig leden uiterlijk 18 mei 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, 11 mei 2021

In mijn Kamerbrief van 3 mei jl. heb ik aangegeven dat het kabinet op 11 mei zou besluiten over het zetten van stap 2 van het openingsplan (Kamerstuk 25 295, nr. 1176). Toen concludeerde het kabinet, dat de piek in het aantal opnames weliswaar was bereikt, maar dat de belasting van de zorg nog te hoog was en het epidemiologisch beeld te onzeker voor verdere versoepeling van de geldende maatregelen.

Het OMT geeft nu aan dat als de epidemie in een duidelijk dalende fase is gekomen, het nemen van stap 2 van het openingsplan mogelijk is. Dit hangt echter af van een aantal voorwaarden, zoals de voortgang van het vaccineren en de naleving van de (basis)maatregelen. Te snel versoepelen kan leiden tot een situatie waarin de zorg nog langer onder druk blijft staan. Het OMT heeft derhalve geadviseerd stap 2 van het openingsplan in te laten gaan, wanneer een afname is gerealiseerd van tenminste 20% over het lopende 7-daagsgemiddelde van het aantal ziekenhuis- en IC-opnames. Hiermee wil het OMT de zekerheid hebben dat de daling substantieel is en de druk op de zorg beheersbaar wordt.

In de afgelopen week is een duidelijke daling zichtbaar in het aantal nieuwe ziekenhuisopnames en ziet het ernaar uit dat we aan de voorwaarden van het OMT gaan voldoen. Daarom heeft het kabinet besloten om stap 2 uit het openingsplan per 19 mei te zetten, mits de daling van het aantal nieuwe ziekenhuis- en IC opnames verder doorzet. De versoepelingen kunnen per 19 mei ingaan als op 17 mei een daling van 15–20% zichtbaar is over het lopende zevendaagse gemiddelde van de ziekenhuis- en IC opnames ten opzichte van de piek van de derde golf op 20 en 21 april. Wanneer niet aan deze eis wordt voldaan, wordt de pauzeknop ingedrukt. Stap 2 wordt dan later gezet.

We houden deze slag om de arm, voor het geval de daling toch niet doorzet. Door de afnemende COVID zorg moet voldoende ruimte vrijkomen om uitgestelde zorg zo snel mogelijk in te halen en het risico op

kst-25295-1179
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2021

blijvende gezondheidsschade bij patiënten met uitgestelde zorg te voorkomen. Uw Kamer wordt hierover per brief op 17 mei nader geïnformeerd.
De noodzaak van meer ruimte en behoefte aan versoepelingen worden voor de samenleving steeds dringender. Het kabinet wil verder versoepelen en daarbij blijven zoeken naar de precaire balans tussen het verlichten van de druk op de zorg enerzijds en het verlichten van de druk op de samenleving anderzijds. Het kabinet zal steeds opnieuw bezien in hoeverre de epidemiologische situatie een volgende versoepelingsstap toelaat. Het kabinet wil daarbij graag benadrukken hoe belangrijk het is en blijft dat we ons gedrag niet laten versloffen en ons aan de geldende (basis)maatregelen blijven houden. Op die manier blijven we perspectief houden op een zomer met minder maatregelen, waar we allemaal zo veel behoefte aan hebben.

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

Leeswijzer

In deze brief ga ik in op:
- Het OMT-advies, inclusief het epidemiologisch beeld, de sociaal maatschappelijke reflectie en de maatregelen (paragraaf 1 t/m 3);
- Reizen, quarantaine, testen en traceren, de doorontwikkeling van het dashboard, vaccins en innovatieve behandelingen (paragraaf 4 t/m 9);
- De stand van zaken COVID-zorg en reguliere zorg (paragraaf 10 en 11);
- De bescherming van mensen met een kwetsbare gezondheid (paragraaf 12);
- Andere onderwerpen, waaronder communicatie, arbeidsmarkt, slachthuizen, motie van de leden Bikker en Heerma, Caribisch Nederland, jeugd, sociaal maatschappelijk doel, de voortgang dialoog over Nederland na de crisis, toezeggingen aan de Eerste Kamer en de publicatie van Catshuisstukken (paragraaf 13 t/m 22).

Met deze brief voldoe ik aan:
- De toezegging aan het lid Van der Staaij (SGP) om nogmaals te kijken naar welke acties nog mogelijk zijn om de druk in de ziekenhuizen te verlichten.
- De toezegging aan het lid Wilders (PVV) om in een volgende brief aandacht te besteden aan de vraag of er niet meer mogelijk is in verpleeghuizen nu veel bewoners zijn gevaccineerd.
- De toezegging van de Minister van MZS aan uw Kamer om nader in te gaan op meldingen bij slachthuizen, inclusief de cijfers.
- De toezegging van de Minister-President tijdens het debat van 22 april jl. dat de Minister van MZS op de stand van zaken m.b.t. slachthuizen terug zou komen.
- De toezegging aan het lid Agema (PVV) om mensen bewust te maken van het risico dat ze met zich meebrengen omwille van het land waar ze vandaan komen.
- De toezegging aan het lid Simons (BIJ1) om nader in te gaan op de exacte cijfers met betrekking tot de ondersteuning bij quarantaine.
- De toezegging om uw Kamer te informeren over de definitieve resultaten van de pilots risicogericht grootschalig testen.
- De toezegging aan het lid Hermans (VVD) om in te gaan op de stappen die momenteel worden ondernomen door de Stichting Open Nederland.

- De toezeggingen aan uw Kamer om u te informeren over en het bereiken van de gestelde sequence-capaciteit.
- De toezegging aan uw Kamer om u te informeren over hoe «vooraf» toestemming gevraagd kan worden voor het gebruik van lichaamsmateriaal na een coronatest voor onderzoeksdoeleinden.
- De toezegging aan het lid Dassen om u te informeren over de vaccinatiecapaciteit (over wat we daarvoor hebben georganiseerd en hoe die draaiboeken eruitzien).
- De motie van het lid Paternotte c.s. (D66) aangenomen met het verzoek om voor vaccins die niet meer binnen de vaccinatiestrategie worden toegepast, mensen de keuzevrijheid te geven om met de juiste informatie alsnog voor deze vaccins te kiezen (Kamerstuk 25 295, nr. 1106).
- De motie van het lid Azarkan (DENK) over het juridisch kader rondom het vragen van toestemming voor het gebruik van lichaamsmateriaal na een coronatest voor onderzoeksdoeleinden (Kamerstuk 27 529, nr. 242).
- De motie van het lid Paternotte c.s. (D66) om voor vaccins die niet meer binnen de vaccinatiestrategie worden toegepast, mensen de keuzevrijheid te geven om met de juiste informatie alsnog voor deze vaccins te kiezen (Kamerstuk 25 295, nr. 1106).
- De motie van de leden Pouw-Verweij (JA21) en Paternotte (D66) die de regering verzoekt in overleg te gaan met verpleeghuizen om te benadrukken dat de huidige door het OMT geadviseerde versoepelingen bij een hoge vaccinatiegraad veilig en verantwoord zijn (Kamerstuk 25 295, nr. 1153).
- Een deel van de motie van de leden Westerveld (GL), Paternotte (D66), Ploumen (PvdA), Marijnissen (SP), Bikker (CU) en Dassen (Volt) om goede afspraken te maken over doorverkoop en donatie van vaccins. Het deel van de motie over kennisoverdracht ten einde de productiecapaciteit van vaccins wereldwijd te vergroten, volgt als besproken nog een aparte brief (Kamerstuk 25 295, nr. 1145).
- De motie van de leden Segers (CU) en Paternotte (D66) om te onderzoeken hoe zelftesten voor mensen met een smalle beurs beschikbaar gemaakt kunnen worden (Kamerstuk 25 295, nr. 1120).
- De motie van de leden Bikker (CU) en Pieter Heerma (CDA) over de behoefte aan benutten van bestaande juridische ruimte om met lokale maatregelen lokale brandhaarden te blussen (Kamerstuk 25 295, nr. 1151)
- De EK toezegging aan het lid De Boer (GroenLinks)om een uitzondering te maken op de mondkapjesplicht voor mensen die communiceren met iemand die is aangewezen op liplezen.
- De EK toezegging uit het interpellatiedebat over uitvoering van de motie Nicolaï, die de regering verzoekt om ter toelichting van het bepaalde in dat lid aan de vervoerder en alle andere bij de toepassing betrokkenen schriftelijk aan te geven dat in concreto de toetsing of terecht een beroep kon worden gedaan op die bepaling dient te geschieden door de Nederlandse autoriteiten bij binnenkomst in Nederland, om het verslag van het overleg met de vervoerders nog een keer ter bevestiging naar de bij het overleg aanwezige vervoerders te sturen.
- De EK motie van het lid Nicolaï over toetsing of terecht een beroep kon worden gedaan op het vijfde lid van artikel 58p Wet publieke gezondheid (Kamerstuk 35 695, E).

Aanbiedingen regelingen

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

– Regeling van 11 mei 2021, houdende wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met het doorvoeren van stap 2 uit het openingsplan[1].
– Regeling van 11 mei 2021, houdende wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met het niet langer beschouwen van Bonaire als hoogrisicogebied voor Europees Nederland[2].

De overlegging geschiedt in het kader van de wettelijk voorgeschreven nahangprocedure (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 19 mei 2021 in werking treedt. Daarom is het van belang om deze regeling vandaag naar u toe te zenden. Hierbij zij opgemerkt dat het kabinet besloten heeft om stap 2 uit het openingsplan per 19 mei te zetten, mits de daling van het aantal nieuwe ziekenhuis- en IC opnames verder doorzet. De versoepelingen kunnen per 19 mei ingaan als op 17 mei een daling van 15–20% zichtbaar is over het lopende zevendaagse gemiddelde van de ziekenhuis- en IC opnames ten opzichte van de piek van de derde golf op 20 en 21 april. Wanneer niet aan deze eis wordt voldaan, wordt de pauzeknop ingedrukt. Stap 2 wordt dan later gezet.

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 maatregelen COVID-19 nog steeds nodig is. Een toelichting op de maatregelen is in deze brief weergeven.

Zicht op en inzicht in het virus

1. OMT-advies, incl. epidemiologisch beeld

110e OMT-advies

Het OMT is 23 april jl. bijeen geweest om te adviseren over de situatie rondom de COVID-19-uitbraak. Het 110e OMT-advies heb ik u op maandag 26 april jl. doen toekomen bij de brief over de Aanbieding 110e OMT-advies en aanvullende adviesaanvraag Gezondheidsraad over de inzet van het AstraZeneca-vaccin (Kamerstuk 25 295, nr. 1166). 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. Vaccinatiebereidheid

[1] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl
[2] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

2. Toenemende vaccinatiegraad
3. Implementatie OMT-advies over zelftesten
4. Advies ten aanzien van reizen naar India.

Op het verloop van de epidemie en de stand van zaken virusmutanten ga ik in bij het 112e OMT-advies.

Ad 1) Vaccinatiebereidheid

Het OMT geeft aan dat er signalen zijn over een lagere vaccinatiebereidheid bij mensen met een migratieachtergrond. Mogelijk speelt dit niet in alle regio's, maar het OMT wil benadrukken dat specifieke aandacht voor deze bevolkingsgroep belangrijk is en dat gerichte communicatie richting deze doelgroep van belang is.

Ad 2) Toenemende vaccinatiegraad

In het recent gepubliceerde ECDC *document interim- guidance once the benefits of full vaccination against COVID-19 for transmission and implications for non-pharmaceutical interventions* wordt ingegaan op mogelijke versoepeling van infectiepreventiemaatregelen na volledige vaccinatie tegen COVID-19. Op basis van risico-inschattingen komt ECDC tot gedifferentieerde adviezen over het loslaten van basismaatregelen (met name het afstand houden) en gebruik van mondneusmaskers bij onderlinge contacten tussen gevaccineerde en ongevaccineerde personen waarbij rekening wordt gehouden met een verhoogd risico op ernstig beloop bij ouderen. ECDC geeft duidelijk aan dat in de openbare ruimte de basismaatregelen en mondneusmaskerplicht voor iedereen blijven gelden, ongeacht de vaccinatiestatus.

De adviezen van het 106e OMT zijn geheel in lijn met de ECDC-adviezen. Met betrekking tot bron- en contactonderzoek geeft ECDC aan dat gezondheidsautoriteiten op individuele basis gemotiveerd een uitzondering kunnen maken voor BCO van volledig gevaccineerde personen. ECDC geeft in overweging om voor gevaccineerde reizigers een uitzondering te maken ten aanzien van het testbeleid voor en na de reis en/of de quarantainemaatregelen na aankomst. Het is echter noodzakelijk dat er dan eerst duidelijkheid komt over een (Europees) vaccinatiepaspoort.

Ad 3) Implementatie OMT-advies over zelftesten

Het OMT adviseert voorlopig het huidige beleid te handhaven. Dat betekent dat er een hertest door de GGD wordt geadviseerd bij een positieve zelftest, m.u.v. de zelftesten die worden afgenomen bij categorie 3-contacten op scholen. Op deze manier worden positieve personen na de confirmatietest automatisch gemeld bij de GGD. Om ervoor te zorgen dat het bron- en contactonderzoek zo min mogelijk vertraging oploopt adviseert het OMT om op korte termijn een online folder of webpagina te ontwikkelen, in afwachting van de applicatie voor zelf-BCO in GGD Contact. Het OMT adviseert wel om de benodigde aanpassingen in de registratiesystemen in gang te zetten om het melden van positieve zelftesten in de nabije toekomst mogelijk te maken. Het OMT denkt dat het vanaf de zomer, wanneer de incidentie waarschijnlijk lager is, opportuun is om het melden van positieve zelftesten bij de GGD automatisch ingeregeld te hebben, om zicht te

houden op de epidemie en om de keuze voor het al dan niet laten verrichten van een hertest, die dan belangrijker wordt vanwege de te verwachten lage prevalentie, te faciliteren.

Ad 4) Advies ten aanzien van reizen naar India

Het OMT benadrukt dat het essentieel is en blijft dat alle reizigers vanuit het buitenland (en van buiten de EU), ook degenen uit India, zich strikt aan de afgesproken, generieke maatregelen houden, zoals: zich laten testen voor vertrek naar Nederland, een antigeentest vlak voor boarden, niet reizen bij een positief testresultaat, onverwijld in quarantaine gaan bij aankomst in Nederland en zich laten testen op dag 5 (en altijd, ook in latere fase, bij klachten). Deze maatregelen geven de beste garantie dat virusvarianten uit het buiten-EU-buitenland niet worden geïntroduceerd of in ieder geval geen kans krijgen om zich verder te kunnen verspreiden.

In het geval dat bovenstaande generieke maatregelen (nog) niet geëffectueerd kunnen worden, en mogelijkheid van handhaving ontbreekt, acht het OMT een algeheel reis- cq. vluchtverbod op z'n plaats in afwachting van strikte uitvoer en handhavend toezicht op dergelijke maatregelen.

BAO Advies

Het BAO vraagt aandacht voor het absorptievermogen van de zorg, vooral van de IC, ook bij de beoordeling van de volgende stappen van het openingsplan. Het BAO herkent de door het OMT voorgestelde indicatoren voor het beoordelen van stap 2. Het BAO erkent het belang van een goede administratie van vaccinaties en roept alle betrokkenen op om werk te maken van doorgifte van vaccinaties naar de centrale database. Het BAO onderschrijft het belang van vaccinatiebereidheid onder specifieke doelgroepen en roept op tot een goede samenwerking met lokale gremia omdat het van groot belang is informatie via de juiste, lokale, kanalen te verspreiden en lokaal in gesprek te gaan. Het BAO onderschrijft het OMT advies t.a.v. zelftesten en wil dat op één punt verhelderen. ij zelftesten die worden afgenomen bij categorie 3 contacten van positief geteste leerlingen op scholen, zijn deze leerlingen in beeld in het kader van bron- en contactopsporing waardoor voor hen hertesten bij de GGD niet nodig is. Tenslotte geeft het BAO aan dat communicatie over de inzet en de kwaliteit van sneltesten van belang is.

In de paragrafen Reizen, Testen, Vaccinaties en Kwetsbare personen in instellingen voor langdurige zorg en thuis wordt nader in gegaan op de wijze waarop het kabinet opvolging geeft aan het 110e OMT-advies.

111e OMT-advies

Het OMT is 30 april jl. bijeen geweest om te adviseren over de situatie rondom de COVID-19-uitbraak. Het 111e OMT-advies heb ik u op maandag 3 mei jl. doen toekomen bij de brief over de Aanbieding 111e OMT-advies en toezeggingen wetgevingsoverleg quarantaineplicht (Kamerstuk 25 295, nr. 1177). 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. Maatregelenpakket
2. Periodieke herijking inschalingssystematiek risiconiveaus
3. Praktijktesten Fieldlab Evenementen
4. Avondklok.

Op het verloop van de epidemie en de stand van zaken virusmutanten ga ik in bij het 112e OMT-advies.

Ad 1a) Maatregelenpakket

Effecten van de versoepelingen van Stap 1 die deze week zijn ingegaan zijn uiteraard nog niet zichtbaar in de besmettingscijfers. In deze fase van de epidemie is de verwachting dat het reproductiegetal en aantal nieuwe gevallen zal gaan afnemen als gevolg van een toenemende immuniteit door vaccinatie of doormaken van de infectie, onder aanhouden van de bestaande beheersmaatregelen. Dit laatste staat onder druk, blijkens de grote drukte op diverse plaatsen, zoals tijdens Koningsdag. Het belang van opvolging van de basismaatregelen (zoals blijf thuis bij klachten en laat je testen, vermijd drukte en houd 1,5 m afstand, was je handen frequent, etc.) blijft onverminderd essentieel voor de bestrijding, ook in de komende periode!

Ad 1b) Stap 2 uit het openingsplan

Scenario's voor het nemen van Stap 2 op 11 mei zijn doorgerekend, exclusief het gebruik van testen voor toegang. Voor deze laatste doorrekening zijn nog te veel onzekerheden, waardoor het effect of zeer beperkt of aanzienlijk zou kunnen zijn.
Als de epidemie in een duidelijk dalende fase is gekomen, als de vaccinaties verlopen volgens schema of sneller, en als de vaccins een goede bescherming bieden tegen overdracht van infectie, dan blijkt het nemen van Stap 2, exclusief het gebruik van testen voor toegang, een iets langzamere, maar nog steeds voortgaande daling van de epidemie tot gevolg te hebben. Als niet aan deze – optimistische – voorwaarden wordt voldaan zal de daling aanmerkelijk langzamer verlopen, en blijft de druk op de ziekenhuizen en IC nog wekenlang hoog.

Het OMT adviseert het verder versoepelen van de maatregelen conform Stap 2, inclusief het langer openstellen van de terrassen, pas in te doen gaan als er een afname gerealiseerd is van tenminste 20% over het lopende 7-daagsgemiddelde van het aantal nieuwe ziekenhuis- en IC-opnames.

Ad 1c) 1,5 meter in onderwijs

In de modelleringen heeft het loslaten van de 1,5 m afstand in het onderwijs tot gevolg dat de afname in ziekenhuis- en IC-bezetting minder snel verloopt en zelfs tot een nieuwe tijdelijke verhoging daarin kan leiden. Gezien het aantal al voorgenomen versoepelingsstappen en de grote mate van onzekerheid adviseren we om het loslaten van de 1,5 meter in het onderwijs pas bij Stap 3 van het openingsplan op te nemen, nadat voldaan is aan de condities voor Stap 2.

Ad 1d) 1,5 meter bij sport

Het loslaten van 1,5 meter afstand bij sportbeoefening werd niet verder besproken. Gezien voorgaand advies lijkt dit niet eerder dan in Stap 3 aan de orde.

Ad 2) Periodieke herijking inschalingssystematiek risiconiveaus

In het advies n.a.v. OMT 105 werd aangegeven dat de verhouding tussen het aantal meldingen en ziekenhuisopnames aan het verschuiven is. Het OMT adviseerde om de grenswaarden op het huidige niveau te handhaven tot de verhoudingen m.b.t. meldingen en ziekenhuisopnames gestabiliseerd was. Op dit moment is er t.o.v. 22 maart nog geen evidente verandering in het beeld. Het OMT stelt daarom wederom voor om de grenswaarden op het huidige niveau te handhaven.

We zijn in een nieuwe fase van de epidemie beland, waarin de groei in het aantal nieuwe gevallen per dag bepaald wordt door opvolging van de vigerende bestrijdingsmaatregelen en toenemende immuniteit door vaccinatie en doorgemaakte, natuurlijke infecties. Het OMT adviseert daarom om een indicator of informatie over de regionale vaccinatiegraad (c.q. sero-immuniteit), bij voorkeur uitgewerkt per leeftijdsgroep, toe te voegen. Het is de verwachting dat de vaccinatiegraad nu op korte termijn een steeds grotere stempel gaat drukken op het beeld en daarom belangrijk wordt voor het bepalen van het risiconiveau.

Ad 3) Praktijktesten Fieldlab Evenementen

Het OMT adviseert om te wachten met tweede fase praktijktesten van de type III-Fieldlab-evenementen tot in ieder geval Stap 2 van het openingsplan is doorgevoerd. Naast bovengenoemde strikte voorwaarden adviseert het OMT om zowel medewerkers als deelnemers voorafgaand aan een evenement te testen (in de 24 uur voor einde van het evenement) en om binnen 4 uur voor aanvang bij alle medewerkers en deelnemers tevens een gezondheidscheck te verrichten (om er zeker van te zijn dat de deelnemers en medewerkers geen nieuwe klachten hebben ontwikkeld en ook niet in quarantaine zijn geplaatst als contact van een besmet persoon). Ook adviseert het OMT om 5 dagen na afloop van het evenement medewerkers en deelnemers een test te blijven aanbieden, zoals ook tijdens de praktijktesten is gedaan. Kinderen onder de 6 jaar zouden met toegangstest (kindvriendelijke optie) ook moeten kunnen deelnemen aan Fieldlab-evenementen.

Daarnaast adviseert het OMT om bubbels zo klein mogelijk te houden omdat de bubbelgrootte bepaalt of alle personen geïnformeerd kunnen worden indien er een besmetting in de bubbel heeft plaatsgevonden. Uiteraard moeten er goede afspraken gemaakt worden met de GGD, zodat bron- en contactonderzoek n.a.v. een besmetting snel en effectief kan worden uitgevoerd. Ten slotte benadrukt het OMT dat het belangrijk blijft dat bij deze evenementen placering plaatsvindt en dat er voldoende aandacht moet zijn voor een vloeiende in- & uitstroom van deelnemers. Het OMT adviseert om het indoorgedeelte/de Business club alleen als horeca-uitgiftepunt te gebruiken en niet als verblijfsruimte.

Als aan bovengenoemde voorwaarden voor Fieldlab type III-evenementen is voldaan, is de kans op besmetting klein tijdens deze geplaceerde evenementen in de buitenlucht met vooraf geteste deelnemers. Het OMT geeft daarom aan dat de regel: «contact met kwetsbaren te mijden gedurende de eerste 10 dagen na deelname aan een Fieldlab type III-evenement» bij dit type evenementen kan vervallen.

Ad 4) Avondklok

Recent zijn in de media uitspraken gedaan over het effect van de avondklok. Het OMT merkt op dat het bepalen van het effect van de avondklok vraagt om een grondige wetenschappelijk onderbouwde analyse. Wat betreft de opvatting van het OMT hierover verwijzen wij naar het advies van OMT 96 (d.d. 15 januari 2021), waarin de onderbouwing van het instellen van de avondklok – ook naar aanleiding van wetenschappelijke literatuur hierover – is beschreven.

BAO Advies

Het BAO herkent zich in het advies en onderschrijft expliciet het OMT advies t.a.v. de daling van 20% die nodig is om versoepelingen verantwoord door te kunnen voeren. De VNG geeft aan dat versoepelingen in

het onderwijs, indien gekoppeld aan stap 3, indien deze uitgesteld wordt naar begin juni, erg dicht bij het eind van het schooljaar zouden moeten worden doorgevoerd. Het is de vraag of dit voor het onderwijs haalbaar is.

In de paragrafen Maatregelen en Testen wordt nader in gegaan op de wijze waarop het kabinet opvolging geeft aan het 111e OMT-advies.

Ten aanzien van de periodieke herijking van de inschalingssytematiek om de grenswaarden op het huidige niveau te handhaven, neemt het kabinet het advies van het OMT over. Ten aanzien van het toevoegen van een indicator voor de regionale vaccinatiegraad (c.q. sero-immuniteit) aan de systematiek, constateert het kabinet dat de daartoe benodigde data nog niet afdoende beschikbaar is. Tevens is meer inzicht nodig in de precieze effecten van vaccineren op transmissie en ziekte. Er wordt hard gewerkt om de informatiestromen rondom vaccinaties te completeren, waarbij ik ook de mogelijkheid bekijk om deze informatie -zodra beschikbaar- te benutten voor de inschalingssystematiek. Later in deze brief wordt ingegaan op hoe we de gegevens die de uitvoerende partijen in het vaccinatieprogramma moeten aanleveren meer volledig krijgen. Wanneer het op grond van de data kan, zal ik ook de mogelijkheid bekijken om deze informatie te benutten voor de inschalingssystematiek.

112e OMT-advies

Het OMT is 7 mei jl. bijeen geweest om te adviseren over de situatie rondom de COVID-19-uitbraak. Het advies is opgenomen in de bijlage[3]. Hieronder wordt eerst een feitelijke weergave van het advies gegeven, waarna de reactie van het kabinet op het advies volgt.

Het advies behelst de volgende onderwerpen:
1. Verloop van de epidemie
2. Stand van zaken diverse virusmutanten
3. Maatregelenpakket
4. Overige adviezen.

Ad 1) Verloop van de epidemie

In de afgelopen week (29 april – 6 mei) is het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positieve personen met 5% afgenomen in vergelijking met de week ervoor. Het aantal testen bij de GGD-testlocaties was ook lager (-10%). Het percentage positieve testen steeg tot 11,9%. Het is mogelijk dat de testbereidheid is beïnvloed door de meivakantie en Bevrijdingsdag. Zo is vooral bij de jongste

leeftijdscategorieën (0 t/m 12 en 13 t/m 17 jaar) het aantal testen sterk gedaald. Ook in de leeftijdsgroepen waar ouders van kinderen toe behoren (30–49), is een aanzienlijke daling van het aantal afgenomen testen te zien. Aan de andere kant is het percentage positieve testen gestegen in alle leeftijdsgroepen onder de 80 jaar. Bij een dalende incidentie zou het percentage positieve testen naar verwachting ook dalen bij een afgenomen testvraag. Niet duidelijk is wat de invloed van zelftesten is en of daaraan (en zo ja, in welke mate) de daling in het aantal testen bij de GGD'en en meldingen kan worden toegeschreven.

Het patroon van het aantal meldingen naar leeftijd per 100.000 inwoners laat onveranderd het hoogste aantal meldingen zien in de leeftijdsgroep 18 t/m 24 jaar. De incidentie is alleen in deze leeftijdsgroep toegenomen,

[3] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

terwijl in alle andere leeftijdsgroepen een daling van de incidentie is te zien. Het aantal meldingen per 100.000 daalt duidelijk naarmate de leeftijdsgroep ouder is, hetgeen mag worden toegeschreven aan vaccinaties. Het aantal bewoners van instellingen voor gehandicaptenzorg, verpleeghuizen en woonzorgcentra met een COVID-19-diagnose blijft laag. Op 29 april waren er naar schatting 168.490 besmettelijke personen in Nederland.

De ziekenhuis- en IC-data van de stichting NICE en van de LCPS (data vergaard op 6 mei) laten nog geen 15–20% daling in het lopende 7-daags gemiddelde van het aantal nieuwe ziekenhuisopnames en IC-opnames zien, ten opzichte van de piek in dit lopende gemiddelde van de huidige golf. De daling bij het aantal ziekenhuis- en IC-opnames was minder dan 10%. De bezetting op zowel de verpleegafdelingen als de IC was daarmee onverminderd hoog. De patiënten die vervroegd konden worden ontslagen, omdat de behandeling met monitoring in de thuissituatie kan worden voortgezet, zijn niet in de besmettingscijfers opgenomen; de omvang van deze groep is op dit moment evenwel ook niet goed bekend.

De kenmerken van personen die in het ziekenhuis en/of de IC worden opgenomen, lijken te veranderen. De mediane leeftijd van de groep die wordt opgenomen op de verpleegafdelingen, fluctueert. Zo was in maart-april 2020 de mediane leeftijd 70 jaar, in juli-augustus 2020 66 jaar en in januari-februari 2021 71 jaar; meest recent (maart-april 2021) bedroeg deze 65 jaar.
Op de IC zijn wat leeftijd betreft nu nauwelijks verschillen zichtbaar met de start van de uitbraak. De mediane leeftijd fluctueert gedurende de pandemie van 65 jaar (maart-april 2020) en 61 jaar (mei juni 2020) tot 66 jaar (november-december 2020); in maart-april 2021 was deze 64 jaar.

Momenteel neemt het aantal personen met co-morbiditeit op de IC af, met een dalend sterftepercentage als gevolg. Bij de personen opgenomen op een verpleegafdeling, is een afname van de sterfte over de tijd minder duidelijk. Te verwachten is dat onder invloed van de vaccinatiecampagne relatief meer jongere patiënten zonder co-morbiditeit worden opgenomen op IC en daarmee de sterftepercentages verder zullen dalen.

In de week 22-28 april was de totale sterfte, volgens zowel CBS- als RIVM-analyses, verhoogd met een oversterfte van ongeveer 250 personen. De sterfte was licht verhoogd in de leeftijdsgroepen 45–54 jaar en 80–84 jaar en relatief sterk verhoogd in de leeftijdsgroepen 55–64 jaar, 65–74 jaar en 75–79 jaar (bron: RIVM). In de groep Wet langdurige zorggebruikers (merendeels bewoners instellingen) was de sterfte niet verhoogd (bron: CBS).

De meest recente schatting van het reproductiegetal Rt, zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is voor 22 april 0,93 besmettingen per geval en is lager dan de week daarvoor. Het geschat reproductiegetal op basis van ziekenhuisgegevens en op basis van IC-gegevens ligt nog steeds op 1.

De prognoses suggereren dat de piek in de nieuwe IC-opnames achter de rug is, terwijl de bezetting op de IC constant en op een hoog niveau is. In de ziekenhuisopnames suggereren de prognoses ook dat de piek achter de rug is. Echter, er is sprake van een doorstijging van de bezetting en daarmee is nog geen stabilisatie zichtbaar. Van belang hier is dat de prognoses in de modellering worden gebaseerd op de IC-opnames en bezetting; klaarblijkelijk lopen de ziekenhuisopnames momenteel iets uit pas hiermee.

De prognoses op korte termijn, waarin ook effecten van vaccinatie en doorgemaakte infecties worden meegenomen, hebben nog ruime onzekerheidsmarges. De epidemie zet zich voort in de nieuwe fase, waarbij het aantal nieuwe gevallen afneemt door een combinatie van bestaande maatregelen en opvolging aan de basisregels, de toenemend aanwezige immuniteit onder de bevolking door vaccinatie en door herstel na doorgemaakte infecties. Het tempo van de afname wordt echter negatief beïnvloed door veranderingen in de mate van opvolging van de bestaande maatregelen. Het OMT benadrukt dat de eventuele effecten van verminderende naleving van de basisregels, in het bijzonder tijdens grootschalige samenkomsten zoals tijdens koningsdag (en -nacht), en in de drukke winkelstraten, niet zijn meegenomen in de prognoses.

Ad 2) Stand van zaken diverse virusmutanten

De toename van de VK-variant zet door van 1,1% in week 51 van 2020 tot 95,4% in week 14 van 2021. Het aandeel in de monsters in week 15 (12-18 april) is voorlopig 96,3%, maar dit percentage zal nog aan kleine veranderingen onderhevig zijn, omdat nog niet alle monsters zijn geanalyseerd. Het aandeel van de Zuid-Afrika-variant in week 14 is 1,8%. Het aandeel van de Braziliaanse variant lijkt licht te stijgen, maar zit nog steeds rond 1,0 – 2,0%.
In week 15 is drie keer de variant B.1.617.1 aangetroffen. Deze is in opkomst in India en is sinds deze week door de WHO aangemerkt als VOI (Variant of Interest).

De ontwikkelingen met betrekking tot SARS-CoV-2-varianten worden gemonitord voor het gehele Koninkrijk door de kiemsurveillance, het sequencen van bijzondere gevallen en in internationaal verband in specifieke werkgroepen met de ECDC, de WHO en buurlanden.

Ad 3) Maatregelenpakket

Het OMT constateert dat er sprake is van een afname van het aantal meldingen, maar dat de duiding hiervan onzeker is vanwege het eveneens afgenomen aantal afgenomen testen in de teststraten, de meivakantie en zelftesten. Alhoewel de prognose en modellering suggereren dat de piek in ziekenhuis- en IC-opnames is

bereikt, is van een evidente daling in bedbezetting nog geen sprake. De daling conform de operationele definitie van het OMT van 20% op voortschrijdend 7-daags gemiddelde, is nog niet gerealiseerd.

Het OMT heeft scenario's voor het nemen van stap 2 op 18 mei doorgerekend, exclusief het gebruik van testen voor toegang. De aannames onderliggend aan de modellering blijven echter onzeker zolang de afname nog niet duidelijk doorzet en de uitkomst van de modellering onderschrijft. Als de epidemie in een dalende fase is, de vaccinaties blijven verlopen volgens schema en een bescherming bieden tegen overdracht van infectie, dan heeft het nemen van Stap 2, slechts een iets langzamere daling van de epidemie tot gevolg. Opnieuw geldt dat als niet aan al deze – optimistische – voorwaarden wordt voldaan, de daling aanmerkelijk langzamer zal verlopen, en de druk op de ziekenhuizen en IC nog wekenlang hoog kan blijven.

Zoals ook in vorige OMT-adviesbrieven steeds is aangegeven, is en blijft het belangrijk dat men zich aan de (basis)maatregelen blijft houden. Dit is immers een van de aannames onderliggend aan de modellering. Echter, van verschillende zijden wordt gemeld dat de compliance met de (basis)maatregelen afneemt en dat men bij Stap 1 zelf versoepelingen

toevoegt. Uit bron- en contactonderzoek komt bijvoorbeeld naar voren dat weer meer clusters gerelateerd zijn aan werk – er wordt minder thuisgewerkt dan in eerdere lockdowns – en ook zijn, naast de scholen, vaker feestjes als bron van besmetting in het BCO vastgesteld. Ten slotte zijn de eerste grotere clusters n.a.v. feesten rond Koningsdag gemeld.
Daarbij constateert niet alleen het OMT dat versoepelen van maatregelen eenvoudig is, maar het terugdraaien daarvan in het geval van tegenvallende epidemiologische ontwikkelingen welhaast onmogelijk zal zijn. Het te snel versoepelen kan ook het perspectief op een zomerperiode met minder maatregelen teniet doen.

Tot slot, een bijkomende overweging om terughoudend te zijn met het tempo van versoepelingen bij een hoog epidemische situatie, is dat het aantal besmettelijke personen nog altijd hoog is en dat grote aantallen besmettingen in een latere fase kunnen leiden tot meer gevallen van langdurige klachten ten gevolge van doorgemaakte COVID-19.

Ad 4) Overige adviezen

Het OMT geeft aan dat het vorige OMT-advies over Praktijktesten Fieldlab-evenementen een nadere duiding behoeft. In het vorige advies had moeten worden aangegeven dat voor type III-evenementen het advies was om met de vervanging van de generieke maatregelen door de «Fieldlab-maatregelen» te wachten totdat in ieder geval Stap 2 van het openingsplan is doorgevoerd. Ook in het vervolg waar Fieldlab-evenement vermeld stond in dit advies, dient dit vervangen te worden door type III-evenement.

Ten aanzien van de geldigheidsduur van toegangstesten in spoor 2a, geeft het OMT aan dat er geen nieuwe wetenschappelijke gegevens zijn die een langere geldigheidsduur van een negatief testbewijs zouden kunnen onderbouwen. Het OMT adviseert vast te houden aan de eerder geadviseerde geldigheidsduur van een negatief testbewijs van 24 uur in het kader van toegangstesten.

BAO-advies

Het BAO dat 10 mei heeft plaatsgevonden, onderschrijft het OMT-advies en benadrukt nogmaals dat een daling van 20% nodig is om versoepelingen verantwoord door te kunnen voeren, aangezien de druk in de zorg onverminderd hoog is.

In de paragraaf maatregelen wordt nader in gegaan op de wijze waarop het kabinet opvolging geeft aan het 112e OMT-advies.

2. Sociaal Maatschappelijke Reflectie en maatschappelijk beeld en uitvoeringstoets

Voor de besluitvorming van 11 mei 2021 is, naast het epidemiologisch beeld en OMT-advies, opnieuw rekening gehouden met het maatschappelijk beeld volgens de inzichten van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), reflecties op de maatregelen volgens de inzichten van het SCP en de Ministeries van Financiën, Economische Zaken en Klimaat en Sociale Zaken en Werkgelegenheid en met uitvoeringstoetsen op de maatregelen door andere departementen, de gedragsunit van het RIVM, de Nationale Politie, de veiligheidsregio's en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten.

Voor deze beelden, reflecties en uitvoeringstoetsen verwijs ik uw Kamer naar de gepubliceerde Catshuisstukken van 9 mei 2021. Daarnaast treft uw Kamer de gedragsreflectie op het maatregelenpakket van de RIVM Corona Gedragsunit aan in de bijlage[4].

Maatschappelijk beeld en reflectie SCP

Het SCP schetst de meest zwaarwegende maatschappelijke effecten van enkele van de maatregelen, zonder deze af te zetten tegen besmettingsrisico's. Het wegen van epidemiologische effecten (op basis van het OMT-advies) ten opzichte van maatschappelijke effecten (op basis van dit advies) is volgens het SCP een politieke weging. Zij verwijzen tevens naar de sociaal maatschappelijke reflectie van 8 april 2021 waarin zij enkele aandachtspunten schetsten rondom het proces en de onderbouwing van het openingsplan.

Door de coronamaatregelen is de sportdeelname in alle leeftijdsgroepen gedaald. In totaal is ruim 40% van de deelnemers aan het RIVM gedragsonderzoek (veel) minder gaan sporten en bewegen vergeleken met de periode voor de coronamaatregelen. Aan de andere kant geven 17% van de deelnemers aan dat zij juist (veel) meer sporten en bewegen. Bewegen en sporten kennen niet alleen positieve gevolgen voor de volksgezondheid, maar ook voor het individueel mentaal welbevinden. Het levert een hogere eigenwaarde, een betere emotieregulatie en minder angstige en depressieve gevoelens op. Daarnaast heeft het sporten in teamverband een belangrijke sociale waarde.

Ook hebben de maatregelen invloed op de cultuurbeoefening en de cultuurparticipatie in Nederland. De culturele en creatieve sector is goed voor 320 duizend banen en 4,5% van onze totale werkgelegenheid. Creatieve ondernemers, kunstenaars en verenigingen zijn hard geraakt door de crisis. Daarnaast doet bijna twee-derde van de bevolking in de vrije tijd eens of vaker per jaar aan cultuurbeoefening. Deze cultuurbeoefening draagt bij aan ontplooiing, ontspanning, ontmoeting, ondersteuning en onderscheiding, en kan er juist in tijden van tegenslag enorm toe doen. De digitale mogelijkheden van

cultuurparticipatie kunnen de beleving en sociale effecten van een live-bezoek niet evenaren. Het beperken van veel van deze vormen van vrijetijdsbesteding is voor velen dan ook een groot gemis. Tot slot merkt het SCP op dat beperkte (culturele) participatie kan mogelijk extra negatief uitpakken voor kwetsbare mensen die juist daar (nog) een stuk van hun welbevinden aan ontlenen, zoals ouderen, mensen zonder werk, en mensen met gezondheidsproblemen.

De beperkende maatregelen op gebied van cultuur en sport raken jongeren. Voor veel kinderen en jongeren vormt het bezoek aan de muziekschool of het doen van andere culturele of creatieve activiteiten een belangrijke educatieve aanvulling op hun onderwijs. Daarnaast sporten jongeren over het algemeen meer dan ouderen. Sportende jongeren hebben meer zelfcontrole, zelfvertrouwen en gevoel voor sociale normen dan jongeren die niet sporten.

Ook gaat het SCP in op het openen van doorstroomlocaties, dit geeft mensen meer mogelijkheden voor activiteiten buitenshuis. Een groep mensen heeft daar sterke behoefte aan en het openen van de locaties kan een bijdrage zijn aan een verbetering van hun (fysieke en mentale) welbevinden. Met name mensen in steden hebben zelf vaak weinig

[4] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

leefruimte en delen de buitenruimte zoals parken met velen. Het openen van doorstroomlocaties kan de druk op die buitenruimte verlichten.

Ook reflecteert het SCP op het loslaten van de 1,5 meter norm in het vo, mbo, hbo en/of wo. Het loslaten van deze maatregelen maakt het enerzijds mogelijk dat meer leerlingen fysiek onderwijs kunnen volgen. Dit draagt bij aan sociaal contact en vergroot de opbrengst van het onderwijs. Anderzijds kan ook het gevoel van veiligheid voor sommige personeelsleden en leerlingen verminderen en onderwijsparticipatie belemmeren van degenen met een kwetsbare gezondheid (van henzelf of van naasten).

Samenvattend en in overeenstemming met eerdere adviezen adviseert het SCP het kabinet de genoemde aandachtspunten en maatschappelijke effecten van de maatregelen Covid-19 mee te wegen in de besluitvorming in de week van 10 mei 2021 en ook helder te communiceren dat deze afweging is gemaakt. Daarnaast adviseert het SCP om de doorwerking van eerdere versoepelingen in het oog te houden om zo inzicht te krijgen in welke mate negatieve maatschappelijke effecten van maatregelen worden gemitigeerd.

Sociaal-maatschappelijke en economische reflectie van de ministeries van SZW, EZK en Financiën

Volgens de sociaal-maatschappelijke en economische reflectie van de ministeries van SZW, EZK en Financiën is uitstel van versoepelingen in afwachting van de ontwikkelingen kostbaar. De economische baten van heropening zijn groot, de economische schade verdwijnt namelijk niet door steun. Alleen degene die de schade draagt verandert erdoor. Enkele weken open of dicht kunnen ook op individueel niveau een groot verschil maken. Veel ondernemers lopen op hun laatste benen, en elke week langer uitstel vergroot het risico op faillissementen en economische schade. Daarnaast geven SZW, EZK en Financiën aan dat consistentie met eerdere communicatie over versoepelingen wenselijk is.

Het tegemoetkomen aan geschetste verwachtingen voorkomt mentale en financiële klappen. Ook draagt het volgen van het openingsplan bij aan de geloofwaardigheid, draagvlak en naleving ervan.

Zij benadrukken dat het hervatten van volledig fysiek onderwijs in het VO bij voorkeur tegelijkertijd met stap 2 uit het openingsplan maar anders vóór 1 juni prioriteit moet hebben. Dit betekent dat de 1,5m norm tussen leerlingen onderling moet worden losgelaten. Scholieren in het VO hebben in ruim een jaar tijd slechts circa 3 maanden volledig onderwijs genoten. Daardoor zijn bij sommige groepen leerlingen grote achterstanden opgebouwd. Leerverlies heeft ook grote economische gevolgen op langere termijn: gemiddeld genomen hebben jongeren met leerachterstanden slechtere baankansen als ze de arbeidsmarkt betreden, een lagere productiviteit en een lager inkomen. Ook heeft afstandsonderwijs een negatieve impact op kansengelijkheid. Tot slot brengen zij naar voren dat kinderen tot zeventien jaar nu buiten het onderwijs ook onderling geen 1,5-meter afstand hoeven te houden.

3. Maatregelen

Bij het nemen van een besluit of een volgende stap in de versoepeling van maatregelen per 19 mei 2021 verantwoord is, heeft het kabinet kennis genomen van het OMT-advies, de sociaal maatschappelijke reflectie, het maatschappelijk beeld en de uitvoeringstoets. Zoals vermeld adviseert het OMT het verder versoepelen van de maatregelen conform stap 2 pas in te laten gaan als er een afname gerealiseerd is van tenminste 20% over het

lopende 7-daagsgemiddelde van het aantal nieuwe ziekenhuis- en IC-opnames. Dit afgezet tegen de piek van de derde golf op 20 en 21 april. Het OMT wil hiermee de zekerheid hebben dat de daling substantieel is en de druk op de zorg beheersbaar wordt. Op dit moment zitten we niet op de -20% over het lopende zevendaags gemiddelde. Noch voor ziekenhuis-opnames, noch voor IC-opnames. Wel ziet het OMT, met het kabinet, dat de daling is ingezet.

Tegelijkertijd constateert het kabinet dat het welzijn steeds meer onder druk staat. De noodzaak van meer ruimte wordt steeds dringender én er is vanuit de samenleving enorme behoefte aan meer versoepelingen. Zoals eerder vermeld heeft het kabinet besloten om per 19 mei 2021 een volgende stap te zetten in de versoepeling van de maatregelen. Op 17 mei 2021 worden alle cijfers tegen het licht gehouden. Daarbij geldt het uitgangspunt dat de versoepelingen doorgaan mits op 17 mei 2021 een daling van 15–20% zichtbaar is over het lopende zevendaagse gemiddelde van de ziekenhuis- en IC-opnames ten opzichte van de piek van de derde golf op 20 en 21 april. Wanneer aan deze eis niet voldaan wordt, wordt de pauzeknop ingedrukt: stap 2 wordt dan later gezet.

Deze stap betreft een verruiming ten aanzien van de openingstijden van de buitenterrassen die oorspronkelijk in stap 1 was voorzien en is verder gelijk aan stap 2 van het eerder aan uw Kamer toegezonden openingsplan. Hiermee versoepelt het kabinet ten aanzien van sport, kunst en cultuur en recreatie. Daarenboven versoepelt het kabinet ten aanzien van sekswerkers en het binnenlands reisadvies. In de paragraaf reizen wordt ingegaan op de aanpassingen van het buitenlands reisadvies. Bovendien kan er, na instemming van de Eerste en Tweede Kamer met het wetsvoorstel «tijdelijke wet testbewijzen Covid-19»[5], een versnelling en verruiming plaatsvinden van de mogelijkheden door inzet van toegangstesten.

De versoepelingen worden onderstaand toegelicht. Besluitvorming ten aanzien van een volgende versoepeling is, mits de epidemiologische situatie het toelaat, voorzien op dinsdag 1 juni 2021.

Verruiming openingstijden buitenterrassen naar 06.00u–20.00u

Het kabinet heeft er voor gekozen om de openingstijden voor het onder voorwaarden openen van buitenterrassen van eet- en drinkgelegenheden te verruimen. De terrassen mogen per 19 mei 2021 geopend zijn vanaf 06.00 uur en moeten uiterlijk om 20.00 uur leeg zijn. Daarbij mogen ook de buitenterrassen van eet- en drinkgelegenheden bij sportaccommodaties onder dezelfde voorwaarden open. Daarmee is er nog steeds sprake van beperkte openingstijden om zo het aantal contactmomenten in de tijd te beperken, maar tegelijkertijd biedt het de horeca meer mogelijkheden dan er op dit moment zijn. De sluitingstijden vallen gelijk met de tijden voor het verbod op de verkoop van alcohol in de detailhandel en het verbod op het voorhanden hebben en nuttigen van alcohol in openbare plaatsen.

Versoepelingen ten aanzien van binnen- en buitensport

Gezien het belang van sporten en bewegen voor de fysieke en mentale gezondheid heeft het kabinet besloten om per 19 mei 2021 binnen sporten weer onder voorwaarden toe te staan en voor volwassenen de mogelijkheden voor buitensporten te vergroten. Buiten wordt het voor volwassenen van 27 jaar en ouder toegestaan in groepsverband met maximaal 30 personen op 1,5m afstand te sporten. Dit in aanvulling op de reeds

[5] Kamerstuk 35 807

bestaande mogelijkheden om buiten te sporten voor personen tot en met 26 jaar. Kleedkamers, douches en sauna's blijven gesloten en wedstrijden en publiek zijn niet toegestaan.

Daarnaast worden binnensportlocaties, inclusief sportscholen en zwembaden ten behoeve van de beoefening van sport, opengesteld. Hier mogen maximaal 30 personen per ruimte, exclusief personeel, sporten. Volwassenen vanaf 18 jaar dienen dit individueel of in groepsverband met maximaal twee personen en met inachtneming van 1,5 meter afstand te doen. Groepslessen binnen, wedstrijden en publiek zijn niet toegestaan. Er dient sprake te zijn van reservering, registratie en triage. Voor kinderen tot en met 17 jaar en voor topsporters geldt al dat er geen 1,5 meter afstand onderling hoeft te worden gehouden, geldt er geen maximale groepsgrootte en zijn wedstrijden onderling toegestaan.

Door in ruimere mogelijkheden voor sporten te voorzien zullen meer Nederlanders een actieve gezonde levensstijl kunnen oppakken.

Openen onder voorwaarden van openluchttheaters, openluchtmusea en het mogelijk maken van kunst- en cultuurbeoefening

In de kunst- en cultuursector worden voorzichtige stapjes naar opening van de sector gezet. Buiten worden onder voorwaarden accommodaties voor podiumkunsten en filmvertoningen opengesteld ten behoeve van reguliere exploitatie van vaste buitenaccommodaties. Hierbij geldt dat er maximaal 30 toeschouwers, exclusief personeel, aanwezig mogen zijn. Daarnaast is er sprake van reservering, registratie, triage en placering, mogen reserveringen voor maximaal 2 personen (muv kinderen t/m 12 jaar en personen woonachtig op het hetzelfde adres) worden aangenomen en dient er tussen bezoekers 1,5m afstand te zijn.

Ook worden openluchtmusea, beeldentuinen en openluchtmonumenten opengesteld. Hierbij mag er 1 persoon per 10 m^2, exclusief personeel, aanwezig zijn. Ook op deze locaties is het noodzakelijk te reserveren, te registreren en triage toe te passen. De beperking in groepsgrootte bij het aannemen van reserveringen (maximaal 2 personen, muv kinderen t/m 12 jaar en personen woonachtig op hetzelfde adres) en het vereiste om 1,5 afstand te houden tussen bezoekers geldt hier eveneens. Voor beide geldt dat bezoekers binnen gebruik mogen maken van het toilet, garderobe en betalen, mits men een mondkapje draagt.

Tot slot worden ten behoeve van beoefening van kunst en cultuur de accommodaties geopend. Daarbij geldt dat er maximaal 30 personen per ruimte, excl. personeel, aanwezig mogen zijn. Ook hier dient weer reservering, registratie en triage plaats te vinden. Daarnaast dient de kunst- en cultuurbeoefening door volwassen individueel of in groepsverband met maximaal 2 personen en zonder publiek plaats te vinden. Net als bij sport geldt daarnaast buiten nu ook dat kunst en cultuur in groepsverband met maximaal 30 personen beoefend kan worden.

Openstelling attractie-, natuur-, dierenparken en spellocaties buiten

Het kabinet heeft besloten om meer ruimte te bieden voor recreatie buiten. Daarom mogen per 19 mei 2021 attractie-, natuur- en dierenparken en spellocaties buiten weer geopend zijn onder bepaalde voorwaarden. Voorbeelden van spellocaties buiten zijn minigolf, buitenspeeltuinen of een klimbos. Het openen van attractie-, natuur-, en dierenparken geeft mensen meer mogelijkheden voor activiteiten buitenshuis. Het openen van deze locaties kan bijdragen aan een verbetering van (fysieke en mentale) welbevinden.

Er is hierbij gekozen voor een behoedzame eerste stap om nu alleen de buitengedeeltes voor recreatie open te stellen. De sub-locaties die overdekt zijn (zoals een reptielenverblijf) blijven vooralsnog dus gesloten. Toiletten, garderobes en binnenruimten die noodzakelijk zijn voor de looproutes zijn, met gebruik van mondkapje, geopend. Net als bij andere sectoren gelden er bepaalde voorwaarden voor openstelling. Er wordt gewerkt met een maximaal aantal toegestane gebaseerd op de oppervlakte van de locatie (1 per 10m^2), triage, registratie en reserveringen van maximaal twee personen (uitgezonderd van dit maximum zijn kinderen tot en met twaalf jaar en personen die op hetzelfde adres woonachtig zijn). Het is toegestaan om daarbij het buitenterras van de eet- en drinkgelegenheden tussen 06.00 en 20.00 uur geopend te hebben voor publiek. Hierbij gelden dezelfde voorwaarden en protocollen als voor horeca buiten. Uiteraard blijven naleving van de veilige afstandsnorm en de hygiënemaatregelen onverkort van kracht.

Opening verhuurlocaties recreatieve buitenactiviteiten

Daarnaast worden per 19 mei 2021 eveneens de verhuurlocaties voor recreatieve buitenactiviteiten weer voor publiek worden geopend. Het gaat over locaties voor verhuur van bijvoorbeeld boten, kano's of fietsen. In deze locaties gelden de algemene voorwaarden voor openstelling publieke plaatsen, zoals het scheiden van stromen van publiek; treffen van hygiënemaatregelen en maximaal 30 personen per zelfstandige ruimte. Ook hier geldt dat in totaal niet meer personen als publiek worden toegelaten dan één persoon per 10 m^2 oppervlakte.

Uitzondering op verbod contactberoepen voor sekswerkers vervalt

Op dit moment zijn alle contactberoepen op voorwaarde van reservering, triage en registratie toegestaan, waarbij sekswerkers zijn uitgezonderd. Per 19 mei 2021 vervalt deze uitzondering, waardoor ook het contactberoep sekswerker weer mag worden uitgeoefend. Voor deze categorie hoeft geen reservering en registratie plaats te vinden. Als gevolg daarvan zijn publieke locaties waar het contactberoep van sekswerker worden verricht eveneens opengesteld voor het publiek, maar slechts uitsluitend voor die functie. Op deze locaties is de eet- en drinkgelegenheid en de daarbij behorende dansvoorzieningen nog steeds gesloten. Ook gelden de regels voor de opening van publieke plaatsen onverkort.

Aanpassing binnenlands reisadvies naar «vermijd drukte»

Aansluitend op de versoepelingen van het maatregelenpakket waarbij de samenleving stap voor stap open gaat wordt per 19 mei 2021 ook het binnenlands reisadvies aangepast. De maatregel die op 15 december 2020 inging zal per 19 mei 2021 veranderen van «*Blijf zoveel mogelijk thuis*» en «*OV alleen voor noodzakelijke reizen*» naar «*vermijd drukte (onderweg) en mijd de spits (reis buiten 06:30–09:00 en 16:00–18:30 uur)*».

OMT advies ten aanzien van loslaten 1,5m in het voortgezet onderwijs

Gelet op het grote belang dat jongeren nog dit schooljaar een aantal weken volledig fysiek onderwijs kunnen volgen en de zomervakantie er in bepaalde regio's al snel aankomt, legt het kabinet het OMT de vraag voor onder welke epidemiologische omstandigheden het loslaten van de 1,5 meter in het voortgezet onderwijs al eerder mogelijk is dan het door hen nu geadviseerde moment van stap 3. Een besluit daarover nemen we uiterlijk op dinsdag 25 mei 2021.

4. Reizen

Reisadvies

Sinds half december 2020 is een generiek negatief reisadvies van kracht voor reizen naar het buitenland. Voor alle Nederlanders gold het advies: blijf in Nederland, ga niet op reis en reis alleen bij ernstige familieomstandigheden of voor werk dat echt niet uitgesteld kan worden en waarbij fysieke aanwezigheid noodzakelijk is. Dit betekent ook dat de reisadviezen voor alle landen momenteel de BZ-kleurcode oranje (of rood) hebben. Het generiek negatief reisadvies is een belangrijke maatregel om verspreiding van het coronavirus en zorgwekkende varianten uit het buitenland te beperken.

Nu de epidemiologische situatie in veel EU-landen aan het verbeteren is, en we ook in Nederland de eerste tekenen zien van een verbeterende situatie, wil het kabinet perspectief bieden richting de zomer. Het kabinet heeft daarom besloten het generiek negatief reisadvies per 15 mei op te heffen. Vanaf dat moment gaan we terug naar een landenspecifiek reisadvies en wordt de risicobeoordeling dus per land gemaakt. Dit betekent ook dat niet-noodzakelijke reizen, zoals vakanties, naar sommige landen weer mogelijk worden. Het RIVM maakt elke week een risicobeoordeling op basis van de gezondheidssituaties in de EU-landen. Hierbij baseren zij zich op de informatie die de landen aanleveren bij de ECDC. Daarnaast kijkt het RIVM ook naar andere indicatoren, bijvoorbeeld de trend van besmettingen en of er uit de in Nederland afgenomen testen blijkt dat veel besmette personen in de twee weken daarvoor in een bepaald land zijn geweest. Voor de landen buiten de Europese Unie wordt de Europese «veilige landenlijst» gevolgd.

Niet-noodzakelijke reizen, zoals vakanties zijn mogelijk naar landen die na 15 mei een groen of geel reisadvies hebben. Vanaf 15 mei kan op de BZ-website of in de reis app worden nagegaan welke landen dit zijn. Deze informatie wordt wekelijks geactualiseerd. Daarnaast kan een reisadvies snel wijzigen, wanneer er bijvoorbeeld een plotseling uitbraak plaatsvindt in een land. Een geel reisadvies kan dus zomaar oranje worden. Voor de landen met een oranje reisadvies blijft gelden; reis alleen naar dit land wanneer dat echt noodzakelijk is.

Het kabinet verwacht dat – mede vanwege de grootschalige vaccinatiecampagnes – niet noodzakelijke reizen zoals vakanties binnenkort in veel Europese landen op een veilige manier weer kunnen plaatsvinden. Voor inzicht in de landen waarvoor dit zal gaan gelden zal het actuele reisadvies op de Nederlandwereldwijd.nl gevolgd moeten worden. Ook voor deze landen blijft het belangrijk dat reizigers zich vooraf goed voorbereiden en de situatie terplekke in de gaten blijven houden. Uiteraard kunnen er in het land andere maatregelen gelden dan in Nederland, bijvoorbeeld over het gebruik van mondkapjes, afstand houden en openstelling van horeca, musea en toeristische attracties. Reizigers dienen zich aan de maatregelen terplekke te houden.

Uitzonderingen dringend advies tot thuisquarantaine

In het wetsvoorstel «*Aanvullende maatregelen voor het internationale personenverkeer in verband met de bestrijding van de epidemie COVID-19» (*Kamerstuk 35 808) en de bijbehorende Ministeriële Regeling zijn uitzonderingscategorieën opgenomen op de quarantaineplicht voor reizigers uit zeer hoogrisicogebieden. Het kabinet heeft besloten deze uitzonderingen over te nemen op het dringend advies tot thuisquarantaine dat geldt voor reizigers uit hoogrisicogebeiden. Voor grensverkeer

zijn de uitzonderingen nu beperkt. Om de problemen die zich hierdoor voordoen in de grensregio's te verzachten, worden deze categorieën nu uitgebreid. Er zal onder meer een uitzondering voor korte bezoeken (minder dan 12 uur) gelden, naast de al bestaande uitzondering voor grenswerkers, grensstudenten en grensscholieren. De precieze uitzonderingen en de voorwaarden die daarbij gelden zullen worden gemeld op rijksoverheid.nl

Uitzonderingen EU-inreisverbod

Op 18 maart 2020 heeft Nederland in navolging van de aanbevelingen van de Europese Commissie een inreisbeperking ingesteld voor niet noodzakelijke reizen van personen vanuit derde landen naar alle EU- en Schengen lidstaten om verspreiding van COVID-19 tegen te gaan. Om de gevolgen van de inreisbeperking tot het noodzakelijke minimum te beperken, voorziet het EU-inreisverbod in uitzonderingen voor specifieke categorieën van reizigers met een essentiële functie of behoefte. De personen uit landen buiten de EU of Schengenzone die niet op de veilige landenlijst staan en die niet onder de uitzonderingscategorieën vallen kunnen hierdoor niet naar de EU of de Schengenlanden reizen.

Deze ingrijpende maatregel heeft veel impact op de persoonlijke levens van burgers, omdat zij bij voorbeeld al geruime tijd geen familieleden hebben kunnen zien, en op de economie in Nederland. In de brief van 11 september 2020 is aangegeven dat de Nederlandse overheid voortdurend de uitvoering van het EU-inreisverbod en de opvolging van de coronamaatregelen in Nederland monitort. Veranderende gezondheidssituaties in Nederland en/of de landen buiten de EU en /Schengenzone kunnen aanleiding zijn voor aanpassing of verscherping van de uitvoering van het EU-inreisverbod. Een aanpassing van de uitvoering van het EU-inreisverbod en de lijst van uitzonderingscategorieën op het EU-inreisverbod dienen altijd uitlegbaar te zijn vanuit de publieke gezondheid. Tegelijkertijd is het gezien de thans onbekende einddatum van het EU-inreisverbod ook van belang te bezien op welke wijze reizen van bepaalde uitzonderingscategorieën weer kunnen worden gefaciliteerd binnen het vastgestelde Europese – en afgeleide nationale kader van het EU-inreisverbod en binnen wat aanvaardbaar is vanuit volksgezondheidsperspectief.

Met in achtneming van het voorgaande geschetste kader en vanwege de impact op bepaalde doelgroepen en het economisch belang van Nederland heeft het kabinet besloten om per 15 mei a.s. de uitzonderingsgronden van enkele categorieën aan te passen. Het betreft de volgende aanpassingen:

– Onder familiebezoek vanwege zwaarwegende omstandigheden kunnen grootouders worden geschaard die voor het bezoeken van hun pasgeboren kleinkind naar Nederland kunnen reizen. Verder wordt het mogelijk dat eerste- en tweedegraadsfamilieleden van personen die ernstig ziek zijn naar Nederland kunnen reizen, dit was alleen mogelijk bij terminaal zieke familieleden in Nederland en er komt een generieke regeling voor gescheiden ouders uit derde landen die een bezoek willen brengen aan hun kind.
– De lange afstandsregeling geliefden wordt aangepast door ook de groep die na ingang van het EU inreisverbod (18 maart 2020) een relatie is aangegaan onder de regeling te scharen en de regeling wordt ook toegankelijk voor partners van in Nederland woonachtige Britse burgers die onder het terugtrekkingsakkoord vallen
– Personen die in bezit zijn van een kennisgevingsbrief van de IND voor lang verblijf worden gelijkgesteld aan personen die in het bezit zijn van een machtiging tot voorlopig verblijf (MVV) en op basis daarvan

worden zij onder de huidige lijst van de uitzonderingscategorieën geschaard.
– De doelgroep zeevarenden wordt uitgebreid met zeevarenden van commerciële schepen met een lengte van meer dan 24 meter.
– Het inreisquotum voor zakenreizigers wordt verhoogd van 1.000 naar 1.500 per maand.

Ondanks de voorgestelde aanpassing van de uitzonderingsgronden van de hiervoor genoemde groepen zullen er nog steeds groepen reizigers zijn die op dit moment niet naar Nederland kunnen reizen. Onder andere de groep waarvoor het burgerinitiatief «Families van buiten de EU, wij missen jullie» een petitie heeft aangeboden aan de ministers van VWS en JenV. Deze groep kan nu nog niet onder de Europese lijst van uitzonderingscategorieën worden geschaard. Op dit moment is de discussie in de EU gestart om de criteria voor het EU inreisverbod te herzien. Op 3 mei heeft de Europese Commissie begin mei een herzien voorstel gepresenteerd voor het EU inreisverbod. Nederland zal in de discussie over dit voorstel ervoor pleiten om niet alleen de criteria voor de veilige landen lijst te herzien maar ook de lijst van de uitzonderingscategorieën van het EU inreisverbod. Een appreciatie van dit voorstel komt uw kamer spoedig toe.

Opheffen EU inreisverbod Israël

De EU-lidstaten hebben op 5 mei jl. besloten om het EU inreisverbod voor niet essentiële reizen van ingezeten van Israël op te heffen. Een land kan uitgezonderd worden van de inreisbeperkingen indien in de voorafgaande 14 dagen de besmettingsgraad onder 25 per 100.000 inwoners ligt en wanneer sprake is van een stabiele of dalende trend in die periode ten opzichte van de voorgaande 14 dagen. Daarnaast wordt de aard van het virus in acht genomen, met name de aanwezigheid van zorgwekkende varianten, als ook het aantal uitgevoerde tests, het percentage positieve tests, de algemene respons van het land op COVID-19 en de beschikbare informatie en de betrouwbaarheid daarvan. Het aantal besmettingen in Israël ligt onder de door de EU vastgestelde drempelwaarde. Ook is de trend ten aanzien van het aantal nieuwe besmettingen gedaald. De implementatie van dit besluit is aan de lidstaten. Hoewel Nederland gezien de huidige situatie terughoudend is met het nu toevoegen van landen aan de veilige lijst, zal deze aanbeveling, aangezien de volksgezondheidssituatie in Israël dit toelaat, wel overgenomen worden. Het kabinet heeft besloten dat het inreisverbod naar Nederland voor reizigers met bestendig verblijf in Israël per 15 mei 2021 (00.00 uur) wordt opgeheven. Gelijktijdig zal ook de testverplichting en het dringend advies tot thuisquarantaine voor reizigers uit Israël worden opgeheven.

5. Quarantaine

Traject wetsvoorstel quarantaineplicht voor reizigers

Op 28 april is het voorstel tot wijziging van de Wet publieke gezondheid vanwege de invoering van aanvullende maatregelen voor het internationaal personenverkeer in verband met de bestrijding van de epidemie van COVID-19 (Kamerstuk 35 808) in de Tweede Kamer behandeld.
Op 11 mei is het wetsvoorstel aangenomen door de Tweede Kamer (Handelingen II 2020/21, nr. 74, Stemmingen). De voorlopige planning is om het wetsvoorstel op 25 mei te behandelen in de Eerste Kamer.

Quarantainecoaches

In mijn plan van aanpak informeerde ik uw Kamer eerder over de inzet van quarantainecoaches, in samenwerking met het Rode Kruis en de GGD. Quarantainecoaches ondersteunen mensen die psychische of praktische problemen ervaren tijdens de quarantaine. De quarantainecoaches zijn sinds 22 maart jl. landelijk actief. Ze worden door de GGD tijdens het bron- en contactonderzoek gericht aangeboden aan mensen die dat nodig hebben. Sinds 22 maart zijn er 64 mensen geweest die hebben gebeld naar de quarantainecoach waarop 170 opvolggesprekken zijn geweest. De hulpvragen die in deze gevallen werden geadresseerd gingen o.a. over problemen met het halen van boodschappen en angst over de gezondheid.

De quarantainegids

Een ander onderdeel van de sociale ondersteuning die wordt georganiseerd vanuit de rijksoverheid is de quarantainegids. In deze gids worden tips voor hulp en steun bij thuisquarantaine geboden. Deze gids is 26.000 keer gedownload. Bovendien worden de gidsen door sommige GGD »en geprint en verspreid onder de mensen die zich laten testen. Het werkelijke bereik van de gids ligt dus hoger.

Ondersteuning door communicatie

Ook zijn er campagnes ontwikkeld om ervoor te zorgen dat mensen op de hoogte zijn van de quarantaineregels en weten hoe ze ermee om moeten gaan. Een voorbeeld is de Coronaconflict Campagne. Deze campagne richtte zich op de Coronaconflicten die soms ontstaan bij het naleven van de quarantaineregels en gaf handvatten aan, met name jongeren, die ervoor zorgden dat deze conflicten bespreekbaar werden gemaakt. De Coronaconflict campagne heeft veel mensen bereikt. De website werd 58,085 keer bezocht, 98 mensen stuurden Direct Messages (DM's) in, 1449 mensen downloadden het stickerpakket. Tijdens de campagne, die liep van 8 februari tot en met 4 april zijn er 976858 mensen bereikt. Ook was er veel interactie (319033 likes, shares en comments).
Hiermee voldoe ik aan de toezegging aan het lid Simons, gedaan tijdens het debat van 28 april jl., om nader in te gaan op de exacte cijfers met betrekking tot de ondersteuning bij quarantaine.

Coronareischeck

Reizigers kunnen via reizentijdenscorona.rijksoverheid.nl een gepersonaliseerd reis- en quarantaineoverzicht maken. De reiziger ziet in dit overzicht welk risico de gekozen bestemming (en bijbehorende reisperiode) heeft, welke maatregelen nodig zijn bij de terugreis naar Nederland (negatieve testuitslag en quarantaine verklaring) en of de reiziger bij thuiskomst in quarantaine moet (verplicht of dringend advies). Er wordt bij de bestemming doorverwezen naar het uitgebreide reisadvies op nederlandwereldwijd.nl. De risico's van de bestemmingen worden naast tekstueel ook visueel toegelicht. Als een quarantaineverklaring nodig is, zal er in eerste instantie doorverwezen worden naar rijksoverheid.nl/quarantaineplicht. In de periode van 19 januari tot 30 april zijn er 295.275 mensen geweest die de quarantainereischeck hebben bezocht. Het gemiddelde bezoekersaantal van deze check per week, geteld vanaf het moment van livegang is ongeveer 22.000. Hiermee voldoe ik aan de toezegging aan het lid Agema om mensen bewust te maken van het risico dat ze met zich meebrengen gelet op het land waar ze vandaan komen, gedaan tijdens het debat op 28 april jl.

6. Testen

Het testbeleid heeft twee doelstellingen:
1. Testen om het virus op te sporen en te bestrijden;
2. Testen om de samenleving stapsgewijs te openen.

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

Spoor 1: Testen gericht op opsporen en bestrijden

1a Testen van risicodoelgroepen

In de eerste vier weken van april is het aantal testafnames redelijk stabiel gebleven; namelijk rond de ca. 77.000 testen per dag inclusief klinisch afgenomen testen. Afgelopen week is het aantal testen flink afgenomen naar ca. 57.000 testen per dag. De verwachting is dat dit onder meer komt door de meivakantie. De doorlooptijden zijn goed, en zijn gemiddeld 32 uur van het maken van een afspraak tot het krijgen van de uitslag. Verder zien we dat het percentage mensen dat zich laat testen zonder klachten is gestegen naar 34,8% in afgelopen weken ten opzichte van het totaal. In de week van 5 april jl. was dit ca. 28,4% ten opzichte van het totaal. Ook zien we dat het aantal kinderen dat zich laat testen fors is gedaald naar ca. 9.000 testen per dag. Die week daarvoor waren dit er nog ca. 13.000 per dag. Tot slot zien we dat het aantal mensen dat zich laat hertesten vanwege een positieve zelftest afgelopen week 18 (3 tot 9 mei) verder toeneemt naar gemiddeld 367 hertesten per dag bij de GGD. In week 17 (26 april tot 2 mei) werden gemiddeld 380 hertesten per dag bij de GGD afgenomen, in week 16 (19 tot 25 april) waren dit ca. 300 hertesten per dag en in week 15 (12 tot 18 april) waren dit ca. 200 hertesten per dag bij de GGD.

1b Risicogericht grootschalig testen

In de stand van zakenbrief van 13 april jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over de stand van zaken rondom de pilots risicogericht grootschalig testen in de gemeenten Lansingerland, Dronten, Bunschoten en stadsdeel Charlois in Rotterdam (Kamerstuk 25 295, nr. 1105). Het doel van de pilots was om te onderzoeken of:
1) meer zicht op het virus kan worden verkregen;
2) de test-, quarantaine- en isolatiebereidheid kan worden beïnvloed;
3) wat deze (risicogerichte) grootschalige testaanpak vraagt van de uitvoering.

Gedurende de pilot-fase werkten de betrokken GGD'en, gemeenten, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, het RIVM, de Dienst Testen en GGD GHOR-Nederland nauw samen. Onderzoekers vanuit verschillende disciplines, geaffilieerd aan verschillende universiteiten, waren intensief betrokken bij de pilots.

In deze Kamerbrief informeer ik uw Kamer over de overkoepelende resultaten van de vier pilots. De beschrijving[6] en de resultaten[7] zijn gebundeld in factsheets en per pilot te als bijlage toegevoegd aan de brief. De samenvatting van de resultaten is te vinden in het syntheserapport[8]; het syntheserapport is ook als bijlage bij de brief aan uw

[6] Bijlage factsheet beschrijving pilots risicogericht grootschalig testen. Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl
[7] Bijlage factsheet resultaten pilots risicogericht grootschalig testen. Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl
[8] Bijlage Syntheserapport risicogericht grootschalig testen. Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Kamer gevoegd. Daarnaast informeer ik uw Kamer over het finale advies van de begeleidingscommissie Risicogericht Grootschalig Testen (advies 5 en advies 6[9]). Het advies vindt u tevens als bijlagen bij deze brief[10]. Hiermee voldoe ik aan mijn toezegging om uw Kamer te informeren over de definitieve resultaten van de pilots.

Resultaten pilots: Testbereidheid
Uit de pilots blijkt dat het laagdrempelig aanbieden van testen de testbereidheid verhoogt. Het helpt als laagdrempelige testmogelijkheden dichtbij huis worden ingericht (zoals testbussen of testlocaties in de buurt in scholen, buurthuizen, kerken en moskeeën), testen zonder afspraak mogelijk is, en minder invasieve testmethoden zoals de mondspoelkit worden gebruikt. Ook gerichte communicatie en informatie die aansluit op de lokale omstandigheden stimuleert de deelname, evenals het aanbieden van ondersteuning bij quarantaine en isolatie.

Resultaten pilots: Beter zicht op het virus
De pilots laten zien dat grootschalig testen resulteert in een toename van het aantal afgenomen testen en het aantal positieve testen, waarvan ook een deel bij mensen die geen klachten hadden (asymptomatisch). De resultaten laten zien dat er meer zicht was op de verspreiding van het virus in de pilots waar sprake was van een uitbraak (Lansingerland) of hoge infectiedruk (Bunschoten). Ook zagen de onderzoekers dat grootschalig testen impact had op het aantal besmettingen. In Lansingerland werd een dalende trend in het aantal besmettingen gezien tijdens de pilot en in Bunschoten stabiliseerde deze, terwijl in de rest van de regio Utrecht de besmettingen op dat moment juist toenamen. In Rotterdam-Charlois was geen opvallende toename of afname in het aantal positieven waarneembaar gedurende de pilot.

Afwegingen kosten en baten
De pilots leren dat een hoge opkomst niet vanzelfsprekend is. Een urgentie-gevoel door inwoners lijkt bij te dragen aan een hogere opkomst. Zo was de opkomst Lansingerland – waar sprake was van een uitbraak in combinatie met de Britse variant – met 62% hoger dan bijvoorbeeld in Dronten, waar geen sprake was van een verhoogde infectiedruk en de opkomst 28% was. Gemiddeld genomen komt tussen de 23 en 39 procent van de inwoners zich laten testen als er geen acute aanleiding is.

Grootschalig risicogericht testen vraagt relatief veel inspanningen en capaciteit, en vraagt ook iets van de inwoners om zich een of meerdere malen te laten testen. De pilots laten zien dat als het urgentie-gevoel bij inwoners minder aanwezig is, mensen een lagere testbereidheid hebben.

Rioolwatersurveillance
De pilots in Lansingerland, Dronten en Bunschoten laten zien dat de hoeveelheid SARS-CoV-2 in rioolwater in ieder geval tijdens de pilotfase correleert met de infectiedruk. Deze relatie ondersteunt de mogelijke bruikbaarheid van rioolwatersurveillance voor het vaststellen van de infectiedruk. Hoewel de onderzoeken tijdens de pilotfase laten zien dat er een correlatie bestaat tussen de hoeveelheid SARS-CoV-2 in het rioolwater en de infectiedruk, geven de onderzoeken geen informatie over de mate waarin rioolwatersurveillance een voorspellende waarde kan zijn. Verder rioolwateronderzoek van het RIVM kan dit uitwijzen. Wel kan een hoge hoeveelheid SARS-CoV-2-virusdeeltjes in rioolwater een aanleiding

[9] Bijlage Advies 5 en 6 Begeleidingscommissie risicogericht grootschalig testen. Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl
[10] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

zijn om risicogericht grootschalig testen te overwegen, bijvoorbeeld in het geval van een lage testincidentie.

Overkoepelend advies Risicogericht Grootschalig Testen
De begeleidingscommissie risicogericht grootschalig testen adviseert in haar 5e en 6e advies om risicogericht grootschalig testen als extra instrument toe te voegen aan de bestaande toolbox van GGD'en. De inzet van het instrument kan door de GGD'en overwogen worden in situaties waar sprake is van urgentie. Hierbij kan worden gedacht aan een uitbraak, hoge infectiedruk of het vermoeden van een sterke stijging hiervan. De commissie adviseert dat vóórdat risicogericht grootschalig testen wordt ingezet er een zorgvuldige afweging wordt gemaakt op basis van de proportionaliteit (kosten versus baten) en de subsidiariteit (is grootschalig testen het geëigende middel?).

De conclusies voortkomend uit de pilots zijn ook waardevol voor epidemieën en pandemieën in de komende jaren. Hierbij is de dynamiek van een eventueel volgend micro-organisme – zoals de besmettelijkheid en ziektelast – leidend om te bepalen of de inzet van risicogericht grootschalig testen van meerwaarde is. De commissie heeft daarom ook een advies uitgebracht voor een eventueel toekomstig risicogericht grootschalig testen voor micro-organismen met een vergelijkbare dynamiek als SARS-CoV-2.

Ik ben tevreden met de opbrengst van de pilots. Deze pilots hebben ons bruikbare kennis opgeleverd. Ik neem de adviezen van de begeleidingscommissie over en de GGD-GHOR Nederland zal risicogericht grootschalig testen opnemen in hun toolbox van instrumenten. Op deze manier worden GGD'en die dit instrument inzetten, ondersteund. Daarnaast bespreek ik met het RIVM hoe dit instrument ook een plek kan krijgen in de COVID-19-richtlijn van de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI).

1c Risicogericht testen in het voortgezet onderwijs

Het kabinet heeft reeds zelftesten beschikbaar gemaakt, waarmee leerlingen in het voortgezet onderwijs zichzelf bij een besmetting risicogericht kunnen testen. Dit in aanvulling op de zelftesten die het kabinet in het onderwijs en de kinderopvang beschikbaar heeft gemaakt voor preventief testen, waar nader op in gegaan wordt bij het kopje 2c Preventief testen in het onderwijs en de kinderopvang.

In haar 110e advies gaat het OMT nader in op wat er moet gebeuren als een leerling in het kader van risicogericht testen een positieve uitslag krijgt van een zelftest. Bij een geconstateerde besmetting op een middelbare school kunnen leerlingen en onderwijspersoneel, die aan een besmet persoon zijn blootgesteld en door de GGD gekwalificeerd worden als een categorie 3 contact (niet-nauw contact), zichzelf zo snel mogelijk en op dag 5 na het laatste contact met de besmette persoon testen met een zelftest. Bij een positieve zelftest is normaliter het advies om contact op te nemen met de GGD voor een verificatietest. Dit advies is anders wanneer er in het kader van risicogericht testen op een middelbare school een positieve testuitslag bekend wordt. Omdat er bij deze leerlingen sprake is geweest van blootstelling aan een besmet persoon en omdat er bij twee besmettingen in één klas of groep sprake is van een uitbraak, adviseert het OMT bij een positieve zelftest direct contact op te nemen met de GGD. Een verificatietest wordt voor deze groep dus niet geadviseerd. De GGD kan dan direct starten met het bron- en contactonderzoek om verdere verspreiding van het virus binnen de school zoveel mogelijk te voorkomen. Het kabinet neemt dit advies over en informeert de scholen

hierover. Leerlingen en personeelsleden die vallen in categorie 3 (niet-nauwe contacten), hoeven zich bij een positieve zelftest dus niet te laten hertesten bij een GGD teststraat en gaan direct in thuisisolatie. Onderwijsinstellingen communiceren met het scholenteam van de regionale GGD. In de brief die de GGD met de school deelt ten behoeve van leerlingen en docenten die een zelftest doen, staat het telefoonnummer van de GGD waar zij hun positieve zelftest kunnen melden om het bron- en contactonderzoek te starten.

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. Samen met het Ministerie van Economische Zaken en Klimaat en het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap wordt intensief gewerkt aan de voorbereidingen om toegangstesten mogelijk te maken (spoor 2a) die gericht zijn op een veilige toegang tot het sociale leven, en het realiseren van meer testmogelijkheden voor het onderwijs en bedrijfsleven (spoor 2b en 2c).

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

In het kader van het sneller en ruimer 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. Uw Kamer heeft ingestemd met het wetsvoorstel dat de inzet van een testbewijs mogelijk maakt. Op 25 mei jl. zal het wetsvoorstel worden besproken met de Eerste Kamer. Daarnaast is in opdracht van het kabinet de CoronaCheck app gerealiseerd en wordt door Stichting Open Nederland (hierna: SON) een fijnmazige infrastructuur van testcapaciteit gerealiseerd.

Het OMT heeft in het 112^{e} advies aangegeven dat er geen nieuw wetenschappelijk bewijs is dat een langere geldigheidsduur van een negatief testbewijs onderbouwt en adviseert vast te houden aan een geldigheidsduur van 24 uur. Het OMT heeft eerder in het 94^{e} advies aangegeven dat de uitslag van antigeentesten een geldigheid van maximaal 48 uur heeft, rekening houdend met het specifieke doel waarvoor de test wordt afgenomen. Mede ingegeven door de uitvoerbaarheid houdt het kabinet vast aan een geldigheid van 40 uur (48 uur min de duur van het evenement). Daarbij is het belangrijk om te vermelden dat in de eerste stappen van het openingsplan alleen evenementen met een lager risicoprofiel zijn toegestaan, waar de basismaatregelen blijven gelden. Voor deze evenementen is het niet haalbaar en noodzakelijk om te differentiëren in geldigheidsduur.

Realisatie testcapaciteit
Om de testcapaciteit te vergroten in spoor 2 van het landelijke testbeleid, is door SON een marktuitvraag gedaan met een «open house» constructie, om nieuwe testaanbieders te contracteren. Deze partijen zullen worden ingezet om het landelijk fijnmazig netwerk van testaanbieders te vergroten. Hieruit zijn zeven nieuwe partijen naar voren gekomen met het voornemen deze vanaf eind mei in te zetten voor toegangstesten. Met deze testaanbieders wordt op dit moment gekeken welke locaties door heel Nederland worden gerealiseerd om een fijnmazig netwerk van testlocaties te realiseren, waarbij wordt gestreefd naar een

maximale reistijd van 20 minuten voor burgers. De uitvraag voor aanvullende aanbieders in de open house constructie is op 10 mei gesloten. Momenteel worden de inschrijvingen geïnventariseerd en beoordeeld. Tevens wordt in mei een aanbesteding door SON gestart om nieuwe XL teststraten met hoogsensitieve testen te bemensen. Doelstelling is om in juni een testcapaciteit van maximaal 295.000 testen per dag te hebben voor toegangstesten. Hiermee voldoe ik aan de toezegging aan lid Hermans (VVD) om in te gaan op de stappen die momenteel worden ondernomen door de Stichting Open Nederland. De besluitvorming over de verdere opbouw van de testcapaciteit in fase 3 wordt op dit moment voorbereid.

Wetsvoorstel «Tijdelijke wet testbewijzen COVID-19»
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. Deze brede inzet van toegangstesten vereist een wettelijk kader. Bij brief van 16 april jl. heb ik uw Kamer het wetsvoorstel «tijdelijke wet testbewijzen Covid-19» toegestuurd[11]. In reactie op uw schriftelijke vragen heb ik uw Kamer bij brief van 23 april de nota naar aanleiding van het verslag gestuurd[12]. Ten slotte heb ik, naar aanleiding van nadere schriftelijke vragen, uw Kamer bij de brief van 30 april de nota naar aanleiding van het nadere verslag gestuurd[13]. Op 6 mei jl. heb ik overleg met uw Kamer gevoerd over dit wetsvoorstel. Hiermee voldoe ik aan de toezegging aan uw Kamer om de discussie over de tijdelijke wet testbewijzen COVID-19 te vervolgen zodra het wetsvoorstel aan de Kamer is gestuurd. Na aanvaarding door beide Kamers is de verwachting dat het toegangstesten vanaf eind mei breed zal kunnen worden ingezet.

Pilots testen voor toegang
In de brief van 13 april jl. heb ik uw Kamer mede namens het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en het Ministerie van Economische Zaken en Klimaat ook geïnformeerd over de stand van zaken van pilots testen voor toegang, de Fieldlabs Evenementen en de Fieldlab Cafés (Kamerstuk 25 295, nr. 1167). Bij de pilots testen voor toegang ging het om activiteiten op één dag of op enkele aaneengesloten dagen in de maand april. Hierbij golden strikte criteria en voorwaarden. De pilots waren vanzelfsprekend begrensd in omvang en geen vergunningplichtige evenementen; het ging immers om een onderzoeksfase, niet in het minst vanwege de epidemiologische situatie op dit moment.

In april hebben pilots van testen voor toegang plaatsgevonden. Met deze pilots hebben we kunnen oefenen in de praktijk, voordat testbewijzen op grotere schaal ingezet kunnen worden. 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, na aanvaarding van het wetsvoorstel testbewijzen, wordt opgenomen onder welke voorwaarden een testbewijs daadwerkelijk wordt verplicht. Op deze manier kan een goede start worden gemaakt met het toegangstesten op grote schaal.

In de Kamerbrief van 13 april jl. schreef ik over de positieve ervaringen en aandachtspunten die naar voren kwamen tijdens de uitvoering van de pilots. Ook de afgelopen twee weken zijn de ervaringen tijdens de uitvoering van de pilots overwegend positief. Organisatoren, artiesten geven aan het fijn te vinden om op deze manier hun deuren te openen en

[11] Kamerstuk 35 807
[12] Kamerstuk 35 807, nr. 10
[13] Kamerstuk 35 807, nr. 25

weer op te kunnen treden. Bezoekers zijn blij met de mogelijkheid iets te kunnen ondernemen. Naast de positieve ervaringen zijn er ook kritische geluiden met betrekking tot de toegangstesten. Bedrijven en gemeenten hebben zich in april voor korte tijd niet betrokken gevoeld bij de selectie van de pilots. Vanwege de korte termijn waarin pilots georganiseerd moesten worden, zijn helaas niet alle gemeenten en bedrijven in het voortraject geïnformeerd. Hierna zijn bedrijven en gemeente meer betrokken. Daarnaast hebben verschillende organisatoren van pilots naast positieve reacties ook kritische geluiden ontvangen. Zo zijn er mensen die het onwenselijk vinden dat met toegangstesten een tweedeling in de samenleving wordt gecreëerd. Daarnaast vonden mensen soms dat ze ver moesten reizen naar de testlocatie en hebben zich enkele organisatorische en technische problemen voorgedaan met ICT- en testinfrastructuur. Deze zijn over het algemeen snel opgelost.

In lijn met het 108e advies van het OMT wordt het onderzoek gemonitord en worden de uitkomsten meegenomen in de tijdelijke wet testbewijs COVID-19 wanneer deze in werking treedt. KPMG heeft de afgelopen weken onderzoek gedaan naar de ervaringen bij de pilots en werkt de resultaten uit in een rapportage die medio mei aan uw Kamer zal worden aangeboden. KPMG heeft op basis van een eerste analyse van de onderzoeksresultaten aangegeven vooral aandachtspunten te zien bij de ICT-systemen. Dit gegeven en de uitkomst van de recente aanbesteding door de Stichting Open Nederland, die vorige week is afgerond en waarbij zeven nieuwe testaanbieders zijn geselecteerd, is een belangrijke reden voor het kabinet om in mei nog een reeks pilots te organiseren om te oefenen met testen voor toegang. De selectie sluit aan bij sectoren welke in stap 2 van het openingsplan ook in aanmerking zouden zijn gekomen voor openen met toegangstesten, als de wettelijke grondslag er zou zijn geweest. De definitieve lijst pilots wordt binnenkort gepubliceerd.

2b Testen gericht op veiliger werken

Preventief testen van mensen zonder klachten en zonder bekende blootstelling kan vroegtijdig besmettingen helpen opsporen en uitbraaksituaties voorkomen. Bovendien kunnen werkgevers hun werknemers een veiligere werkomgeving bieden door preventief te testen. Daarbij geldt nog steeds: thuiswerken is en blijft de norm.

De «open house preventief testen» is sinds 24 maart jl. in werking getreden. Deze open house regeling maakt het voor werkgevers mogelijk om via een BIG-geregistreerde arts of arbodienst een vergoeding van € 20 per afgenomen test aan te vragen om werknemers zonder klachten (preventief) te kunnen testen. Er is op dit moment met ca. 45 partijen een overeenkomst gesloten. De regeling loopt tot en met 31 mei 2021.

Daarnaast is er «de open house aanmeldprocedure sneltesten». Dit is een regeling die het mogelijk maakt voor bedrijven om medewerkers met klachten te testen. Voor deze regeling zijn in totaal 49 aanmelders goedgekeurd en is een overeenkomst gesloten. Dit betreffen arbodiensten of bedrijfsartsen. Hoeveel gebruik wordt gemaakt van de regeling door deze 49 partijen varieert tussen de 100.000 en 170.000 testen per maand. Omdat de GGD'en inmiddels voldoende capaciteit hebben is deze regeling stopgezet voor nieuwe aanmeldingen. De huidige aanmelders kunnen nog tot 30 juli gebruik maken van de regeling.
In totaal is er voor beide regelingen 544,5 mln. euro vrijgemaakt.

2c Preventief testen in het onderwijs en kinderopvang

Op 19 april jl. is het kabinet gestart met de distributie van zelftesten aan scholen en instellingen in het primair, voortgezet en het hoger onderwijs en de kinderopvanglocaties op hetzelfde adres als een school. Scholen in het voortgezet (speciaal) onderwijs en instellingen in het mbo en hoger onderwijs ontvangen in principe testen voor twee weken. Het personeel in het primair en speciaal onderwijs en in de kinderopvang ontvangen testen voor een langere periode. Er is bij de aanbesteding van de betrokken externe partijen voor gekozen omwille van de snelheid en kunde bij bestaande contracten aan te sluiten dan wel te werken met partijen die hier al enige ervaring mee hadden. Dit is niet altijd conform de aanbestedingsregels verlopen.

Distributie van testen
Bij de distributie van zelftesten aan het voortgezet (speciaal) onderwijs en hoger onderwijs in de weken 16 en 17 is nagenoeg 100% voorzien van testen. Nagenoeg alle scholen voor voortgezet (speciaal) onderwijs hebben hun eerste levering testen gehad. Vanwege een vertraging in de levering van één van de leveranciers van zelftesten aan Dienst Testen zijn helaas niet alle scholen in het primair en speciaal onderwijs (en de kinderopvanglocaties op hetzelfde adres als een school) bevoorraad zoals gepland. Op dit moment is ongeveer 50% van de scholen in het primair en speciaal onderwijs voorzien van zelftesten. In week 19 verwachten we dat we 90% van alle scholen voorzien hebben. In week 20 ontvangen alle scholen die de zelftesten nog niet hadden ontvangen of deze nog niet in ontvangst konden nemen, de zelftesten. Met de leveringen in week 19 (10 tot 16 mei) en week 20 (17 tot 23 mei) zal deze achterstand hoogstwaarschijnlijk worden ingehaald.

Start preventief testen leerlingen in het voortgezet onderwijs
De leveringen van zelftesten aan de Dienst Testen verlopen volgens planning. Binnenkort zijn er voldoende los verpakte zelftesten beschikbaar om ook aan leerlingen op vo-scholen de mogelijkheid te bieden om zich thuis preventief te testen. Vanaf 17 mei zullen in twee weken tijd alle vo-scholen worden bevoorraad met genoeg zelftesten om, naast onderwijspersoneel, ook leerlingen preventief te laten testen. Scholen kunnen vanaf het moment dat zij de testen binnen hebben, starten met het verstrekken van de zelftesten aan leerlingen. Het preventief testen zal naast het risicogericht testen, zoals hierboven beschreven, worden ingevoerd. Hiermee worden de mogelijkheden voor het gebruik van zelftesten op scholen dus uitgebreid. Scholen kunnen risicogericht testen blijven inzetten wanneer er een besmetting is op school. Dit doen zij na afstemming met de GGD.

Met het invoeren van preventief testen voor leerlingen werkt het kabinet verder aan het openstellen en open houden van het onderwijs. De preventieve inzet van zelftesten leidt tot een kleinere kans op uitbraken en minder leerlingen die onderwijs missen omdat zij in quarantaine zitten. Hierbij benadrukken we dat testen altijd vrijwillig is. Leerlingen die niet meedoen aan het testen mogen op geen enkele manier uitgesloten worden van onderwijs.

Start distributie kinderopvang
Op 3 mei jl. is de distributie van de zelftesten voor de kinderopvangsector (dagopvang en BSO) voor het kinderopvangpersoneel dat niet werkzaam is op een locatie in een schoolgebouw gestart. Voor de distributie van de zelftesten is uitgegaan van de contact- en adresgegevens van kinderdagopvangorganisaties zoals bekend bij DUO. Op dit moment is ruim 90% van de kinderdagopvangorganisaties van zelftesten voorzien. Aan de

kinderdagopvangorganisaties is gevraagd om de interne distributie naar hun verschillende opvanglocaties te verzorgen. De hoeveelheid geleverde zelftesten voor het kinderopvangpersoneel is gebaseerd op een inschatting op basis van de anoniem cijfers die bekend zijn bij DUO en het pensioenfonds. Het kan zijn dat kinderopvangorganisaties te veel of te weinig zelftesten hebben ontvangen. Kinderopvangorganisaties is gevraagd de zelftesten zo goed als mogelijk en naar eigen inzicht te verdelen onder het personeel. Bij ongeveer 9% van de kinderopvanglocaties is de aflevering van de zelftesten nog niet geslaagd, bijvoorbeeld omdat er niemand aanwezig was op het moment van levering of omdat de (bij DUO openbaar geregistreerde) adresgegevens niet actueel zijn. De betreffende organisaties zullen zo snel mogelijk opnieuw worden benaderd voor de levering van zelftesten.

In de stand van zakenbrief van 23 maart jl. heb ik aangegeven dat er gekeken wordt of het (mede afhankelijk van de hoeveelheid beschikbare zelftesten) mogelijk is om ook de gastouderopvang van zelftesten te voorzien (Kamerstuk 25 295, nr. 1063). Inmiddels is duidelijk dat de preventieve inzet van zelftesten ook mogelijk is voor de gastouderopvang. De zelftesten voor de gastouders worden vanaf deze week geleverd op het opvangadres van de gastouders. Gastouders die geen gebruik willen maken van de zelftesten konden zich hiervoor afmelden. Dit heeft ca. 3% van de gastouders gedaan. Bij de levering van de zelftesten en communicatie richting kinderopvangorganisaties en gastouders trekken we nauw samen op met de brancheorganisaties voor de kinderopvang en gastouderopvang.

Stand van zaken mbo en ho
Voor (de meeste) studenten en medewerkers in het hoger onderwijs is sinds 5 mei een portaal[14] ingericht, waar zelftesten kosteloos kunnen worden aangevraagd en thuisbezorgd. Studenten en medewerkers loggen in bij het portaal met de gegevens van hun instelling. SURF zorgt onder verantwoordelijkheid van OCW voor het inkopen van voldoende capaciteit voor de distributie van zelftesten via het landelijke portaal, zodat er zo snel mogelijk voldoende testen bezorgd kunnen worden bij studenten en medewerkers. Er is een formeel aanbestedingstraject gestart voor de distributie van grote aantallen testen via het portaal. De definitieve gunning hiervan is voorzien voor medio juni 2021. Omdat al begin mei gestart moest worden met de distributie is het niet mogelijk gebleken om alle formele aanbestedingsprocedures tijdig te doorlopen. In de tussentijd is daarom onderhands een opdracht verstrekt om de distributie te verzorgen. Dit leidt tot een onrechtmatigheid op artikel 7 (wetenschappelijk onderwijs) van de OCW-begroting. Het alternatief was de distributie van zelftesten via de onderwijsinstelling. Deze wijze van distribueren werd door een groot aantal onderwijsinstellingen als moeilijk uitvoerbaar beschouwd. Met het inrichten van het portaal kan de doelgroep beter worden bediend en kan de verspreiding van zelftesten worden vergemakkelijkt. Enkel distributie via instellingen zou daarom hoogst onwenselijk zijn gelet op het doel van het zelftesten, o.a. het meer zicht krijgen op de verspreiding van het coronavirus, de bestrijding daarvan en het voorkomen van verdere (leer-)achterstanden. De onderhandse opdracht heeft ertoe geleid dat er vanaf 5 mei gratis verzending van zelftesten naar het huisadres mogelijk is voor een zeer grote groep studenten en medewerkers in het hoger onderwijs.

Studenten en medewerkers die niet kunnen inloggen op het portaal, kunnen via hun onderwijsinstelling zelftesten krijgen. Vanaf medio mei zullen de eerste scholen in het middelbaar beroepsonderwijs (hierna:

[14] Te raadplegen via www.zelftestonderwijs.nl

mbo) de eerste testen op de instelling geleverd krijgen. Vanaf begin juni zullen ook de studenten en medewerkers van de deelnemende mbo-scholen toegang krijgen tot het aanvraagportaal.

Tot slot benadrukt het kabinet dat een negatieve testuitslag geen voorwaarde mag zijn voor toegang tot een onderwijsinstelling. Het betreft hier een extra instrument om een veiligere werk- en studeeromgeving te creëren.

Ontwikkeling Digital Green Certificate

Op 17 maart jl. heeft de Europese Commissie een concept verordening uitgebracht voor een kader waarin de afgifte, de verificatie en de acceptatie van vaccinatie-, test- en herstelcertificaten wordt beschreven. Dit concept wordt het Digital Green Certificate (hierna: Digitaal Groen Certificaat (DGC)) genoemd. Het doel ervan is om het vrije verkeer van personen tussen lidstaten te ondersteunen. Momenteel wordt vanuit het Europees voorzitterschap onderhandeld over de verordening. Verwacht wordt dat de verordening eind juni van kracht wordt. Er zal daarna een korte overgangsperiode geboden worden voor de implementatie op nationaal niveau.

Vanaf dat moment, zullen lidstaten verplicht worden om kosteloos vaccinatie-, test- en herstelbewijzen uit te geven aan burgers die hier om vragen. Echter, of lidstaten ook versoepelingen van maatregelen toekennen aan reizigers die, zoals bijvoorbeeld uitzondering op de quarantaine, is aan de lidstaten zelf en wordt niet via de verordening geregeld. Vooruitlopend hierop, heb ik ervoor gekozen dat het technisch via de CoronaCheck app mogelijk wordt om, net zoals bij het Digitaal Groen Certificaat, op drie manieren een certificaat te verkrijgen. Een certificaat kan verkregen worden met een negatieve test, een vaccinatiebewijs of een eerdere positieve test na doorgemaakte infectie. Alle drie de opties worden ook beschikbaar als papieren toegangs- en testbewijs. Zo sluit het kabinet technisch goed aan bij de plannen van de EU om deze zelfde drie bewijzen in te zetten voor een reisbewijs in het Digitaal Groen Certificaat. De komende weken vraag ik het OMT om een advies te geven over of, en zo ja onder welke epidemiologische voorwaarden, het niet meer nodig is om mensen na een doorgemaakte infectie te testen voor toegang. Daarnaast zal het kabinet dan, na advies van de Gezondheidsraad over de rol van vaccinatie bij de transmissie van het virus, een besluit nemen over het eventueel toevoegen van de vaccinatiestatus, zodat ook mensen die gevaccineerd zijn zich niet meer hoeven te laten testen voor toegang. In mijn brief van 4 mei jl. heb ik dit besluitvormingstraject en de afhankelijkheden daarin geschetst.[15]

Vanwege Europese wetgeving zal er gelijke behandeling gelden van alle Europese burgers. Dit betekent, dat als in Nederland besloten wordt dat op basis van een herstelbewijs zonder verdere test, toegang verleend kan worden aan een evenement, dit niet alleen zal gelden voor Nederlandse burgers, maar ook voor Europese toeristen die een herstelbewijs, uitgegeven in een ander Europees land, in hun Digitaal Groen Certificaat kunnen tonen.

[15] Kamerstuk 25 295, nr. 1176.

(Begeleid) zelftesten

Stand van zaken zelftesten

In de stand van zakenbrief van 13 april jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over de stand van zaken rondom het zelftesten (Kamerstuk 25 295, nr. 1105). Op dit moment hebben zes leveranciers van antigeentesten een ontheffing verkregen, waarmee zij een antigeen-sneltest als zelftest op de Nederlandse markt mogen brengen. Doel van de ontheffingsprocedure was om zelftests (versneld) beschikbaar te maken, onder meer om te kunnen gebruiken voor preventief en risicogericht zelftesten in het onderwijs. Inmiddels zijn zelftests breed verkrijgbaar en worden ze ook in het onderwijs ingezet.

Ik constateer ook dat zelftests in de afgelopen weken steeds betaalbaarder geworden zijn. Bij een aantal supermarktketens en warenhuisketens zijn zelftests voor enkele euro's per stuk verkrijgbaar. Het besluit om tijdelijk geen btw te heffen op de levering van zelftestkits draagt hieraan bij (Fiscale tegemoetkomingen naar aanleiding van de coronacrisis, besluit van 13 april 2021, nr. 2021-71082[16]). Hiermee zijn zelftests ook voor mensen met een smalle beurs bereikbaar geworden. Voor mensen die in armoede leven kan ook dit relatief kleine bedrag een grote drempel vormen. De motie van de leden Segers en Paternotte[17] heeft het kabinet verzocht om te onderzoeken hoe zelftesten voor deze groep beschikbaar gemaakt kunnen worden. Ik onderschrijf het belang hiervan. De afgelopen tijd heb ik ook met deze reden mondkapjes gedoneerd aan het Armoedefonds en Voedselbank Nederland. Daarbij hebben deze partijen hun netwerk benut om de mondkapjes op de juiste plek te krijgen. Ik ben voornemens dit netwerk opnieuw voor de zelftesten te benutten. Hiermee voldoe ik aan de motie Segers en Paternotte om te onderzoeken wat er nodig is om gratis zelftests ter beschikking te stellen aan sociale minima en de Kamer hierover zo snel mogelijk te informeren.

Bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport komen verschillende signalen binnen dat er zelftests verkocht worden die geen ontheffing hebben. Ook worden veel vragen gesteld over de verschillen in kwaliteit tussen de zelftests met een ontheffing, met name vanwege de prijsverschillen tussen de zelftests. Ik wil benadrukken dat voor alle zelftests met een ontheffing geldt dat zij een uitgebreid dossier hebben moeten aanleveren dat onder meer door het RIVM beoordeeld is. Hierbij is onder meer gekeken naar de kwaliteit van de test en het gebruiksgemak. In aanvulling hierop verwacht ik dat de komende tijd ook zelftesten op de markt zullen komen die hiertoe door een keuringsinstantie (notified body) zijn goedgekeurd. Van al deze testen is geconstateerd dat ze goed geschikt zijn om als zelftest te gebruiken. Het verkopen van andere zelftests is niet toegestaan en de kwaliteit en veiligheid ervan is ook niet vastgesteld. Ik raad het gebruik van deze testen af. Op de website van de rijksoverheid is altijd een actuele lijst te vinden van zelftesten die op de markt zijn toegelaten.

Op basis van signalen heeft de inspectie middels een aantal proefaankopen onderzoek gedaan naar de zelftesten die nu beschikbaar zijn. Daarbij zijn een aantal tekortkomingen aan de verpakking en bijsluiters geconstateerd. Dit heeft tot een aantal aanbevelingen geleid. Daarnaast doet de IGJ de oproep aan verkooppunten die testen aangeboden krijgen die niet als zelftest zijn toegestaan om dit bij de inspectie te melden via het Landelijk Meldpunt Zorg. Met een aantal koepelorganisaties van

[16] Stcrt. 2021, nr. 19870.
[17] Kamerstuk 25 295, nr. 1120

verkopende partijen ben ik in gesprek om te bekijken hoe de aanbevelingen opgevolgd kunnen worden.

Het OMT heeft in het 110e advies geadviseerd over de implementatie van zelftesten. Daarbij is geadviseerd om het huidige beleid van hertesten bij een positieve zelftestuitslag voorlopig te handhaven, maar wel twee aanpassingen mogelijk te maken. Een uitvoeringstest moet uitwijzen of het mogelijk is om een positieve zelftest online te registreren bij de GGD. Het RIVM en GGD GHOR-Nederland werken aan een website of folder om personen die zelf snel het bron- en contactonderzoek willen opstarten, handvatten te geven.

Inkoop zelftesten

In mijn stand van zakenbrief van 13 april jl. heb ik aangegeven dat ik de Dienst Testen opdracht heb gegeven bij vijf partijen – waar zij reeds een raamovereenkomst mee heeft voor de aankoop van antigeentesten voor professionele afname – een order voor zelftesten te plaatsen zodat er voldoende testen beschikbaar zijn voor het onderwijs (po, vo, mbo, hbo en wo.), vooruitlopend op de CE-ontheffing. Inmiddels is voor drie van de vijf partijen een ontheffing verleend en is een deel van de testen ook al geleverd. Aan twee partijen is inmiddels een CE-certificaat verleend waarmee een notified body haar goedkeuring heeft gegeven voor het gebruik van de antigeentest als zelftest.

Ook heb ik in mijn vorige brief aangegeven dat ik aanvullende orders heb geplaatst bij de twee partijen die reeds een ontheffing hadden ontvangen. Hiervoor is gekozen omdat toentertijd bij drie partijen de ontheffingen nog niet waren verleend en de te gebruiken testen lager uitvielen waardoor een tekort aan sneltesten dreigde voor het onderwijs. Omdat er, ondanks die extra order, alsnog een tekort bleek te ontstaan voor het onderwijs heb ik nog een extra order geplaatst bij twee andere en tevens nieuwe partijen die op dat moment net een ontheffing hadden gekregen. Door bij deze partijen in te kopen, verdelen we de orders vooruitlopend op de aanbesteding zo gelijkwaardig mogelijk over de partijen met een ontheffing. Vanwege de spoedvraag konden hiervoor de aanbestedingsregels niet gevolgd worden. Op dit moment wordt een aanbesteding voorbereid zodat ook bij andere partijen aan wie een CE-certificaat of een ontheffing daarvoor wordt verleend, zelftesten door Dienst Testen ingekocht kunnen worden.

Toezicht op zelftesten

De IGJ heeft vrijdag 30 april jl. een signalering gepubliceerd naar aanleiding van haar toezicht op zelftesten[18]. Dit document is gebaseerd op een inventarisatie die tussen 24 maart 2021 en 21 april 2021 is uitgevoerd. De inspectie heeft zich in deze publicatie beperkt tot antigeentesten, die de aanwezigheid van het coronavirus kunnen aantonen, bestemd voor rechtstreekse verkoop aan consumenten.

Bij de introductie van de zelftest kwam in hoog tempo een grote verscheidenheid aan verpakkingen op de markt. De inventarisatie bestaat uit de analyse van signalen die IGJ in deze periode heeft ontvangen waarbij onderzoek is gedaan door verschillende zelftesten aan te schaffen en de bijsluiter en de test te controleren. Ook zijn relevante social media berichten in deze periode geanalyseerd en is er gesproken met het Centraal Bureau Drogisterijbedrijven (CBD), de Koninklijke Nederlandse

[18] Bijlage Kansen en risico's van zelftesten op het coronavirus. Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) en het Centraal Bureau Levensmiddelen. Niet altijd voldeden die verpakkingen aan de eisen. Ook was de communicatie over wanneer een zelftest gebruikt zou moeten worden nog niet helemaal op orde.

De aanbevelingen van IGJ zien toe op de wenselijkheid van single packs, het voldoen aan de verpakkingseisen en de bijsluiter, de communicatie rondom het gebruik van de zelftest in de praktijk, beter overzicht van de producten (zelftesten) die een ontheffing hebben gekregen en meer duidelijkheid over de verantwoordelijkheden die wederverkopers hebben.

Validatie van antigeentesten

Tijdens het wetgevingsoverleg over de Tijdelijke wet testbewijzen COVID-19 (Kamerstuk 35 807) heb ik het lid Van Haga (FvD) de toezegging gedaan om inzicht te geven in de uitkomsten van validatiestudies naar de betrouwbaarheid van antigeentesten. Het RIVM verzamelt de evaluatietrajecten bij verschillende laboratoria in een overzicht dat periodiek wordt bijgewerkt en op de website van de RIVM te vinden is[19]. In aanvulling hierop verzamelt ook de Europese Commissie validatiegegevens vanuit de verschillende lidstaten. Op basis van deze validatiegegevens is de Europese Commissie tot een lijst gekomen van antigeentesten die aan bepaalde minimale voorwaarden voldoen en waarvan de uitslagen tussen lidstaten erkend worden[20]. Hiermee voldoe ik aan de toezegging aan het lid van Haga.

Governance Test- en Traceerketen

Vanaf januari 2021 zijn veel workflows voor moleculaire diagnostiek van SARS-Cov-2 geïmplementeerd en gecontroleerd op prestatie door het RIVM. Omdat de panelen waar de prestaties mee werden gecontroleerd in het verleden niet allemaal gelijk waren, de kwaliteitschecks onvolledig waren geïmplementeerd, er veel laboratoria sindsdien zijn aangesloten bij het netwerk van laboratoria die SARS-Cov-2 diagnostiek uitvoeren en omdat het belangrijk is om de prestaties van het gehele netwerk regelmatig te controleren is de Landelijke «External Quality Assessment» (LEQA) opgezet door het RIVM, het Erasmus MC en Dienst Testen. De uitkomsten van de tweede ronde LEQA zijn bekend. 148 laboratoria hadden een 100% score en presteren optimaal. 18 laboratoria scoorden net geen 100% en hebben kleine aanpassingen te maken. 16 laboratoria hebben verbeteringen door te voeren in hun werkwijze. Vergeleken met de eerste ronde LEQA zijn er geen grote verschillen waargenomen. RIVM, Erasmus MC en Dienst Testen concluderen dat deze resultaten aantonen dat de kwaliteit van de Nederlandse diagnostische keten goed is en dit netwerk betrouwbaar is. De grote variëteit aan gebruikte materialen heeft geen negatief effect op de kwaliteit van de keten. Wel geeft het veel flexibiliteit in tijden van schaarste van materiaal en vergroot het de kans om toekomstige virusmutaties van SARS-Cov-2 te identificeren[21].

In de LCT is de verwachtte testvraag prognose besproken voor heel 2021. Hieruit is naar voren gekomen dat de verwachting is dat het aantal testafnames gaat afnemen vanwege verschillende factoren. In de eerdere vraagprognose was rekening gehouden met een grote toename in testen vanwege het grootschalig risico gericht testen en het grootschalig testen

---

[19] https://lci.rivm.nl/antigeensneltesten

[20] https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/preparedness_response/docs/covid-19_rat_common-list_en.pdf

[21] BijlageEQA of Laboratories Performing SARS-CoV-2 Diagnostics for the Dutch Population – February 2021. Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

in het PO en VO. Hoewel we de afgelopen maanden een toename hebben gezien in testvraag bij kinderen in de categorie 4–12 jaar, was deze groter ingeschat. Daarnaast worden de zelftesten momenteel uitgerold in het PO en VO en is daardoor de verwachting dat de testvraag bij de GGD'en lager wordt. De testvraagprognose is daarom t.o.v. de eerdere vraagprognose naar beneden bijgesteld. De huidige verwachting is dat in de maanden juli en augustus ca. 90.000 testen per dag nodig zijn, september en oktober ca. 100.000 en daarna loopt het nog op tot ca. 120.000 testen in december 2021. Hierin wordt rekening gehouden met ca. 20% overcapaciteit. De eerdere en de nieuwe vraagprognose hebben als basis de prognose van de luchtweginfectie klachten van het RIVM. Het effect van vaccineren is nog onvoldoende meegenomen in deze testvraagprognose. Wanneer meer informatie bekend is over wat het effect gaat zijn van vaccineren op de verwachtte testvraag zal de testvraagprognose nogmaals worden herzien. Op basis van deze bijgestelde testvraag zal de testcapaciteit voor de GGD'en en Dienst Testen worden ingekocht en bijgesteld.

Sequencing

Volgens berekeningen van het RIVM zal de minimale sequence capaciteit landelijk – voor kiemsurveillance en voor andere doeleinden (zoals bij het testen van reizigers uit risicogebieden, bij uitbraakonderzoeken en BCO) – ongeveer 2.250 sequenties per week moeten zijn vanaf eind april jl. Momenteel analyseert alleen het RIVM al wekelijks 1700–2000 monsters uit de willekeurige steekproeven van de kiemsurveillance en voor andere doeleinden. Ook zijn er steeds meer andere laboratoria betrokken, die sequentie-analyses uitvoeren voor kiemsurveillance en voor andere doeleinden. Het aantal laboratoria wordt nog verder uitgebreid. Daarmee wordt de eerdergenoemde doelstelling van 2.250 sequenties per week, op kleine afwijkingen na, zo goed als gehaald. Hiermee voldoe ik aan de toezeggingen aan uw Kamer om u te informeren over en het bereiken van de gestelde sequence-capaciteit.

Labcontracten

Zoals vermeld in de stand van zakenbrief van 13 april jl., is in december 2020 besloten dat de Dienst Testen – per 1 januari 2021 – de afspraken van regionale GGD'en met MML's in het kader van PCR-testen overneemt. De schriftelijke vastlegging van de overeenkomsten hiertoe worden nu voorbereid en zullen met terugwerkende kracht ingaan per 1 januari 2021. Bij de besluitvorming hierover is, mede op verzoek van de GGD'en, besloten dat de Dienst Testen daarbij ook de reeds bestaande ondersteuning door laboratoria bij het uitvoeren van antigeentesten in GGD-teststraten zou meenemen. Aanvankelijk was besloten om dit alleen te doen voor de (X)L-testlocaties. De Dienst Testen dient hiervoor aparte contracten af te sluiten. Vanuit de GGD GHOR is de wens geuit om ook voor de reguliere testlocaties met een bepaalde testcapaciteit laboratoria te contracteren voor de ondersteuning bij de uitvoering van antigeentesten, om de kwaliteit van de afname te waarborgen. Op basis hiervan heb ik de opdracht aan de Dienst Testen verbreed, waardoor ook de ondersteuning van reguliere testlocaties met een bepaald minimaal volume bij de uitvoering van antigeentesten wordt meegenomen in de contractering met laboratoria. De verbreding van de opdracht, en daarmee de af te sluiten contracten, past momenteel binnen de bestaande middelen. Met de contractering worden in eerste instantie bestaande contracten en afspraken tussen GGD'en en laboratoria overgenomen. Deze contractering loopt t/m 15 juli aanstaande. Voor de periode daarna wordt momenteel een aanbesteding voorbereid door de Dienst Testen.

Bron- en contact onderzoek

De BCO-capaciteit van de GGD'en en GGD GHOR Nederland is volledig opgeschaald. 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 5.600 volledig BCO zonder monitorgesprekken. Op dit moment voeren 4 GGD'en volledig BCO uit of volledig BCO zonder monitorgesprekken op dag 5 en dag 10, 13 GGD'en doen risico gestuurd BCO waarbij hoog risico indexen worden opgevolgd met volledig BCO en 3 GGD'en doen risicogestuurd BCO waarbij intensieve indexgesprekken plaatsvinden en 5 GGD'en voeren «lean» BCO uit, waarbij de index zelf de contacten inventariseert en informeert. De focus ligt daarbij vooral op het bronnonderzoek.

Feiten en Cijfers over Testen en Traceren

Tabel 1. Feiten en cijfers Testen en Traceren week 16–18

Indicator	Week 16	Week 17	Week 18
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen (GGD-testlocaties en klinische testen)[1] *	535.549 totaal per week 76.507 gemiddeld per dag	454.650 totaal per week 64.950 gemiddeld per dag	395.556 totaal per week 56.508 gemiddeld per dag
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen alleen bij de GGD testlocaties[1]	489.797 testen per week 69.971 gemiddeld per dag	410.515 testen per week 58.645 gemiddeld per dag	354.165 testen per week 50.595 gemiddeld per dag
Percentage sneltesten van het totaal aantal afgenomen testen bij de GGD[1]	18,6%	19,9%	21,2%
Het aantal meldingen positieven en percentage positieve testresultaten[2]	55.097 meldingen bij het RIVM 51.419 positieven uit de GGD-testlocaties 10,6% positieven in GGD-testlocaties	52.087 meldingen bij het RIVM 48.102 positieven uit de GGD-testlocaties 11,7% positieven in GGD-testlocaties	47.108 meldingen bij het RIVM 43.351 positieven uit de GGD-testlocaties 12,3% positieven in GGD-testlocaties
Aantal en percentage opgestarte en afgeronde BCO[2]	88,9% van de contactinventarisaties i.k.v.h. BCO is uitgevoerd, 50.048 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen i.v.m. duur van het BCO.	86,0% van de contactinventarisaties i.k.v.h. BCO is uitgevoerd, 43.877 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen i.v.m. duur van het BCO.	90,9% van de contactinventarisaties i.k.v.h. BCO is uitgevoerd, 42.911 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[3]	57% (meting 20 april–25 april)	57% (meting 20 april–25 april)	57% (meting 20 april–25 april)
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en de testafname[1]	17,1 uur	18,1 uur	17,8 uur
Gemiddelde tijd tussen de testafname en testuitslag[1]	16,6 uur	16,0 uur	14,0 uur
Gemiddelde tijd tussen inplannen testafspraak en testuitslag[1]	33,6 uur	34,1 uur	31,7 uur
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en testuitslag voor prioritair testen (zorgpersoneel en onderwijs via GGD-testlocaties)[1]	28,7 uur	29,7 uur	30,3 uur

[1] Bron: CoronIT en Dienst Testen lab-uitvraag (11/05/2021).
[2] Bron: Epidemiologische situatie Nederland, RIVM (11/05/2021).
[3] Bron: Trendonderzoek RIVM via https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/trendonderzoek/naleving-van-en-draagvlak-voor-basis-gedragsregels

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

Digitale Ondersteuning Test- en Traceerketen

Gebruik lichaamsmateriaal voor onderzoek

In mijn stand van zakenbrieven van 23 februari jl. en 23 maart jl. (Kamerstuk 25 295, nrs. 995 en 1063) heb ik uw Kamer naar aanleiding van de motie van het lid Azarkan geïnformeerd over het juridisch kader rondom het vragen van toestemming voor het gebruik van lichaamsmateriaal na een coronatest voor onderzoeksdoeleinden[22]. In de afgelopen periode zijn gesprekken gevoerd tussen het Ministerie van VWS, de GGD'en, Dienst Testen, het RIVM en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra over een uitvoering die tegemoetkomt aan de wens van de indiener en tegelijkertijd het best uitvoerbaar is. Hierbij moet immers een zorgvuldige afweging gemaakt worden in wat vanuit het perspectief van de burger, de wetenschap en de uitvoering het meest wenselijk is en waarbij het belang van een adequate bestrijding van de pandemie niet in het geding komt.

Onderzoek dat cruciaal is voor de bestrijding van de pandemie kan op grond van de Wet publieke gezondheid zonder toestemming uitgevoerd worden. Het gaat bijvoorbeeld om de kiemsurveillance en het sequencen van een deel van de positieve samples om een beeld te krijgen van circulerende virusvarianten. Voor overige Covid-19 gerelateerde onderzoeken met testmateriaal dienen burgers toestemming te geven. Met de betrokken partijen geconstateerd dat het vanuit het perspectief van de burger en de wetenschap het meest wenselijk is om de toestemming zo vroeg mogelijk te vragen. Bij voorkeur op het moment dat iemand een testafspraak maakt. Daarbij is het van belang dat de burger goede informatie krijgt op basis waarvan een keuze gemaakt kan worden om al dan niet toestemming te verlenen. Deze informatie is best complex, omdat uitgelegd moet worden dat de toestemmingsvraag niet gaat over alle typen van onderzoek.

Testafspraken kunnen telefonisch of online worden gemaakt. Om de belasting van het callcenter te minimaliseren en te borgen dat mensen voldoende tijd kunnen nemen om een afweging te maken, is met de GGD'en afgesproken om alleen mensen die een afspraak maken via het digitale kanaal actief te vragen om toestemming. Daarbij wordt de vraag voorgelegd of zij akkoord gaan met het verstrekken van lichaamsmateriaal voor wetenschappelijk onderzoek naar Covid-19 en aan Covid-19 gerelateerde aandoeningen. Hoewel het dan gaat om een beperkt deel van alle testafspraken is het gezien het aantal dagelijkse testafspraken de verwachting dat er hiermee voldoende materiaal voor onderzoek beschikbaar blijft. Het implementeren vereist een ICT-aanpassing. GGD-GHOR Nederland is druk doende met verschillende implementaties en zal haar best doen deze implementatie deze zomer mogelijk te maken. Hiermee voldoe ik aan de motie Azarkan en voldoe ik aan de toezegging aan uw Kamer om u te informeren over hoe «vooraf» toestemming gevraagd kan worden.

[22] Kamerstuk 27 529, nr. 242.

Reactie op de Gateway Review

Zoals ik uw Kamer eerder meldde[23], is naar aanleiding van de datadiefstal bij de GGD'en begin dit jaar vanuit de Regiegroep DOTT een verbeterplan fase 1 opgesteld om de meest acute risico's in de test- en traceerketen te mitigeren. Op 6 maart 2021 heeft het Gateway Reviewteam een eerste reflectie opgeleverd op dit verbeterplan. In mijn brief van 23 maart jl. informeerde ik uw Kamer over de resultaten van deze reflectie en de appreciatie hiervan van de Regiegroep DOTT. Het reflectierapport, genaamd de kracht van diversiteit, concludeerde dat de op risicomitigatie gerichte korte termijn interventies van het verbeterplan[24] lijken te worden gerealiseerd, maar dat de resultaten daarvan op zichzelf onvoldoende basis vormen voor de middellange en lange termijn. De maatregelen voor de middellange en lange termijn zijn fundamenteel van aard en vragen om een navenante aanpak, denkwijze en besturing, aldus het reflectierapport.

In de week van 29 maart 2021 is een Gateway Review uitgevoerd. Deze Review vormde de tweede stap in de gefaseerde evaluatie en toetsing, waarbij de verhouding tussen het korte en het middellange en lange termijn perspectief aan de orde kwam. Daarbij lag het accent op aanpak, ketenbrede acties en rolverdeling van ketenpartners die nodig zijn om tot een duurzame ketensamenwerking te komen. Het reviewteam heeft daarvoor de volgende vragen meegekregen:

- In hoeverre zijn de huidige aanpak en maatregelen voor de korte termijn passend en in lijn met de uitgangspunten en randvoorwaarden voor het programma dat moet leiden tot de lange termijn/structurele oplossing voor de ketensamenwerking?
- Welke ketenbrede acties en rolverdeling van de ketenpartners voorziet het Review-team om te komen tot een duurzame en stabiele test- en traceerketen?

Het signaal als eindoordeel van de Gateway Review is duidelijk: code oranje-rood. Dat betekent in Gateway termen dat er dringende maatregelen nodig zijn om knelpunten weg te nemen en invulling te geven aan de middellange en lange termijn aanpak (na verbeterplan fase 2).

Ten aanzien van de huidige aanpak en maatregelen voor de korte termijn (verbeterplan fase 1 en 2) onderstrepen de uitkomsten van deze Review de eerdere conclusie van het reflectierapport dat deze toereikend lijken, maar dat daarbij voortdurende aandacht en scherpte in de resultaatbewaking nodig is en blijft. Ten aanzien van de middellange en lange termijn aanpak adviseert het rapport om de bestuurlijke samenwerking en dialoog te versterken, met daarbij de focus op het organiseren van het voorliggende data- en informatievraagstuk, teneinde een adequate gezamenlijke informatievoorziening te realiseren. Voorwaarde hiervoor is een herschikking van de programmaorganisatie, zodanig dat alle partijen in staat zijn om daarin hun rol in te nemen. Een scheiding tussen de organisatie van de crisisbestrijding op de korte termijn en de middellange en lange termijn oplossingen acht het Review-team hierbij van wezenlijk belang.

Ik herken me in de aanbevelingen die het Review-team doet voor de korte termijn en ervaar deze als steun in de rug voor de huidige koers. Deze aanbevelingen zal ik samen met de betrokken ketenpartners omzetten in het verbeterplan fase 2. Ook ten aanzien van de middellange en lange termijn herken ik me in het geschetste beeld. De onderwerpen neem ik

[23] Kamerstuk 25 295, nr. 995.
[24] Kamerstuk 25 295, nr. 995

uitgebreid mee in de gesprekken met het veld. Als eerste stap zal ik met bestuurlijke partners de komende tijd verkennen welke maatregelen en aanpak het beste resulteren in het door de Gateway Review beoogde effecten. De in het rapport aanbevolen scheiding tussen de organisatie van de crisisbestrijding op de korte termijn en de verbetering van de test- en traceerketen op de middellange en lange termijn neem ik hierbij ter harte. Met dit onderscheid bereik ik een gepast tempo van verbeteren en verder verstevigen van het fundament en draag ik bij aan de rust en ruimte voor de benodigde regie op het middellange en lange termijn traject.

Hieronder zal ik op de aanbevelingen uit het rapport van de volledige Review van 6 april jl. nader ingaan. Ik maak daarbij onderscheid in korte en middellange en lange termijnperspectief, indachtig de aanbevolen scheiding in het rapport.

Korte termijn perspectief
De volgende aanbevelingen (1 en 4) hebben in het bijzonder betrekking op de korte termijn:

> *Aanbeveling 1 (code essentieel, onderneem binnenkort actie): Ga door met het mitigeren van de risico's in de informatievoorziening van de test- en traceerketen en versterk de regie en voortgangsbewaking voor alle onderdelen die hiertoe behoren.*
>
> *Aanbeveling 4 (code kritiek, onderneem onmiddellijk actie): Bepaal opnieuw de rol, de scope en casting van het DOTT en richt deze op de korte termijn crisisbeheersing.*

Op basis van deze aanbevelingen heb ik besloten om vanuit de huidige Regiegroep DOTT krachtig door te gaan met het neerzetten en uitvoeren van een verbeterplan fase 2 (de zogenaamde tussenfase met een horizon van 6 maanden), met daarin de volgende zaken:
- Het afhechten van een aantal nog (deels) openstaande activiteiten uit het verbeterplan fase 1 (basis op orde);
- In het verlengde van het eerste punt het opstarten van een beperkt aantal no-regret acties dat, los van middellange en lange termijn perspectief, bedoeld is om de eerder gelegde basis te verstevigen. Het gaat bijvoorbeeld om de implementatie van maatregelen op het gebied van data-, incident- en change management en het uitlijnen van ethische en juridische kaders.

De uitvoering van dit verbeterplan fase 2 plan blijft geschieden vanuit de bestaande Regiegroep DOTT. Daarmee is het voor deze korte termijn acties niet nodig de opdrachtformulering van de regiegroep DOTT te herijken; wel wordt de samenstelling van de Regiegroep bijgesteld en wordt daarmee met name kleiner en slagvaardiger. Na de uitvoering van fase 2 heeft de regiegroep DOTT zijn doel gediend. Ik zal in een later stadium bezien of de Regiegroep DOTT daarna blijft bestaan, en zo ja, met welke opdracht.

Middellange en lange termijn perspectief
De volgende aanbevelingen (2 en 9) roepen op de urgentie te benutten om beter uit deze crisis te stappen, dan toen de crisis begon. Ik onderschrijf deze urgentie. Deze aanbevelingen krijgen derhalve met name hun weerslag in de hiernavolgende maatregelen voor de middellange en lange termijn.

Aanbeveling 2 (kritiek, onderneem onmiddellijk actie): Koppel de agenda van risicomitigatie – en de regie daarop – los van het ontwerp en de realisatie van de lange-termijnoplossing voor de benodigde toekomstvaste data- en informatiehuishouding in het stelsel.

Aanbeveling 9 (aanbevolen, het programma kan voordeel doen met het opvolgen van deze aanbeveling): Gebruik deze crisis als window of opportunity om een structurele verbetering in de data- en informatiehuishouding te realiseren voor het gehele stelsel van de infectieziektebestrijding, waarvan de noodzaak en urgentie breed gevoeld worden.

Voorts gaan de volgende aanbevelingen (3, 5 en 6) over het langere termijnperspectief.

Aanbeveling 3 (kritiek, onderneem onmiddellijk actie): Neem voor het ontwerp, de realisatie en het beheer van de structurele oplossing het data- en IV-perspectief als uitgangspunt. Daarmee wordt aangesloten bij de kracht in de inhoudelijke en professionele samenwerking en wordt de inrichting van de data- en IV-infrastructuur losgekoppeld van de bestuurlijke inrichting van het stelsel. Elke denkbare inrichting van het stelsel heeft immers een gezamenlijk fundament nodig op het gebied van data en informatie.

Aanbeveling 5 (kritiek, onderneem onmiddellijk actie): Organiseer een structurele driehoek VWS-GGD/GHOR-RIVM, die vanuit de inhoud de verantwoordelijkheid krijgt voor de totstandkoming van het gezamenlijk fundament voor de data- en informatiehuishouding voor het stelsel van infectieziektebestrijding.

Aanbeveling 6 (kritiek, onderneem onmiddellijk actie): Beleg de verantwoordelijkheid en het eigenaarschap voor dit proces op strategisch niveau binnen de lijn van de ketenorganisaties.

Op middellange en lange termijn streef ik naar effectieve samenwerking in de gehele keten. Het is geen eenvoudige opgave: zowel de techniek, wet- en regelgeving als de keten zijn in ontwikkeling en stellen kaders en standaarden die goed op elkaar moeten aansluiten. Tegelijkertijd ben ik positief gestemd over de toenemende betrokkenheid van ketenpartijen in het veld om gezamenlijk te werken aan het realiseren van deze samenwerking.

In samenspraak met de bestuurlijke partners (van GGD GHOR Nederland, RIVM en mijn ministerie, aangevuld met voorzitter LCT en voorzitter DOTT) zal ik de komende tijd bezien welke stappen gezet moeten worden om uitvoering te geven aan deze aanbevelingen. Hierbij zal aansluiting worden gezocht met reeds lopende trajecten bij de bestuurlijke partners en binnen het Ministerie van VWS.

De onderstaande aanbevelingen (7 en 8) neem ik ter harte en worden vanzelfsprekend betrokken bij de vervolgaanpak, van zowel de korte termijn (verbeterplan fase 2) als het middellange en lange termijn perspectief.

Aanbeveling 7 (essentieel, onderneem binnenkort actie): Verminder en rationaliseer zoveel mogelijk de hulpstructuren en overleggen die zijn ontstaan tijdens de bestrijding van de pandemie, zodat er tijd, rust en zuurstof ontstaat voor de medewerkers om hun bijdrage optimaal te leveren en zij op hun kracht kunnen worden ingezet.

Aanbeveling 8 (aanbevolen, het programma kan voordeel doen met het opvolgen van deze aanbeveling): Verlaag de belasting voor de betrokken professionals door in dit proces te kiezen voor compacte en kortstondige werkvormen, begeleiding en faciliteiten van hoge kwaliteit, en een setting die deelnemers in staat stelt even los te komen van hun dagelijkse werkpraktijk.

Zoals gezegd zal het verbeterplan fase 2 zich focussen op no regret acties die op de korte termijn de test- en traceerketen verstevigen. Hierbij zal aandacht zijn voor zaken die buiten de scope van de Regiegroep DOTT vallen, maar sterk verweven zijn met deze keten (zoals bijvoorbeeld vaccineren). Alleen door goed zicht te houden op ontwikkelingen buiten de test- en traceerketen, kunnen vroegtijdig gevolgen voor deze keten worden geïdentificeerd en de nodige acties worden ondernomen. De Regiegroep DOTT zal in een herijkte samenstelling de voortgang van alle acties aan mij rapporteren via de LCT. Tegelijkertijd zullen de uitkomsten van bestuurlijke overleggen in samenhang met de reeds lopende trajecten, binnen en buiten mijn ministerie, om de infectieziektebestrijding na deze coronacrisis te verbeteren, worden bekeken. Het middellange en lange termijn traject zal een stapsgewijs en meerjarig proces zijn, waarbij ik niet uitsluit dat het fundamentele veranderingen teweeg zal brengen. Om te komen tot een breed gedragen lange termijn beeld en bijbehorende roadmap, zal het randvoorwaardelijk zijn dat dit gebeurt in afstemming met alle lagen in de betrokken ketenorganisaties. Tijdens deze afstemming zal het vaccineren als belangrijk onderdeel van pandemiebestrijding en toekomstige ketensamenwerking nadrukkelijk aan de orde komen. Over de voortgang van verbeterplan fase 2 en de aanpak van het middellange en lange termijn traject zal ik u in volgende stand van zaken COVID-19 brieven nader berichten.

Tenslotte hecht ik er aan mijn waardering uit te spreken voor de analyse en bijbehorende aanbevelingen van de Gateway Review en de medewerking die alle ketenpartners hebben geleverd om het Gateway onderzoek uit te kunnen voeren.

Audits n.a.v. datadiefstal

Op 2 februari jl. heb ik uw Kamer schriftelijk geïnformeerd over de mogelijke handel in persoonsgegevens bij de GGD[25]. In die brief heb ik uw Kamer toegezegd de verbeteringen rondom de digitale ondersteuning snel te realiseren, door 1) een aantal korte termijnacties, 2) het beschikbaar stellen van expertise, 3) het strakker sturen op het proces, en 4) een externe audit.

Onder verantwoordelijkheid van de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit (LCT) heeft de Regiegroep Digitale Ondersteuning Test- en Traceerketen (DOTT) samen met alle ketenpartijen het verbeterplan fase I «de basis op orde» opgesteld[26]. Dit plan omvat onder andere alle korte termijnacties en de aanbevelingen uit de eerdere risicoanalyse en het KPMG-rapport welke vertrouwelijk ter inzage aan uw Kamer zijn gepresen-

[25] Kamerstuk 27 529, nr. 235.
[26] Bijlage bij Kamerstuk 25 295, nr. 995.

teerd[27 en 28]. Door de regiegroep DOTT en de LCT is er de afgelopen weken gestuurd op het proces van dit verbeterplan. Eerder heb ik uw Kamer in mijn stand van zakenbrief omtrent de digitale ondersteuning van de pandemiebestrijding van 12 februari jl. medegedeeld dat er een expertteam de GGD'en ondersteunt bij dit proces en deze samenwerking voorloopt goed[29].

Ten slotte heb ik toegezegd dat er een audit moest plaatsvinden om te toetsen of de verbeteringen op deze punten ook daadwerkelijk in een verbeterde beveiligingssituatie resulteren. De afgelopen weken heeft Fox-IT een functionele beveiligingstest gedaan en ik heb de rapportage naar aanleiding van dit onderzoek op 28 april ontvangen. Ik doe uw Kamer het rapport separaat vertrouwelijk ter inzage toekomen.

Het onderzoek van Fox-IT heeft ingezoomd op acties uit het verbeterplan dat betrekking heeft op de systemen CoronIT en HPZone (Lite):

1. Gebruik en toegang van HPZone (Lite) beperken tot een selecte groep specialisten.
2. Print- en Exportfunctie van HPZone (Lite) uitschakelen.
3. Printfunctie van CoronIT is uitgeschakeld en de toegang en zoekmogelijkheden zijn beperkt.
4. Zoekmogelijkheden HPZone (Lite) zijn beperkt.
5. Er zijn geautomatiseerde controles op het gebruik van HPZone (Lite).
6. Er zijn geautomatiseerde controles op het gebruik van CoronIT.
7. HPZone (Lite) wordt door externe IT deskundigen verder doorgelicht.

Het rapport stelt dat het niet meer mogelijk is om de print- en exportfunctionaliteit vanuit HPZone (Lite) te gebruiken. Tevens is het niet meer mogelijk om de printfunctionaliteit van CoronIT te gebruiken. CoronIT had geen exportfunctie. Wel stelt het rapport dat het aantal medewerkers dat toegang heeft tot HPZone verder beperkt kan worden. GGD-GHOR Nederland meldt mij dat hier actie op wordt ondernomen. Verder geeft Fox-IT aan dat de logging, die afwijkend gedrag kan signaleren, is verbeterd. Het Security Operations Center (SOC), dat is ingericht om controle op het gebruik van HPZone (Lite) en CoronIT te kunnen monitoren, ontvangt geautomatiseerd signalen. GGD-GHOR Nederland heeft aangegeven dat de verwerking van deze signalen nog verder geautomatiseerd wordt.

Ik acht het van belang dat GGD GHOR Nederland stappen zet ter vervanging van HPZone (Lite), zoals eerder aangekondigd. GGD-GHOR Nederland heeft inmiddels een aantal externe deskundigen HPZone (Lite) laten doorlichten, waarbij de kwaliteit van het ontwikkelproces, de onderliggende databases, de data queries en het datamodel zijn doorgelicht. De uitkomsten van deze doorlichting waren een directe aanleiding voor de Directeuren Publieke Gezondheid (DPG) om onlangs gezamenlijk het besluit te nemen om HPZone (Lite) te vervangen.

De vervanging van HPZone Lite is inmiddels in gang gezet. GGD Contact zal HPZone (Lite) vervangen in de bestrijding van de pandemie. GGD Contact wordt onder verantwoordelijkheid van het Ministerie van VWS gebouwd en wordt door de GGD'en geïmplementeerd. GGD Contact wordt stapsgewijs ingevoerd en het gebruik van HPZone (Lite) wordt stapsgewijs uitgefaseerd. Er is een stuurgroep samengesteld waarin de GGD'en, GGD GHOR Nederland en het RIVM zitting hebben. Over de voortgang informeer ik uw Kamer in een volgende voortgangsbrief.

---

[27] Kamerstuk 27 529, nr. 252.
[28] Kamerstuk 27 529, nr. 260.
[29] Kamerstuk 27 529, nr. 258.

Hiermee voldoe ik aan de toezegging aan uw Kamer om in te gaan op de aanpak en inrichting van het tijdelijke beheer ter vervanging van HPZone (Lite).

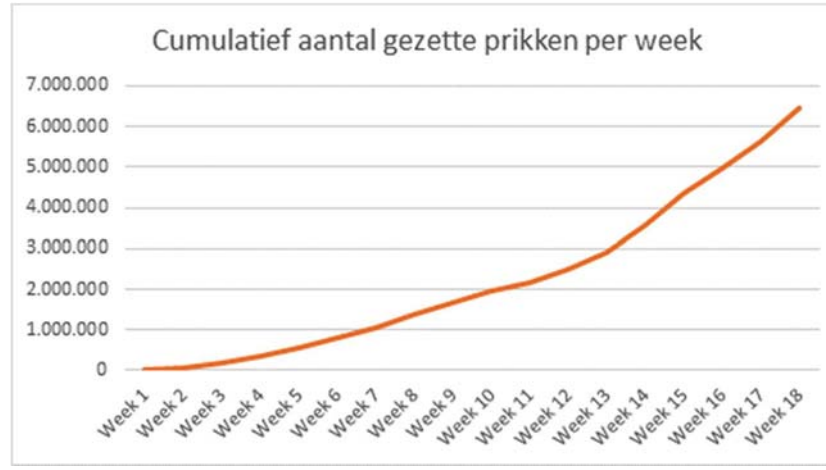
Voor de vervanging van HPZone, dat gebruikt wordt voor infectieziektebestrijding in het algemeen, is zoals eerder gemeld meer tijd nodig om, samen met de betrokken stakeholders zoals GGD GHOR Nederland, de GGD'en en het RIVM, te verkennen wat er nodig is om dit systeem duurzaam op orde te brengen. De resultaten van deze verkenning, en concrete vervolgstappen om de vervanging van HPZone te realiseren zal ik met uw Kamer delen.

7. Doorontwikkeling dashboard

We werken continu aan de doorontwikkeling van het Coronadashboard om de informatie relevanter en begrijpelijker te maken. Dit conform het kabinetsbeleid om inzicht te blijven geven in de ontwikkeling van het virus. De meest recente grote verandering is dat er donderdag 29 april twee grafieken op het dashboard zijn toegevoegd: de leeftijdsverdeling door de tijd heen voor ziekenhuis- en IC-opnames. Hierdoor is het nu mogelijk om te zien hoe de leeftijdsverdeling van opgenomen patiënten is. De leeftijdsverdeling door de tijd heen van positieve testen is al eerder toegevoegd. Ook is op 1 april het groeigetal toegevoegd aan de pagina over positieve testen. Hier wordt de ontwikkeling van het aantal positieve testen getoond. Daarnaast werken we aan het inbouwen van een 7-daags voortschrijdend gemiddelde van alle trendgrafieken. Tot dusver hebben we dat gerealiseerd voor de trendgrafieken van de kwetsbare groepen, sterfte, testuitslagen en voor ziekenhuis- en IC-opnames.

8. Vaccins

Op 26 april, 11 dagen na de vier miljoenste prik, is de vijf miljoenste prik gezet in Nederland. Op 6 mei is de 6 miljoenste prik gezet. Dit is 10 dagen na de vijf miljoenste prik. Vorige week (week 18) zijn er ruim 800.000 prikken gezet, een nieuw weekrecord.

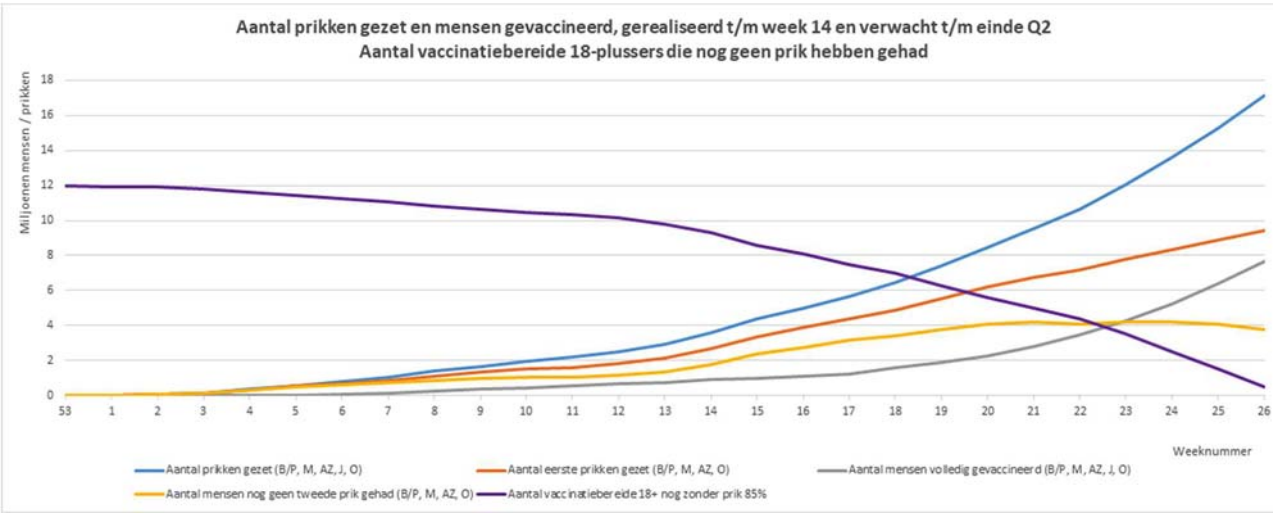


Figuur 1. Cumulatief aantal gezette prikken per week
Week 15: 793.800, week 16: 634.100, week 17: 658.500, week 18: 806.600.

Bewoners van instellingen voor langdurige zorg zijn als één van de eerste groepen gevaccineerd. Dat is terug te zien in een enorme afname van het aantal besmettingen en de sterfte en daarmee zijn in de verpleeghuizen nu ook de eerste versoepelingen mogelijk. Dit bewijst dat het vaccineren zijn vruchten afwerpt.

Verwachtingen komende maanden

Rekenend met een vaccinatiebereidheid van 85% is nog steeds de verwachting dat begin juli alle 11,9 miljoen 18-plussers die bereid zijn zich te laten vaccineren, gedeeltelijk of volledig gevaccineerd kunnen zijn. Dit blijft uiteraard altijd afhankelijk van leveringen van de vaccins. 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). Eind week 26 (4 juli) zullen er dan ongeveer 17 miljoen prikken gezet zijn.
We houden rekening met een vaccinatiegraad van 85%, om deze reden rekenen we met dit percentage. Mocht de vaccinatiebereidheid uiteindelijk lager blijken te zijn, dan wordt de mijlpaal eerder bereikt. Ik ga later in deze brief nog in op de huidige vaccinatiebereidheid en het bevorderen hiervan.



Figuur 2. Aantal prikken gezet en mensen gevaccineerd

Aankoop vaccins en leveringen

Leveringen

De leveringen in de maand mei groeien langzaam toe naar een stabiele instroom van rond een miljoen vaccins per week. Dat we hier in mei nog niet elke week aan gaan komen, ligt vooral aan de leveringsproblemen bij Janssen. Productieproblemen bij de fabriek van Johnson & Johnson in de Verenigde Staten hebben mogelijk impact op de verwachte leveringen. Ook de leveringen van AstraZeneca blijven onvoorspelbaar. De ene week zijn ze heel hoog, de andere week zijn er geen leveringen. Die achterblijvende en onvoorspelbare leveringen door AstraZeneca zijn ook de reden dat de EU een rechtszaak is gestart tegen AstraZeneca. Hierover zijn op dit moment nog geen nadere mededelingen te doen.

In het tweede kwartaal verwachten we geen nieuwe markttoelatingen die onze portefeuille zullen verruimen. De gesprekken met CureVac en Sanofi/GSK zijn nog altijd constructief, en ook de verwachting voor de leveringen in de tweede helft van dit jaar geldt nog steeds als een reële mogelijkheid (zie tabel leveringsoverzicht per kwartaal). Ook wordt binnenkort mogelijk besloten tot het sluiten van een *Advance Purchase Agreement* (APA) met Novavax. Markttoelating van het Spoetnik-vaccin wordt op korte termijn nog niet verwacht.

Tabel 2. Indicatieve leveringscijfers op weekbasis per 11 mei

Weeknummer	BT/Pfizer	Moderna	AstraZeneca	Janssen	Totalen
1 (04/01)	123.825*				123.825
2	184.860*	13.200			198.060
3	92.430				92.430
4	191.880	19.200			211.080
5 (01/02)	159.120		72.000		231.120
6	159.120	38.400	86.400		283.920
7	193.050		146.400		339.450
8	200.070	72.000	134.900		406.970
9 (01/03)	208.260		196.800		405.060
10	218.790		86.400		305.190
11	218.790	96.000	40.800		355.590
12	326.430		40.800		367.230
13 (29/03)	326.430	145.200	391.200		862.830
14	487.890		50.400		538.290
15	487.890	121.200	129.600	79.200	817.890
16 (19/4)	487.890	69.600	38.400		595.890
17 (26/04)	680.940	79.200	580.800	66.000	1.406.940
18	651.690	115.200	0		766.890
19	651.690	115.200	117.600	72.000	961.490
20	651.690	115.200	128.000	252.000	1.146.890
21(24/05)	651.690	115.200	560.000	201.000	1.527.890
22	1.019.070	115.200	nnb	nnb	1.134.270
23	1.019.070	115.200	nnb	nnb	1.134.270
24	1.020.240	122.400	nnb	nnb	1.142.640
25 (21/06)	1.020.240	129.600	nnb	nnb	1.149.840
26	1.020.240	129.600	nnb	nnb	1.149.840

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

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

	Dec 2020	1Q 2021	2Q 2021	3Q 2021	4Q 2021	1Q 2022	Totaal
BioNTech/Pfizer	0,165	2,6	9,85	8,4	2,6		**23,6**
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**	**4,2**	**18,55**	**29,6**	**22,15**	**8,55**	**83,2**

Vaccins voor de periode 2022–2023

In de afgelopen weken is zowel op Europees, als op nationaal niveau, met experts gesproken over de behoefte aan vaccinaties tegen corona in de periode 2022–2023. Hieruit kunnen enkele belangrijk conclusies worden getrokken. Zo is circulatie van het coronavirus in 2022 en 2023 aannemelijk en is nog onduidelijk hoe lang de huidige vaccins bescherming blijven bieden en of deze ook bescherming blijven bieden tegen nieuwe varianten. Hieruit concludeer ik dat we voor een effectieve response tegen het coronavirus ook in 2022 en 2023 moeten beschikken over voldoende vaccins.

Bij het bepalen van de omvang van een effectieve vaccinportefeuille, is het van belang op te merken dat het vooralsnog onduidelijk is of daartoe de hele populatie opnieuw gevaccineerd zal moeten worden en of één prik dan voldoende zal zijn (booster). Bovendien is het, afhankelijk van het advies van de Gezondheidsraad, wellicht noodzakelijk ook jongeren vanaf 12 jaar te vaccineren. Gezien deze onzekerheden kies ik bij het bepalen van de gewenste omvang van onze vaccinportefeuille in 2022 en 2023 voor zekerheid. Nederland moet voor 2022 en 2023 beschikken over voldoende vaccins om de gehele bevolking vanaf 12 jaar volledig te kunnen vaccineren. Het gaat dan om 15.250.000 personen. Bij deze

berekening gaan we voor nu uit van een volledige vaccinatiebereidheid, in de praktijk ligt dit momenteel rond de 75%.

Indien we twee doses per persoon per jaar moeten toedienen, dan betekent dit voor de hele periode 2022–2023 een behoefte aan 61.000.000 vaccins (of evenredig minder indien gebruik gemaakt wordt van *one-shot* vaccins zoals dat van Janssen). Mocht in de komende periode blijken dat een effectieve bescherming bereikt kan worden bij toediening van slechts één (booster) vaccin, dan kan de behoefte aan vaccins voor deze periode evenredig dalen. Op dit moment bestaat hierover onder experts echter geen overeenstemming.

Samenstelling vaccinportefeuille 2022/23

Bij het samenstellen van een vaccinportefeuille kies ik voor een portefeuille die bestaat uit vaccins die zo goed mogelijk aanpasbaar zijn aan virusmutaties. Verder zet ik in op een portefeuille die bestaat uit vaccins op basis van verschillende technologieën (bij voorkeur mRNA, eiwit en mogelijk ook vector-technologie) en die afkomstig zijn van meerdere leveranciers. Ten slotte vind ik het van belang om ook te kiezen voor producenten die bewezen betrouwbaar zijn in hun leveringen aan de EU en die ook bereid zijn om zoveel als mogelijk te produceren binnen de EU. Deze uitgangspunten worden ook gedeeld door onze Europese partners. De EU heeft daarom zeer recent een contract gesloten met BioNTech/Pfizer voor de periode 2022–2023. Dit contract vormt een belangrijke basis voor de Europese vaccinportefeuille in 2022 en 2023.

Ik ben voornemens deel te nemen aan dit nieuwe contract met BioNTech/Pfizer. De zogenaamde opt-out periode hiervoor loopt tot dinsdag 18 mei. De redenen om nu te kiezen voor dit contract zijn meerzijdig. Zo is het door BioNTech/Pfizer geproduceerde mRNA-vaccin tot op heden effectief gebleken en lijken mRNA-vaccins goed aanpasbaar aan varianten. Hierover worden ook nadere afspraken gemaakt. Verder is BioNTech/Pfizer tot op heden een betrouwbare leverancier van de EU en zal BioNTech/Pfizer dit contract vrijwel volledig leveren vanuit de EU.
Dit contract voorziet voor de hele EU in de aanschaf van 900 miljoen doses, te leveren in 2022 en 2023. Ook kent het contract opties voor de levering van nogmaals 900 miljoen doses. Voor Nederland betekent dit (op basis van het basiscontract) een recht op 35 miljoen doses (17,5 miljoen per jaar) en nogmaals 35 miljoen op basis van de opties.

In beide jaren beschikken we op basis van dit nu te sluiten contract met BionTech/Pfizer, reeds over 17.500.000 doses. Resteert voor beide jaren een vaccinbehoefte van 13.000.000 doses per jaar. Op basis van reeds gesloten contracten, of binnenkort mogelijk nog te sluiten contracten, heeft Nederland in het vierde kwartaal van 2021 en in het eerste kwartaal van 2022 nog recht op levering van mogelijk maximaal 24.900.000 doses:
- Moderna: 7.400.000 doses
- Janssen: 2.500.000 doses (regulier contract)
- Janssen: 4.000.000 (optiecontract)
- CureVac: 7.000.000 (onder voorbehoud van markttoelating)
- Novavax: 4.000.000 (onder voorbehoud van aankoop en markttoelating).

De EU heeft ook een overeenkomst met Sanofi gesloten voor de levering van vaccins. Gezien de onzekerheid rond dit vaccin, kies ik ervoor om deze mogelijke leveringen vooralsnog niet mee te nemen in mijn berekeningen. Dat geldt ook voor mogelijk extra vaccins van AstraZeneca, op basis van onze opties onder het huidige contract. De EU is ook nog in gesprek met

Valneva over een contract. Ik heb een adviesvraag uitstaan over hoe belangrijk dit vaccin is voor onze portefeuille in 2022 en 2023.

Bovenstaande maakt dat we in potentie op basis van lopende contracten kunnen voldoen aan onze restbehoefte aan vaccins in 2022. Tegelijk zijn er ook onzekerheden. Ik kom daarom graag bij uw Kamer terug op de keuzes die ik hieromtrent zal maken.
Voor 2023 zullen in ieder geval extra vaccins nodig zijn. Deze behoefte kan gedekt worden met de opties onder het BioNTech/Pfizer-contract, de opties onder het contract met Janssen of met eventueel extra contracten. Ook hierover zal ik uw Kamer in een later stadium nader informeren.

Ten slotte is het evident dat het opbouwen van een vaccinportefeuille voor de periode 2022 en 2023 geld kost. Binnenkort ontvangt uw Kamer een vertrouwelijke brief hierover.

Voorraden

In de Kamerbrief van 13 april jl. informeerde ik u over het voorraadbeheer en de planning daarin[30]. In de week van 3 mei (week 18) zijn ongeveer 914.700 doses vaccin uitgereden naar huisartsen, GGZ-instellingen, ziekenhuizen en GGD-locaties, en waaronder ook 70.100 doses naar de BES-, CAS-eilanden. In de week van 3 mei (week 18) was het minimale voorraadniveau voor BioNTech/Pfizer circa 180.000 doses, voor Moderna circa 100.000 doses, voor Janssen circa 7.000 doses (allemaal op 7 mei) en voor AstraZeneca circa 30.000 doses (op 3 mei). Dit is conform het voorraadbeleid per vaccin. Door de stabiele leveringen van BioNTech/Pfizer heb ik de mogelijkheid gezien tot het aanhouden van een lager minimaal niveau van veiligheidsvoorraad. Voor Janssen is de intentie geen voorraad aan te houden, omdat één dosis al een volledige bescherming geeft.
Het coronadashboard geeft een wekelijkse update van de voorraadstanden.

Voor AstraZeneca geldt dat op zondag 2 mei een grote levering is binnengekomen met 638.880 vaccins, deze kwamen beschikbaar in de voorraad op woensdag 5 mei. Deze grote levering zal in de weken erna voor het grootste deel naar huisartsen worden uitgereden. Om een snelle belevering mogelijk te maken is er hard gewekt aan het ompakken van vaccins naar de juiste hoeveelheden en het uitleveren buiten kantooruren en op feestdagen. Voor huisartsen die aangegeven hebben dat dit lastig is worden de uitleveringen doorgeschoven naar maandag 17 mei. De huisartsen in Gelderland en Zuid-Holland hebben besteld voor de 60- tot 63-jarigen. Zij hebben ongeveer 75.000 minder doses besteld dan eerder werd verwacht, namelijk rond de 160.000 totaal in plaats van 235.000.

Vanaf eind week 19 zullen ook de GGD'en het Moderna-vaccin gebruiken. Inmiddels levert Moderna ook op basis van een wekelijkse in plaats van tweewekelijkse levering. Hierdoor ontstaat er vanaf dat moment een relatief stabiel vraag- en aanbodpatroon. De leveringen van de Janssen-vaccins worden ingezet voor specifieke minder goed bereikbare doelgroepen of waar er andere redenen zijn om bij voorkeur het Janssen-vaccin in te zetten. Naar verwachting vanaf week 21 zal de GGD ook de Janssen-vaccins gaan gebruiken.

[30] Kamerstuk 25 295, nr. 1105.

Adviezen Gezondheidsraad

Advies over inzet AstraZeneca-vaccin

Op 26 april jl.[31] heb ik u geïnformeerd over de adviesaanvraag aan de Gezondheidsraad over een mogelijke heroverweging van de inzet van het AstraZeneca-vaccin. Aanleiding voor deze adviesaanvraag was het op 23 april jl. gepubliceerde bericht van het Europees Medicijnagentschap (EMA) waarin een nadere risicoanalyse van het AstraZeneca-vaccin wordt gepresenteerd, in relatie tot de zeer zeldzame bijwerking van trombose met een verlaagd aantal bloedplaatjes.

Ook heb ik de Gezondheidsraad gevraagd welke mogelijkheden er zijn om het interval tussen de eerste en tweede prik met het AstraZeneca-vaccin aan te passen, zodat mensen sneller volledig beschermd zijn tegen het virus. Ik verwacht dit advies medio mei.

Overige adviesaanvragen Gezondheidsraad

In mijn adviesaanvraag van 2 maart jl. heb ik nog enkele andere vragen gesteld die van belang kunnen zijn voor de verdere invulling van de vaccinatiestrategie. Dit betreft vragen over de mogelijkheid van het combineren van twee verschillende vaccins binnen een vaccinatieschema, de beschermingsduur van de beschikbare vaccins en de verwachting over het effect van vaccinatie op de transmissie van SARS-CoV-2, ook in de internationale context. De Gezondheidsraad geeft aan de uitkomsten van enkele relevante en nog te publiceren onderzoeken bij het advies te willen betrekken, waardoor deze adviezen pas eind mei verwacht worden.

Ik heb de Gezondheidsraad daarnaast gevraagd te adviseren over de inzet van vaccins voor kinderen. Op dit moment wordt alleen het vaccin van BioNTech/Pfizer beschikbaar gesteld aan 16- en 17-jarigen uit hoog-risicogroepen, omdat dit vaccin het enige vaccin is dat vanaf 16 jaar is goedgekeurd. Op korte termijn wordt een uitspraak verwacht over de inzet van dit vaccin voor 12 t/m 15-jarigen.

Zodra die informatie beschikbaar is hoop ik dat de Gezondheidsraad aanvullend kan adviseren over de noodzaak ook jongere leeftijdsgroepen te vaccineren.

Verdere stappen in de uitvoering

De uitvoering van de vaccinaties van de mensen ouder dan 60 jaar en de medische hoog-risicogroepen is vergevorderd. Ik verwacht dat deze groepen, die het meest kwetsbaar zijn, in de tweede helft van mei minimaal één keer zijn gevaccineerd indien zij dat willen. Ik vind het belangrijk dat deze groepen zo snel mogelijk goed zijn beschermd. De laatste huisartsen ontvangen op 17 mei de vaccins voor de 60–63-jarigen die nog geen eerste prik hebben gehad. Daarmee hebben spoedig daarna alle mensen in de doelgroep van de huisartsen de mogelijkheid van een eerste prik gehad. Ook heb ik de afgelopen week de mensen die ouder zijn dan 65 jaar, en nog geen gebruik hadden gemaakt van hun uitnodiging voor een vaccinatie bij de GGD, opgeroepen om alsnog in te gaan op de uitnodiging. Ik hoop dat iedere 65-plusser die dat nog niet heeft gedaan, alsnog een afspraak bij een GGD heeft ingepland of gaat inplannen. Hiermee bereiken we de grootst mogelijke bescherming tegen het virus.

[31] Kamerstuk 25 295, nr. 1169.

In dat kader ben ik blij dat we inmiddels ook over een vierde vaccin tegen het coronavirus beschikken. In mijn brief van 20 april jl. heb ik aangegeven dat ik op basis van het oordeel van het Europees Medicijn Agentschap (EMA) van 20 april jl. over de inzet van het Janssen-vaccin heb besloten het Janssen-vaccin direct beschikbaar te stellen zonder verdere leeftijdsbeperking. Zo is op 21 april gestart met het vaccineren van de ziekenhuismedewerkers met direct patiëntencontact, GGZ-medewerkers en -patiënten en het ambassadepersoneel met Janssen. Bij het ambassadepersoneel gaat het om het personeel dat in het land waar zij werkt geen toegang heeft tot EMA-goedgekeurde vaccins. Zij wonen en werken in landen met forse corona uitbraken en gebrekkige medische voorzieningen, waardoor geen sprake is van een veilige werkomgeving. De komende weken zullen, zo veel mogelijk in de pas met de vaccinatiestrategie, ook militairen van Defensie, in volgorde van deelname aan missies en uitzendingen per peloton, gevaccineerd gaan worden.

In aanvulling daarop is afgelopen week ook gestart met de uitnodiging van de groep 18- tot 60-jarigen met een medische indicatie. Dit zijn de mensen die bijvoorbeeld ook in aanmerking komen voor de jaarlijkse griepprik. Zij kunnen, zodra zij per post hun uitnodiging hebben ontvangen, een afspraak maken voor een vaccinatie bij de GGD. Hieronder ga ik daar verder op in.

Na de groep met medische indicatie zullen snel ook de overige 50–59-jarigen uitgenodigd worden. Ik verwacht deze groep (geboortejaren van 1961 tot en met 1971) voor eind mei allemaal uitgenodigd te hebben. De groep uit 1961 en 1962 zijn vorige week al uitgenodigd voor een vaccinatie bij de GGD. Abusievelijk heeft een groep van zo'n 40.000 mensen uit het geboortejaar 1963 vorige week van het RIVM al een uitnodiging ontvangen. Ik heb besloten dit niet terug te draaien, deze mensen kunnen zich aanmelden voor een vaccinatie bij de GGD.
Verder verwacht ik in de eerste helft van juni de veertigers uit te nodigen (geboortejaren van 1972 tot en met 1981). En vanaf medio juni volgen de jongere groepen (geboortejaren van 1982 tot en met 2003).

Op www.coronavaccinatie.nl kan met het invullen van een aantal vragen bekeken worden vanaf wanneer iemand een uitnodiging kan verwachten voor de coronavaccinatie, waar de vaccinatie plaatsvindt en welk vaccin de burger waarschijnlijk krijgt.

Uitvoering vaccinatie groep 18- tot 60-jarigen met een medische indicatie

Er zijn in Nederland zo'n 1,5 miljoen mensen tussen de 18 en 60 jaar die jaarlijks een uitnodiging voor de griepprik krijgen. Zij hebben een medische indicatie, waardoor zij een hoger risico lopen op een ernstiger beloop van COVID-19. Sinds 6 mei kunnen deze groepen via een uitnodiging van hun huisarts een afspraak maken voor een vaccinatie bij de GGD. Het is goed dat de GGD slots vrij heeft zodat mensen uit deze groep ook al afspraken kunnen maken vanaf 6 mei. Dat is twee weken eerder dan werd voorzien. Ook zijn zij tot acht weken eerder volledig beschermd, doordat voor deze groep nu het BioNTech/Pfizer-vaccin of het Moderna-vaccin wordt ingezet, waarbij het interval tussen de twee prikken korter is dan als zij bij de huisarts AstraZeneca-vaccin zouden hebben gekregen. Hiermee voldoe ik niet aan het verzoek van het lid Ploumen (PvdA) om het mogelijk te maken dat kwetsbare mensen onder de 60 jaar gebruik kunnen maken van AstraZeneca-vaccins.[32] Immers, op de wijze zoals ik die hier

[32] Kamerstuk 25 295, nr. 1112.

toelicht is deze groep juist eerder aan de beurt met het BioNTech/Pfizer-vaccin of het Moderna-vaccin.

In de Kamerbrief van 20 april jl. heb ik u toegelicht dat de rol van de huisartsen bij de uitvoering van de groep 18- tot 60-jarigen met een medische indicatie is gewijzigd.[33] In onderlinge afstemming tussen de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en GGD GHOR Nederland zijn nu afspraken gemaakt over de werkwijze van het selecteren, uitnodigen en vaccineren. Huisartsen hebben deze groep geselecteerd en uitgenodigd en vaccinatie vindt plaats bij de GGD'en.
Dagelijks worden verspreid over het land en per praktijk nu zo'n 250.000 mensen uitgenodigd. Dit kan afhankelijk van de opkomst, van het aantal afspraken dat werkelijk wordt ingepland en de aan de GGD geleverde vaccins meer of minder worden. Voor de verzending van de uitnodigingsbrieven wordt gebruik gemaakt van een verzendhuis.

Mensen worden gestimuleerd zich online aan te melden voor het maken van een vaccinatie-afspraak. Op deze wijze kunnen alle mensen uit deze groep van ongeveer 1,5 miljoen mensen binnen enkele weken worden uitgenodigd en kort daarna hun eerste vaccinatie met het BioNTech/Pfizer-vaccin of Moderna-vaccin ontvangen. Hiermee beogen we in hoog tempo de laatste groep kwetsbaren binnen enkele weken, uiterlijk begin juni, van een eerste vaccinatie te voorzien.
Met dank aan deze inspanningen van huisartsen, GGD'en en RIVM zijn we erin geslaagd dit uitnodigingsproces op korte termijn aan te passen en de uitnodigingen sinds 6 mei te versturen. Tot deze middag (11 mei) waren er al ongeveer 270.000 afspraken gemaakt en bijna 30.000 vaccinaties gezet.

Vaccinatie doelgroepen met het AstraZeneca-vaccin

De afgelopen levering van de AstraZeneca-vaccins was nodig om de laatste zorgmedewerkers bij de GGD'en en de leeftijdsgroep van 60 tot en met 64 jaar door de huisartsen te laten vaccineren. De huisartsenpraktijken in bijna alle provincies zijn inmiddels helemaal beleverd voor de eerste prikken. Alleen Gelderland (met uitloop op 17 mei) en Zuid-Holland worden deze week nog beleverd voor de eerste vaccinatie van de 60- tot 63-jarigen en de niet-mobiele thuiswonende 60-plusser. Het RIVM heeft AstraZeneca-vaccins omgepakt naar kleinere verpakkingshoeveelheden (doses van 11 in plaats van 110 per aflevereenheid), zodat ook de laatste provincies zo spoedig mogelijk konden worden voorzien van vaccin.

Huisartsen hebben, na het besluit om het AstraZeneca-vaccin niet meer toe te dienen aan de mensen onder de 60 jaar, in eerste instantie kunnen doorprikken naar de leeftijdsgroepen 65- en 66-jarigen. Deze geboortejaren worden inmiddels ook gevaccineerd bij de GGD'en.

Daarom wil ik benadrukken dat huisartsen die vaccins over hebben dat kunnen melden bij het RIVM. Deze vaccins kunnen zo nodig via de vaccinmakelaar van het RIVM worden herverdeeld naar huisartsen die vaccins tekortkomen. Huisartsen die slechts een beperkt aantal vaccins overhouden kunnen deze bewaren voor de tweede prik, mits de houdbaarheid dat toestaat. De AstraZeneca-vaccins zijn langere tijd houdbaar, dus is dit vaak mogelijk. Het is belangrijk dat huisartsen hun bestelling voor de tweede prikken dan naar beneden bijstellen. Uit een eerste belronde naar huisartsen is het beeld naar voren gekomen dat huisartsen weinig vaccins over hebben gehouden na de eerste prikken. RIVM blijft dit monitoren.

[33] Kamerstuk 25 295, nr. 1135.

De vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 3 mei jl. verzocht om in te gaan op de vraag of Nederlanders boven de zestig jaar voor een ander vaccin dan AstraZeneca zouden mogen kiezen. Het aanbieden van een alternatief voor deze groep zie ik momenteel niet als een optie. Immers, de Gezondheidsraad heeft het AstraZeneca-vaccin beoordeeld als goed geschikt beoordeeld voor mensen boven de 60 jaar. Het vaccin beschermt tegen ziekenhuisopname en sterfte. Ik acht het van belang om de beschikbare vaccins in tijden van schaarste maximaal te benutten. Ook wil ik een voldoende hoge vaccinatiegraad bereiken, daartoe zullen alle mensen een herinneringsoproep krijgen (indien zijn nog geen vaccinatie gekregen hebben). Dit is gebruikelijk in het Rijksvaccinatieprogramma en leidt doorgaans tot een toename van de vaccinatiegraad van circa 5%. Wanneer deze inhaalronde plaatsvindt is nog niet bekend.

Stand van zaken voorbereidingen grootschalige vaccinatie in tweede kwartaal

In eerdere Kamerbrieven van 23 februari[34] en 8 maart[35] jl. heb ik u geïnformeerd over de voorbereidingen die worden getroffen om klaar te staan voor de grootschalige vaccinatie, voor wanneer de aantallen geleverde vaccins fors toenemen.

Op basis van de huidige leveringsschema's kunnen we eind mei meer dan 1 miljoen vaccins per week verwachten. In mijn brief van 8 maart jl. heb ik u gemeld dat GGD'en, huisartsen en ziekenhuizen zich voorbereiden om zo nodig maximaal 2,5 miljoen vaccins per week te kunnen toedienen. Hierbij heb ik aangegeven bewust in te zetten op overcapaciteit. Dit is nodig om de benodigde flexibiliteit in te kunnen bouwen in de uitvoering door de partijen, te kunnen anticiperen op onverwacht grotere leveringen van vaccins en om wijzigingen te kunnen aanbrengen in de uitvoeringspraktijk.

In overleg met de betrokken uitvoerende partijen GGD GHOR Nederland, de LHV en het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) heb ik besloten tot een aanpassing in de voorbereiding van de beoogde samenwerking tussen de partijen bij de opschaling van de vaccinatiecampagne. De basis van de grootschalige vaccinatie wordt voorbereid door de GGD'en. Het is gebleken dat voor het grootschalig vaccineren, het gebruikmaken van grootschalige vaccinatielocaties het meest efficiënt is. De adviezen van prof. dr. Jan Fransoo van de Tilburg University en zijn team over het inrichten van het logistieke proces op de vaccinatielocaties is voor GGD-locaties zeer behulpzaam geweest. In combinatie met door de GGD'en zelf doorgevoerde verbeteringen in het prikproces kon het aantal prikken per uur aanzienlijk worden verhoogd.

Eerder heb ik GGD'en gevraagd om op te schalen naar 1,5 miljoen vaccinaties per week vanaf 1 mei. Met de rolverandering van de huisartsen, heb ik de GGD'en nu gevraagd om zich te richten op een aanvullende verhoging van de maximale capaciteit, naar rond de 2 miljoen vaccinaties per week vanaf begin juni. Zij zullen daarmee de rol van de huisartsen bij het vaccineren van de groep 18- tot 60-jarigen overnemen. De GGD acht dit mogelijk, waarvoor ik GGD GHOR en alle GGD'en en medewerkers heel erkentelijk ben.

De GGD'en hebben nu ruim 100 vaccinatielocaties. Voor de komende weken wordt nog een uitbreiding naar ruim 140 vaccinatielocaties vanaf

[34] Kamerstuk 25 295, nr. 995.
[35] Kamerstuk 25 295, nr. 1032.

juni verwacht. De GGD'en hebben in de afgelopen maanden het aantal vaccinaties in een gestaag tempo uitgebreid naar 600.000 vaccinaties per week.
In de komende weken wordt ervoor gezorgd dat voldoende personeel beschikbaar is voor het grootschalig vaccineren. De capaciteit bij de GGD-locaties groeit gestaag mee met de aantallen vaccins die geleverd worden, daarbij wordt rekening gehouden met een overcapaciteit van zo'n 25%. Op deze wijze zijn GGD'en telkens in staat om klaar te staan zodra nodig. Met het oog op de aankomende opschaling vanaf eind mei/begin juni hebben de GGD'en afgelopen vrijdag een oproep geplaatst voor nog meer mensen die ingezet kunnen worden op de vaccinatielocaties (medisch personeel, EHBO en ondersteunend, administratief personeel). Ook de toegezegde hulp van de huisartsen op GGD-locaties is hierbij gewenst. Daarnaast zie ik dat regionaal wordt samengewerkt met ziekenhuizen, verpleeghuizen en de thuiszorgorganisaties, en dat (ziekenhuis)personeel wordt ingezet bij de vaccinaties op GGD-locaties. Aanvullend staat ook de hulp van Defensie klaar om deze operatie met deze omvang op GGD-locaties te kunnen uitvoeren. Ten slotte zijn er partijen zoals het Rode Kruis die op veel plekken helpen op de vaccinatielocaties. De ervaring tot nu toe leert dat velen zich willen inzetten om te helpen op de vaccinatielocaties.
Zodoende zal voldoende personeel beschikbaar zijn en zal de GGD er klaar voor zijn om haar capaciteit te verhogen naar 2 miljoen prikken per week vanaf juni.

Daarnaast heb ik ziekenhuizen gevraagd zich voor te bereiden op de grootschalige vaccinatie. Ik wil een aantal ziekenhuizen zo nodig in kunnen zetten, voor de situatie waarin de vaccinatiecapaciteit bij de GGD niet voldoende is voor het aantal beschikbare vaccins. Het LNAZ bereidt zich in samenwerking met de NFU en de NVZ voor op de flexibele inzet van 500.000 vaccinaties per week bij het grootschalig vaccineren van de grote groep Nederlanders van 18 tot 60 jaar. Voor de vaccinatie in de ziekenhuizen zijn de juiste ICT-voorzieningen voor het aanmelden en de registratie gereed. De personele capaciteit wordt betrokken uit het beschikbare personeel in ziekenhuizen. Ik ben blij dat ook de ziekenhuizen klaar staan om zo nodig grote groepen Nederlanders te vaccineren en dat ziekenhuispersoneel zich inzet bij de vaccinaties op de GGD-locaties.

Huisartsen zullen zich niet langer voorbereiden op het eventueel vaccineren van de groep 18- tot 60-jarigen. Aanvankelijk was voorzien dat huisartsen via mogelijke grootschalige prikacties hieraan zouden meewerken. Doordat de werkdruk bij huisartsen al behoorlijk hoog is door de huidige inzet in de vaccinatiestrategie, bovenop de reguliere zorg en omvangrijke inzet voor de zorg voor coronapatiënten, is besloten dat huisartsen een andere rol op zich gaan nemen bij de grootschalige vaccinatie. Ik heb de huisartsen gevraagd zich hiervoor in te zetten op de vaccinatielocaties van de GGD'en en daar bij te dragen aan de verschillende medische functies die vervuld moeten worden. De LHV heeft toegezegd hieraan te mee te werken.

Ik reken erop dat wij met de inzet van de GGD'en, huisartsen, ziekenhuizen en andere partijen die zich aanbieden in staat zijn om zoveel mogelijk Nederlanders rond begin juli van een (eerste) vaccinatie tegen COVID-19 te voorzien.

Artikelen Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde en NRC Handelsblad

De vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 3 mei jl. verzocht om een reactie op het artikel van 28 april 2021 op de site van het Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde over de prikstop met AstraZeneca en op het bericht in NRC Handelsblad van 29 april 2021 dat huisartsen vaccins overhouden.

Specifiek wordt reactie verzocht op de vraag hoe het kabinet artsen gaat helpen te voorkomen dat vaccins over de datum gaan en op een zo kort mogelijke termijn ingezet kunnen worden, en welke lessen getrokken kunnen worden uit de twee prikstops AstraZeneca. Tevens is verzocht aan te geven of Nederlanders boven de zestig voortaan in staat zouden kunnen worden gesteld, indien gewenst, zélf voor een ander vaccin dan AstraZeneca te kiezen.
Mijn algemene reactie en de lessen die ik hier uit trek volgen hieronder. In de paragraaf «Vaccinatie doelgroepen met het AstraZeneca-vaccin» ga ik in op de eerste vraag over de inzet van de vaccins en de laatste vraag over een keuze voor een vaccin voor de groep boven de 60 jaar beantwoord ik in de paragraaf «Keuze voor AstraZeneca mogelijk maken onder de 60 jaar».

Sinds 11 februari 2021 vaccineren wij in Nederland met AstraZeneca. Begin maart signaleerde het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen dat er in heel zeldzame gevallen een wel heel heftige en ongebruikelijke mogelijke bijwerking optrad: ernstige trombose in combinatie met trombocytopenie. Dat was een zorgelijke ontwikkeling. Uit voorzorg heb ik toen een prikstop ingelast, om deze mogelijke bijwerking en de frequentie daarvan eerst te kunnen onderzoeken. Op 18 maart jl., heb ik u geïnformeerd over het oordeel van het geneesbewakingscomité van het EMA. Dit comité, het Pharmacovigilance Risk Assesment Committe (PRAC), gaf aan dat de bewezen werkzaamheid van het vaccin in het voorkomen van ziekenhuisopname en sterfte door COVID-19 positief opweegt tegen de extreem kleine kans op het ontwikkelen van dit ziektebeeld (de genoemde stollingsproblemen in combinatie met een verlaagd aantal bloedplaatjes). Op basis van de beschikbare gegevens kon het PRAC niet tot de conclusie komen dat er een mogelijk verband was tussen de toediening van het AstraZeneca-vaccin en de geconstateerde zeldzame meldingen van trombose in combinatie met trombocytopenie bij volwassenen. Wel gaf het PRAC aan dat nader onderzoek noodzakelijk was en dat het EMA het ziektebeeld zou blijven onderzoeken en monitoren. Op basis van deze uitspraken heb ik het vaccineren

met AstraZeneca zo snel mogelijk weer hervat en alle afspraken opnieuw ingepland. Begin april bleek dat in Nederland en ook in andere lidstaten veel meer gevallen van deze bijwerking gemeld waren dan we mochten verwachten op basis van eerdere analyses van het EMA. Die gevallen traden met name op bij mensen jonger dan 60 jaar. Dat is een ernstige zaak.

Daarom heb ik, ondanks dat op dat moment nog geen oorzakelijk verband was aangetoond, vanuit het voorzorgsprincipe besloten voorlopig niet te vaccineren met AstraZeneca bij mensen onder de 60 jaar. Omdat ik het belangrijk vond dat deze meldingen ook binnen de Nederlandse context goed werden onderzocht en geïnterpreteerd, heb ik op 6 april 2021 de Gezondheidsraad gevraagd om, op basis van nadere berichtgeving van het PRAC en de meest recente data, te adviseren over de verdere inzet van het AstraZeneca-vaccin. Op 7 april 2021 gaven het EMA en het CBG aan dat – op basis van de toen beschikbare gegevens – een verband tussen

het AstraZeneca-vaccin en de zeldzame combinatie van stolselvorming en een laag aantal bloedplaatjes waarschijnlijk is. Het ziektebeeld is zodoende opgenomen als bijwerking in de productinformatie en bijsluiter van het AstraZeneca-vaccin.

Op 8 april heeft de Gezondheidsraad mij geïnformeerd over hun bevindingen. Net als het EMA en het CBG, constateerde de Gezondheidsraad dat het risico op gezondheidsschade als gevolg van COVID-19 bij 60-plussers vele malen groter is dan het risico op deze zeer zeldzame bijwerking. Deze bijwerkingen worden echter tot op heden vooral gezien bij mensen onder de 60 jaar. Omdat het risico op sterfte door COVID-19 in dezelfde ordegrootte of zelfs kleiner is dan het risico op sterfte door de bijwerking voor deze groep, wijzigt de verhouding tussen voor- en nadelen van de inzet van het vaccin van AstraZeneca voor mensen jonger dan 60 jaar. Volgens de Gezondheidsraad speelt ook mee dat in Nederland alternatieve vaccins tegen COVID-19 beschikbaar zijn. Op basis van dit advies heb ik besloten dat we alleen mensen boven de 60 jaar nog zouden vaccineren met AstraZeneca. Daarmee zijn dus geen vaccins op de plank blijven liggen. Ook hebben we mensen onder de 60 jaar uit hoog-risicogroepen snel een alternatief vaccin aangeboden.[36]

Zoals ik hierboven heb aangegeven, heb ik uit voorzorg gehandeld en deel dan ook niet de opvatting van de auteurs van het artikel van het Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde die stellen dat gezondheidswinst van de prikpauze niet opweegt tegen de gezondheidsrisico's. De volksgezondheid is gebaat geweest met de besluiten die we rondom de toepassing van het vaccin van AstraZeneca hebben genomen. Het kabinet heeft uit voorzorg te handelen als zich een veiligheidsrisico voordoet rondom een vaccin. Het negeren van signalen die wijzen op een veiligheidsrisico zou de volksgezondheid en de vaccinatiebereidheid kunnen schaden. Zelfs als achteraf de gesignaleerde risico's mee zouden vallen, kan niet worden geconcludeerd dat het kabinet om die reden niet uit voorzorg had moeten handelen op het moment dat de risico's zich voordeden. Dat is de kern van het voorzorgsprincipe. Vertrouwen in vaccins is van groot belang voor het verdere verloop van de vaccinatie-operatie.

In het geval van AstraZeneca is ook achteraf niet de conclusie te trekken dat de besluiten niet proportioneel zouden zijn, laat staan dat deze meer gezondheidsschade hebben aangericht dan gezondheidswinst hebben opgeleverd. Het tegendeel is waar. De in het artikel aangereikte berekeningen onderbouwen de door de auteurs getrokken conclusie niet. De kennelijke aannames die aan de berekeningen ten grondslag liggen, leiden tot een overschatting van de potentiële besmettingsrisico's en de veronderstelde toename van het aantal besmettingen binnen de groep mensen wiens vaccinatie-afspraak niet is doorgegaan. Zo lijkt men ervan uit te gaan dat als de vaccinatie-afspraak wel was doorgegaan, er sprake zou zijn geweest van directe en volledige bescherming van deze groep. Bescherming mag pas worden verondersteld enkele weken na vaccinatie. Daarnaast is niet meegenomen in de berekeningen dat de afgezegde afspraken snel weer zijn ingepland, en dat alle mensen onder de 60 jaar die tot een medische hoog-risicogroep behoren vrijwel direct een alternatief vaccin kregen aangeboden. Noch de volgorde van doelgroepen, noch de planning van de vaccinatie-campagne is negatief beïnvloed door de keuzes rondom de AstraZeneca. Natuurlijk kan de eerste prikstop voor een aantal mensen hebben betekend dat zij een paar dagen tot een paar weken later hun prik hebben gehad. Maar ons besluit van begin april, om alleen 60-plussers nog te vaccineren met AstraZeneca,

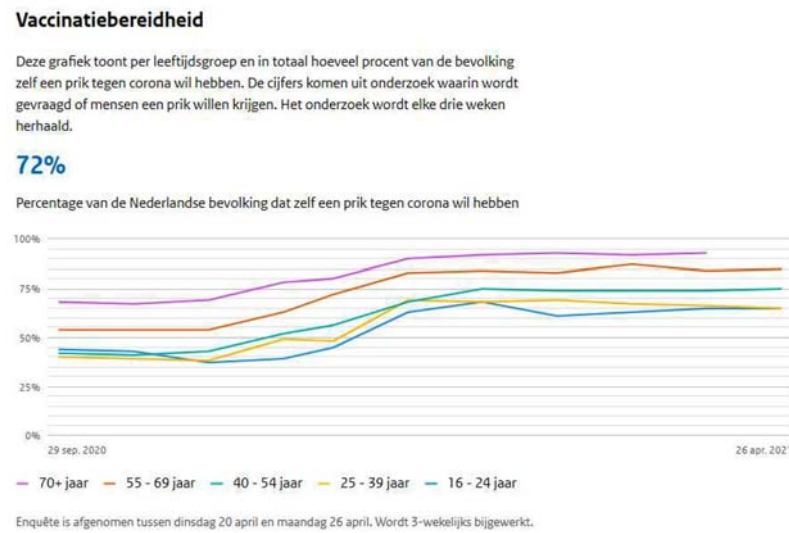
[36] Kamerstukken 25 295, nrs. 1060, 1062, 1099, 1104 en 1105

heeft per saldo gezorgd voor een versnelling binnen de oudere leeftijdsgroepen. Ten eerste kregen zorgmedewerkers een ander vaccin waardoor we meer vaccins over hadden voor de groep van 60–64-jarigen en we hen sneller konden vaccineren. En ten tweede hebben de medische hoog-risicogroepen die het vaccin AstraZeneca zouden krijgen een alternatief vaccin aangeboden gekregen. In veel gevallen kunnen zij daarmee eerder volledig beschermd zijn, omdat de periode tussen de eerste en tweede prik korter is bij de vaccins van BioNTech/Pfizer en Moderna. En bij Janssen is zelfs maar één prik nodig. Ook omdat BioNTech/Pfizer juist meer dan verwacht levert in het tweede kwartaal kunnen we meer mensen sneller vaccineren. Zo zijn de 1,5 miljoen mensen met een medische indicatie nu zij geen AstraZeneca meer krijgen bij de huisarts, maar BioNTech/Pfizer bij de GGD, eerder aan de beurt voor hun eerste prik en naar verwachting tot 8 weken eerder volledig beschermd tegen COVID-19.

Voorts wordt er in de berekening van uitgegaan dat de ernstige bijwerking bij 0,3 mensen (1,25 op 1.000.000) is voorkomen door de tijdelijke prikstop. De werkelijkheid is dat de incidentie veel hoger blijkt te liggen dan destijds bekend was. Inmiddels weten we dat er sprake is van meer gevallen. Half april bleken 8 gevallen van deze bijwerking gemeld waren in Nederland, terwijl er toen zo'n 400.000 vaccins waren toegediend, waarvan ongeveer de helft bij mensen onder de 60 jaar, vooral vrouwen in de zorg. Daarmee gaat het nog steeds om een zeer zeldzaam ziektebeeld, maar fors meer dan we begin maart wisten. Het zijn die incidentiecijfers die het kabinet in de risicoafweging heeft te betrekken. Hoe zeldzaam ook, de kans op ernstige trombose in combinatie met trombocytopenie is reëel. Het is een zeer ernstig ziektebeeld, het kan bijvoorbeeld resulteren in een longembolie, of een trombose van grote vaten in de hersenen in combinatie met een hersenbloeding met ernstige invaliditeit of de dood (40%) tot gevolg. De kans op en de ernst van deze bijwerking van het vaccin moet je per leeftijdsgroep afwegen tegen de kans op en de ernst van de ziekte waartegen het vaccin moet beschermen. Om vanuit de overheid met overtuiging een vaccin aan te kunnen bieden, moet de balans van de voordelen en risico's evident positief zijn, niet alleen voor de bevolking als geheel maar ook voor verschillende groepen daarbinnen. De Gezondheidsraad stelde op 8 april jl. vast dat het risico op sterfte als gevolg van COVID-19 voor mensen jonger dan 60 net zo groot of zelfs kleiner is dan het risico op sterfte na vaccinatie met AstraZeneca door deze zeer zeldzame, zeer ernstige bijwerking. Zeker omdat voor alle mensen onder de 60 jaar een ander vaccin voorhanden is, was de risico-afweging van de Gezondheidsraad duidelijk. Zoals eerder aangegeven in deze brief, bleek uit het advies dat voor mensen boven de 60 jaar het risico op een ernstig ziektebeloop als gevolg van COVID-19 veel groter is dan het risico op de ernstige bijwerking. Om die reden bleef het dus verstandig voor mensen boven de 60 jaar om AstraZeneca in te zetten. Omdat voor mensen onder de 60 jaar alternatieve vaccins aanwezig waren raadde de Gezondheidsraad dus aan een ander vaccin te gebruiken. En omdat we die andere vaccins hebben, leidt dit niet tot negatieve effecten op de planning van de vaccinatie-operatie. Ook veel andere landen in Europa kwamen tot leeftijdsgrenzen.

Tot slot, over de vaccinatie-bereidheid in relatie tot de genomen besluiten rondom AstraZeneca. De belangrijkste troef tegen corona is vaccinatie, en alle inzet is erop gericht die vaccins zo goed en snel mogelijk bij de mensen te krijgen die ze nodig hebben. Maar dan moeten mensen wel gevaccineerd willen worden. Daarvoor is vertrouwen in de vaccins nodig. Het is zeker denkbaar dat de genomen besluiten sommigen onzeker hebben gemaakt. Hoewel het beeld per huisartsenpraktijk wisselt, horen we van een deel van de huisartsen terug dat zij echt hun best moeten

doen om iedereen te overtuigen. Maar juist om het vertrouwen van mensen in vaccinatie te houden moeten we signalen over (ernstige) bijwerkingen serieus nemen en daar naar handelen. Ik ben ervan overtuigd dat dit vertrouwen ernstig zou zijn geschaad als we geen acht zouden hebben geslagen op de signalen die zich voordeden, terwijl later bleek dat – zie het advies van de Gezondheidsraad – het risico op sterfte als gevolg van COVID-19 voor mensen jonger dan 60 jaar net zo groot of zelfs kleiner is dan het risico op sterfte na vaccinatie met AstraZeneca door deze zeer zeldzame, zeer ernstige bijwerking. Als dit verlies aan vertrouwen zich zou vertalen in een lage vaccinatiegraad, dan zou de gezondheidsschade daarvan fors zijn. Gelukkig is de vaccinatiebereidheid hoog gebleven. De laatste driewekelijkse metingen laat zien dat de gemiddelde vaccinatiebereidheid 72% is. Hierin is de groep mensen boven de 70 jaar niet meegenomen, bij wie de vaccinatiebereidheid tijdens de vorige meting 93% was. Bij mensen tussen de 55 en 69 jaar is het percentage 85%. De percentages vaccinatiebereidheid per leeftijdscategorie zijn te zien in onderstaande grafiek.



Figuur 7. vaccinatiebereidheid

Mensen mogen erop rekenen dat hun Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport uit voorzorg handelt, de veiligheid vooropstelt en alert acteert bij signalen dat die veiligheid in het geding zou zijn. Ik ben overtuigd dat de volksgezondheid gebaat is geweest bij de besluiten die we rondom AstraZeneca hebben genomen.

Keuze voor AstraZeneca mogelijk maken onder de 60 jaar

Op 20 april is de motie van het lid Paternotte (D66) aangenomen met het verzoek om voor vaccins die niet meer binnen de vaccinatiestrategie worden toegepast, mensen de keuzevrijheid te geven om met de juiste informatie alsnog voor deze vaccins te kiezen.[37] Op deze manier zouden mensen de keuze hebben op verzoek eerder gevaccineerd te worden of alsnog te wachten op het vaccin dat binnen de vaccinatiestrategie voor hen bedoeld is.

Conform het verzoek van de meerderheid van de Tweede Kamer wil ik de keuze voor AstraZeneca onder de 60 jaar mogelijk maken. Mensen die

[37] Kamerstuk 25 295, nr. 1106.

jonger zijn dan 60 jaar kunnen dan een eigen afweging maken om zich alsnog met het AstraZeneca-vaccin te laten vaccineren, wanneer we deze vaccins niet meer nodig hebben voor de doelgroepen conform de vaccinatiestrategie.
Wanneer dat moment is, is mede afhankelijk van het advies van de Gezondheidsraad over het interval voor AstraZeneca dat ik nog moet ontvangen. We onderzoeken op dit moment hoe we deze keuze voor AstraZeneca mogelijk kunnen maken. Er zal in ieder geval om een actieve toestemming worden gevraagd. Daarbij is goede publieksinformatie over deze keuze en de mogelijke risico's ook van belang. Ik heb de ziekenhuizen gevraagd na te gaan of zij dit kunnen uitvoeren.

Moeilijker bereikbare groepen en vaccinatiebereidheid

De COVID-19-vaccinatiecampagne is gericht op het bestrijden van de pandemie. Door zo veel mogelijk mensen, in een zo kort mogelijk tijdbestek te vaccineren beschermen we niet alleen de kwetsbaren in onze samenleving maar lukt het ons ook verspreiding van het virus te stoppen. Met de helaas nog schaarste aan vaccins, werken de huisartsen, de GGD'en en de ziekenhuizen hard om het priktempo maximaal te houden. Om zoveel mogelijk gezondheidswinst te behalen volgen wij de adviezen van de Gezondheidsraad en vaccineren we kwetsbare groepen eerst, in leeftijd van oud naar jong. Op dit moment wordt de laatste groep mensen met een verhoogd risico op een ernstig verloop van een COVID-19 besmetting uitgenodigd voor vaccinatie bij de GGD. Dit is de groep 18–59 jaar met een medische indicatie. In de uitvoering werken we bewust aan groot opgezette vaccinatielocaties waarmee op korte termijn de grootste groep Nederlanders snel en efficiënt gevaccineerd kan worden. Het merendeel van de Nederlandse bevolking is in staat zelf, of met hulp van familie, vrienden, verzorgden, zijn afspraak voor een vaccinatie te maken en de prik ook te komen halen. Naar verwachting zal zo begin juli alle 18-plussers die bereid zijn zich te laten vaccineren, gedeeltelijk of volledig gevaccineerd kunnen zijn.

Tegelijkertijd zijn wij ons bewust dat er ook groepen in onze samenleving zijn voor wie deze aanpak minder vanzelfsprekend is. Mensen die de taal onvoldoende machtig zijn en de uitnodigingsbrief en instructies minder goed begrijpen. Mensen die niet (of niet goed) geregistreerd staan met adresgegevens waardoor ze geen uitnodiging ontvangen. Mensen die vanuit hun persoonlijke situatie geen gebruik maken van de gezondheidszorg, waardoor ze mogelijk niet in beeld zijn voor een medische indicatie op basis waarvan ze met voorrang gevaccineerd kunnen worden. Wij werken actief samen met de GGD en de regionale en lokale partners aan het in beeld krijgen van deze zeer diverse groepen mensen en het bereiken van deze mensen. In een beperkt aantal specifieke gevallen hanteren we een andere benadering voor groepen voor wie de reguliere route niet vanzelfsprekend of mogelijk is. Zo organiseren we kleinschalige, laagdrempelige vaccinatiemogelijkheden, voor gedetineerden, dak- en thuislozen en ongedocumenteerden. Dit doen we vanwege de uitvoerbaarheid van de campagne, waarbij de doelgroepen zo veel als mogelijk gelijk oplopen met de planning van de reguliere leeftijdscohorten. Ook kijken we naar de inzet van het Janssen-vaccin voor die groepen waar een tweede vaccinatiemoment lastig is te organiseren.

Zoals ik eerder in deze brief heb aangegeven heeft, volgens de huidige planning, iedereen die dat wil begin juli minimaal een eerste vaccinatie aangeboden gekregen. Onze hele inzet in de uitvoering is er nu op gericht zo veel mogelijk mensen te bereiken en een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad te halen. Iedereen die een oproep heeft gehad kan ook later nog een afspraak voor vaccinatie maken. Wij bereiden ons er nu al wel op voor dat

een deel van de bevolking zich, om wat voor reden dan ook, toch niet heeft laten vaccineren. Naar verwachting is in juli geen sprake meer van schaarste aan vaccins. Wanneer dat het geval is kunnen we overstappen op een andere organisatie van de campagne. Ik informeer uw Kamer daar graag over in een van de volgende voortgangsbrieven. Hieronder ga ik in op enkele specifieke groepen, hiermee voldoe ik aan de motie van het lid Kuzu (DENK) over het vaccineren van daklozen, ongedocumenteerden en bewoners van asielzoekerscentra.[38]

Dakloze mensen, ongedocumenteerde mensen en mensen die in de vrouwenopvang verblijven

Het Ministerie van VWS heeft GGD-en verzocht om – in samenwerking met regionale partners zoals gemeenten, opvanginstellingen en straatdokters – een regionaal uitvoeringsplan te maken voor de vaccinatie van dak- en thuisloze mensen, mensen die verblijven in de vrouwenopvang en ongedocumenteerde mensen. Deze mensen hebben niet altijd een briefadres waardoor een uitnodiging via de reguliere route niet mogelijk is. Vaccinatie vindt daarom plaats op locaties waar de doelgroep vindbaar is, zoals in inloophuizen en locaties van de maatschappelijke opvang. Regio's bepalen zelf vaccinatiemomenten waarop ze zo veel mogelijk mensen kunnen bereiken. Inmiddels zijn de plannen van een aantal GGD-regio's in een vergevorderd stadium waardoor eind mei deze regio's kunnen starten met de vaccinatie van deze groepen. De overige GGD-regio's volgen daarna. Voor deze groep is het vaccin van Janssen beschikbaar. De doorlooptijd van dit traject is naar verwachting 6 weken.

Justitiabelen

In de aanpak van de coronacrisis is vaccineren essentieel. Justitiabelen zijn logischerwijs niet in staat om naar een GGD-locatie of naar hun huisarts te gaan. Tegelijkertijd is binnen een justitiële inrichting het naleven van de corona-maatregelen moeilijk. Bij een uitbraak in een justitiële inrichting geldt dat (meerdere) afdelingen in quarantaine gaan. Het volgen van het dagprogramma, bezoek en transport van/naar rechtbank is dan niet mogelijk. Dergelijke maatregelen wijken sterk af van het reguliere regime en kunnen leiden tot verminderd welzijn en de nodige spanningen onder justitiabelen en het personeel. Hierdoor nemen beheersmatige uitdagingen en veiligheidsrisico's toe. Gedetineerden wordt daarom vaccinatie aangeboden in de gevangenis. De groep 60-plus en de groep 60-min met medische indicatie is reeds gevaccineerd met een mRNA-vaccin. Voor justitiabelen die uitstromen voor het ontvangen van hun tweede prik, is de mogelijkheid gecreëerd dit bij de GGD te doen. Eind mei bieden wij het Janssen-vaccin aan voor de 18–60-jarige justitiabelen zonder medische indicatie, waarmee deze groep met één prik beschermd is. Voorlopig blijven de maatregelen ter voorkoming van uitbraken in stand.

Asielzoekers

1. Asielzoekers 18–60 jaar zonder medische indicatie

In overleg met het RIVM, Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA), GezondheidsZorg Asielzoekers (GZA) en GGD GHOR Nederland wordt het vaccineren van asielzoekers in de leeftijd van 18–60 jaar zonder medische indicatie voorbereid. Dit betreft een groep van circa 19.000 mensen, die verspreid wonen op 47 locaties. Er is net als bij andere groepen voor gekozen om de asielzoekers op locatie in één groep te vaccineren.

[38] Kamerstuk 25 295, nr. 1015.

Overwegingen hiervoor zijn efficiëntie in de uitvoering, het verlagen van de drempel om te vaccineren en het verhogen van de vaccinatiebereidheid. Het is wenselijk om te kiezen voor een snelle vaccinatie bij asielzoekers, vanwege het risico op clusteruitbraken gegeven de context van de opvang, waaronder gedeelde voorzieningen. Het vaccineren zal in samenwerking worden uitgevoerd door GZA waar nodig met ondersteuning van de GGD'en. Het COA vervult een grote rol in de coördinatie en logistiek. Dit wordt nog verder uitgewerkt in samenspraak met de verschillende partijen.
Ook voor deze groep wordt het Janssen-vaccin aangeboden. De vaccinatie zal eind mei starten via een pilot op drie AZC-locaties. Vanaf medio juni volgen de overige 44 locaties. Deze planning is afhankelijk van de levering van vaccins en gemaakte afspraken tussen de partijen.

2. Asielzoekers 18–60 jaar met medische indicatie

Voor de groep asielzoekers onder de 60 jaar met een medische indicatie wordt een mRNA-vaccin ingezet vanaf eind mei. Dit betreft een groep van circa 1.500 mensen, die verspreid wonen op 47 locaties. De planning is in lijn met de prioritering van deze groep in de rest van Nederland. Het vaccineren zal in samenwerking worden uitgevoerd door COA, GZA en GGD.

Zeevarenden

Ik heb uw Kamer op 9 maart jl.[39] bericht dat het vaccineren van zeevarenden (werkzaam op een Nederlands gevlagd schip of een schip in Nederlands eigendom) bijzondere uitdagingen oplevert. Dit gelet op de bijzondere karakteristieken van deze beroepsgroep (o.a. langdurige periode- maximaal 11 maanden- werkzaam op het schip, de internationale samenstelling, wereldwijde reisbewegingen en geen adequate medische voorzieningen op het schip of in de nabijheid). Deze bijzondere beroepsgroep kan gebruik maken van de vaccinatie bij de GGD.

Echter, gezien de beperkte momenten van aanwezigheid in Nederland van zeevarenden is de afweging gemaakt om de zeevarenden op een andere wijze te benaderen voor vaccinatie. Vanwege de complexiteit in de uitvoering ontvangt deze groep vanaf medio juni 2021 de benodigde vaccins, in termijnen. Tevens wordt voor deze groep het Janssen vaccin beschikbaar gesteld. In de komende weken wordt de keuze gemaakt voor de (private) uitvoerende partij van dit traject. De kosten voor de logistieke organisatie en de feitelijke vaccinatie worden gedragen door private partijen in de zeevaartsector. De doorlooptijd van dit traject is naar verwachting meerdere maanden. Over de nadere logistieke organisatie vindt overleg plaats met het Ministerie van IenW, RIVM, KVNR en Nautilus.

Arbeidsmigranten

Er zijn volgens berekeningen van het Centraal Bureau van de Statistiek uit 2017[40] ongeveer 840.000 arbeidsmigranten in Nederland (zowel EU-arbeidsmigranten als derdelanders). Iedereen die langer dan 1 maand in Nederland verblijft heeft recht op een vaccin, dat geldt dus ook voor deze groep.[41] Het is daarvoor niet noodzakelijk dat je in de Basisregistratie Personen (BRP) bij een gemeente staat ingeschreven. Ook alle personen die staan opgenomen in het Register Niet-Ingezetene (RNI) en die langer

[39] Aanhangsel Handelingen II 2020/21, nr. 1953
[40] https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/14/bijna-180-duizend-banen-vervuld-door-polen
[41] https://lci.rivm.nl/richtlijnen/covid-19-vaccinatie#2–3-indicatie-voor-covid-19-vaccinatie

dan 1 maand in Nederland verblijven, hebben recht op een vaccinatie. Deze groep ontvangt de benodigde informatie via communicatie vanuit het RNI. 95% van de groep arbeidsmigranten uit Oost-Europa is onder de 50 jaar. Dat betekent dat zij volgens de reguliere vaccinatiestrategie vanaf juni in aanmerking komen voor een vaccinatie.
De vaccinatie vindt plaats bij de GGD. Vaccinatie van deze groep kent extra uitdagingen, omdat zij niet altijd direct oproepbaar zijn via adres- of woongegevens en omdat velen door een taalbarrière niet altijd tot de juiste informatie kunnen komen of geholpen moeten worden in de moedertaal. Om ook de vaccinatiegraad onder arbeidsmigranten hoog te krijgen wordt extra aandacht besteed aan het bereiken van deze doelgroep. Voorlichting en informatie over de vaccinatiecampagne is dan ook van groot belang. Informatie over vaccinatie is al beschikbaar in verschillende talen (o.a. Pools, Roemeens, Bulgaars, Spaans). In regionale netwerken van GGD, sociale partners en maatschappelijke organisaties is aandacht voor deze groep, deels voortkomend uit de ervaringen rondom clusteruitbraken en testen. Zo werken wij aan passende oplossingen om arbeidsmigranten zonder adresgegevens op te roepen en wordt bezien in welke mate arbodiensten en/of werkgevers kunnen ondersteunen in het vaccinatieproces. In het gehele proces staat tevens voorop dat er geen sprake kan zijn van (enige) dwang richting vaccinatie. Gelet op de kwetsbaarheid van de groep wordt hier extra aandacht aan besteed.

Vaccinatie van niet-ingezetenen

Zoals hierboven geschreven, komen personen die – om verschillende redenen – langer dan een maand in Nederland verblijven in aanmerking voor een vaccin. Deze personen staan niet altijd in het BRP of bij een gemeente ingeschreven. Denk hierbij aan het deel van de arbeidsmigranten dat zich niet heeft ingeschreven, maar ook aan afstandsgeliefden en familieleden die vanwege de pandemie niet kunnen reizen. Of personen die om gezondheidsredenen wel in Nederland verblijven maar niet ingeschreven staan. Omdat zij niet staan ingeschreven kunnen deze mensen vooralsnog geen uitnodigingsbrief ontvangen. Samen met het RIVM, GGD GHOR Nederland, het Ministerie van Buitenlandse Zaken en het Ministerie van Binnenlandse Zaken wordt gewerkt aan de uitvoering en communicatie van de mogelijkheid tot vaccinatie voor deze groep, waarbij het RNI zo veel als mogelijk benut zal worden. Zodra hier meer over bekend is, zal ik uw Kamer informeren en wordt hierover via de website van de rijksoverheid, ambassades en relevante instanties gecommuniceerd. Voor de groep mensen die hier momenteel langer verblijft en een Nederlands paspoort en BSN heeft (bijvoorbeeld geëmigreerde Nederlanders), geldt dat zij zich ook zonder uitnodiging voor vaccinatie kunnen melden met hun DigiD bij het webportaal van de GGD, zodra hun leeftijdscohort aan de beurt is.

Vaccinatiebereidheid bevorderen

Het vaccinatieprogramma is er op gericht álle inwoners van Nederland te informeren over de COVID-19 vaccinaties. Ter bestrijding van het virus is het van belang dat zo veel mogelijk mensen daadwerkelijk een vaccinatie gaan halen. Dat vraagt om permanente en structurele aandacht. Ik heb uw Kamer telkens geïnformeerd over de acties die lopen in het kader van de publiekscampagne. Het OMT heeft in zijn advies van 26 april jl.[42] aangegeven dat er signalen zijn over een lagere vaccinatiebereidheid bij mensen met een migratieachtergrond en laaggeletterden. Zij geeft aan dat specifieke aandacht voor deze bevolkingsgroepen belangrijk is en dat gerichte communicatie richting deze doelgroep nodig is. Eerder in de brief

[42] Kamerstuk 25 295, nr. 1169.

heb ik al aangegeven dat het BAO deze oproep van het OMT onderschrijft en oproept tot een goede samenwerking met lokale gremia (als gemeenten en GGD). Het is van groot belang informatie via de juiste, lokale, kanalen te verspreiden en in gesprek te gaan met de gemeenschappen.

Op 23 april jl. heb ik de «Oproep voor een heldere en toegankelijke informatiecampagne over vaccinaties» ontvangen. De initiatiefnemers van dit manifest maken zich zorgen om een «informatiekloof» tussen doelgroepen waardoor vaccinatiebereidheid verschilt tussen bevolkingsgroepen. Op 29 april jl. heeft een gesprek plaatsgevonden met de initiatiefnemers van het manifest. Bij dit gesprek waren vier huisartsen uit achterstandswijken in de grote gemeente aanwezig, een vertegenwoordiger uit een ziekenhuis, een hoogleraar

Gezondheidswetenschappen en een vertegenwoordiger van GGD regio Utrecht. Er is uitgebreid gesproken over hun ervaringen, welke problemen zij tegenkomen in hun verschillende praktijken en welke aanpak vanuit de verschillende perspectieven succesvol zouden kunnen zijn. Daaruit kwam onder andere naar voren dat het van belang is om dichtbij mensen te komen, door het aanspreken van het netwerk in de wijken en het inzetten van herkenbare figuren voor het delen van de vaccinatieboodschap. Het gesprek wordt uitgewerkt en vervolgd.

Zowel VWS als de lokale partijen steken veel energie in het bereiken en informeren van de moeilijker bereikbare doelgroepen. Juist de lokale partijen spelen een grote rol bij het bereiken van deze groepen. GGD'en, gemeenten, welzijnsorganisaties weten wat er lokaal speelt en hoe de mensen geïnformeerd kunnen worden. Zo maken GGD'en en gemeenten filmpjes specifiek gericht op bepaalde gemeenschappen en spreken zij met lokale influencers over manieren om de doelgroepen te bereiken. De gemeente en GGD Amsterdam organiseren bijvoorbeeld veelvuldig onlinebijeenkomsten voor en door de doelgroepen. Zij zorgen voor persoonlijke voorlichting in vertrouwde kleinschalige settings met de gemeenschap (moskee, buurthuis) en een arts. Ook worden artsenspreekuren in verschillende talen voorbereid in co-creatie met de gemeenschap. Ook op andere plekken worden mooie lokale initiatieven ontplooid met rolmodellen en laagdrempelige communicatie naar diverse doelgroepen.

VWS ondersteunt de (lokale) partijen met het produceren en verspreiden van zeer diverse informatiemiddelen, materiaal dat gericht is op specifieke doelgroepen, zoals laaggeletterden, mensen met een lagere opleiding of een lagere sociaaleconomische status, mensen met een migratieachtergrond. Zo is onder andere een basisfolder in 13 talen vertaald, een praatplaat geproduceerd waarin met pictogrammen en eenvoudige tekst uitleg wordt gegeven over coronavaccinatie (ook vertaald in 7 talen) en een Steffie-module gemaakt, die in eenvoudige taal uitleg geeft over vaccineren. Deze is ook vertaald in meerdere talen. Daarnaast faciliteerde VWS de livestream voor moslims over vaccineren, die werd georganiseerd door meerdere Islamitische netwerken. Bij de ontwikkeling van dit materiaal is gebruik gemaakt van de inbreng van experts en organisaties die zijn gespecialiseerd in de communicatie met deze groepen, zoals Pharos, Stichting Lezen en Schrijven en ABC. Ook is er intensief contact met communicatieprofessionals van de vier grote steden en GGD'en in de regio's met relatief grote groepen die baat hebben bij dergelijke voorlichtingsmiddelen.

Vanaf mei worden steeds grotere groepen Nederlanders gevaccineerd. Het is dan ook belangrijk dat nog meer vragen worden beantwoord in eenvoudige taal en andere talen. Daarom wordt het pakket aan informatie- en voorlichtingsmateriaal de komende weken steeds verder uitgebreid. Onder andere met informatiekaarten en filmpjes over onderwerpen waar veel vragen over zijn (zoals bijwerkingen, zwangerschap, vaccineren ja/nee).

Vanaf half mei organiseren sleutelpersonen van Inclusia in opdracht van VWS (online) bijeenkomsten voor verschillende gemeenschappen. Zo krijgen deze groepen informatie van mensen die zij vertrouwen en die hun taal spreken. Uit ervaring blijkt dat deze manier van informeren goed werkt. De voorlichters verspreiden de informatie over vaccineren (korte filmpjes, animaties, informatiekaarten) ook via Whatsappgroepen. Zo worden onder meer Marokkaanse, Arabischtalige (waaronder Iraakse, Syrische, Yemen, Soedanese), Turkse, Surinaamse, Caribische, Somalische, Bulgaarse, Hongaarse en vluchtelingen (diverse Afrikaanse landen) gemeenschappen bereikt.

In de wachtkamers van huisartsen, apotheken en ziekenhuizen wordt vanaf half mei informatiemateriaal aangeboden om ook op deze plaatsen mensen te informeren over vaccineren.

Registraties

Aanpassingen in de rapportages

In de brief van 13 april informeerde ik u over de nieuwe rekenmethode die gebruikt werd door het RIVM voor het berekenen van het aantal gezette prikken.[43] Bij de invoering van de nieuwe rekenmethode is bij het RIVM is een programmeerfout opgetreden, hetgeen heeft geleid tot een overschatting van de vaccinatiecijfers.
Het aantal gezette vaccinaties door huisartsen en instellingen is hierdoor overschat met zo'n 10%. In totaal gaat het om circa 220.000 vaccinaties die op 13 april te veel zijn geregistreerd in de berekening. De correctie hiervoor is op 29 april doorgevoerd op het coronadashboard en in de wekelijkse rapportage van het RIVM.

De overschatting is niet direct opgemerkt, omdat de aanpassingen van 13 april op zichzelf ook hebben geleid tot een trendbreuk omhoog in het aantal toegediende vaccinaties. De correctie heeft geen invloed op het verdere verloop van het vaccinatieprogramma. Het nieuwe script dat is opgesteld voor het maken van de berekeningen, waarin dus de gemaakte fout is hersteld, is geverifieerd door een externe partij (Deloitte).

CIMS en aanleveren informatie

In voorgaande brieven heb ik steeds de stand van zaken aangegeven ten aanzien van de registratie van het vaccinatieprogramma, de laatste keer in de brief van 13 april jl.[44] Ik heb toen ook uiteengezet dat het registreren van de COVID-19-vaccinaties primair plaatsvindt in de bronsystemen van de uitvoerende partijen. Wanneer mensen toestemming hebben gegeven om hun data te delen met het COVID-vaccinatie Informatie- en Monitoringsysteem (CIMS) van het RIVM, worden deze data doorgegeven. Is deze toestemming er niet dan worden alleen geanonimiseerde gegevens gebruikt (procesinformatie), zodat het RIVM toch bijvoorbeeld de vaccinatiegraad en effectiviteit van de vaccins kan berekenen.

[43] Kamerstuk 25 295, nr. 1105.
[44] Kamerstuk 25 295, nr. 1105.

Het verkrijgen van al deze informatie is van groot belang ter ondersteuning van het beleid en de uitvoering van het omvangrijke vaccinatieprogramma en de mogelijke bijsturing daarop (berekeningen vaccinatiegraad en effectiviteit van vaccins), maar ook om snel mensen te kunnen benaderen als er bijvoorbeeld iets aan de hand is met een (batch van) een vaccin. Aan alle uitvoerende partijen in het vaccinatieprogramma is gevraagd snel en accuraat data aan te leveren. Alle hiervoor benodigde ICT-koppelingen met CIMS zijn gereed.

In mijn brief van 13 april jl. heb ik al aangegeven dat de ontvangen informatie echter nog onvolledig is en dat dit de monitoring van het programma momenteel hindert. Ook in het 110e advies van het OMT is geconstateerd dat de rapportage van cijfers belangrijk is en roept het OMT met klem de andere partijen op de vaccinatiecijfers door te geven. Lareb heeft eenzelfde zorg geuit. Ik sluit mij hierbij aan en ben daarom in gesprek met de betrokken partijen. Met name betreft het hier de huisartsen waar momenteel 44% ontbreekt en de zorginstellingen waar nog bijna 53% ontbreekt. Oorzaken hiervan zijn naast vertraging in het doorkomen van de gegevens ook fouten in data of ontbrekende onderdelen van data. Het RIVM doet belrondes om specifieke oorzaken en mogelijk knelpunten op te halen. In het bestuurlijk overleg van 29 april jl. zijn de partijen er opnieuw op gewezen dat het aanleveren van gegevens aan CIMS van groot belang is in de bestrijding van de pandemie, maar ook dat het snel en accuraat aanleveren van data onderdeel is van de afspraken die met partijen zijn gemaakt over het aanleveren van vaccins en de tariefstelling met betrekking tot het vaccineren. Eerder deze week heb ik een nieuw bestuurlijk overleg. In dit bestuurlijk overleg is besloten tot het oprichten van een taskforce met RIVM, softwareleveranciers van de bronsystemen en zorgkoepels van huisartsen en instellingen. Eén van de zaken die partijen hebben aangeven is dat de bronsystemen de levering van data niet bevestigen. De taskforce gaat in een kort tijdbestek realiseren dat prikpartijen feedback krijgen als zij vaccinatiedata hebben doorgeven en dat er een reminder wordt gestuurd als zij de vaccinatiedata nog niet hebben aangeleverd. Als de reeds gestarte belrondes van het RIVM met de huisartsen nog andere knelpunten opleveren, dan gaat de taskforce die ook aanpakken. Waar partijen knelpunten zien of obstakels ervaren, doen het RIVM en mijn departement er alles aan om hierin mee te denken of deze op te lossen. Over twee weken wordt de voortgang door de taskforce in een volgend bestuurlijk overleg besproken.
Op deze wijze werken VWS en het RIVM in overleg met de uitvoerende partijen hard aan de leveringen van data op een hoger niveau te tillen en de kwaliteit van de data te verbeteren. Naast de belrondes monitort het RIVM daarom actief welke data nog niet is ontvangen, analyseert eventuele oorzaken nader en voert verbeteracties door. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan technische ondersteuning of verduidelijkingen ten behoeve van de gegevensinvoer. Ook dit zal naar verwachting een verhogend effect krijgen op de hoeveelheid beschikbare data in CIMS. Ook zijn de leveranciers van de in gebruik zijnde informatiesystemen gevraagd de klanten die nog geen gegevens hebben geleverd aan het RIVM actief te benaderen en hen te wijzen op de noodzaak dit alsnog te doen en de klanten hier zo nodig bij te helpen.

Naast de registratie en doorgifte van de vaccinatiegegevens aan het RIVM is een aanvullende meldingsplicht ten aanzien van de vaccinatiestatus van iemand die een positieve testuitslag ontvangt aan de GGD. Deze plicht is vastgelegd in de Wet publieke gezondheid in artikel 24 lid 1 onder b. De melding van iemands» vaccinatiestatus bij een positieve testuitslag is van essentieel belang bij het monitoren van de effectiviteit van vaccins. Het geeft namelijk inzage in hoeveel mensen na vaccinatie toch weer besmet raken met het virus. Met name bij zorginstellingen wordt de vaccinatie-

status van positief geteste bewoners niet altijd doorgegeven en wordt niet voldaan aan deze wettelijke plicht. Het OMT uit zijn zorgen over de onvolledige doorgifte van deze gegevens aan de GGD, immers, compleetheid van deze gegevens is essentieel voor het signaleren en bewaken van (mogelijke) gevallen van vaccinfalen en daarmee de effectiviteit van de vaccinaties. Dit is een zorgelijk signaal en ik wijs de betrokken partijen in onze gesprekken op de naleving van deze wettelijke plicht.

Naleving maatregelen door gevaccineerden

Naarmate de vaccinatiegraad toeneemt, heeft dat gevolgen voor de maatregelen waaraan volledig gevaccineerden (dus die een eerste en tweede prik hebben ontvangen) zich moeten houden. De implicaties voor maatregelen voor gevaccineerden zijn, onder andere, afhankelijk van de mate waarin vaccinatie leidt tot een reductie van transmissie van SARS-CoV-2. Het kabinet beziet momenteel voor drie specifieke groepen hoe deze maatregelen wellicht versoepeld kunnen worden. Ten eerste wordt onderzocht onder welke omstandigheden mensen die zijn gevaccineerd, wellicht gelijkgesteld kunnen worden aan mensen die beschikken over een negatieve toegangstest. Ten tweede wordt gekeken of verdere versoepelingen mogelijk zijn voor gevaccineerden in specifieke omgevingen waar inmiddels sprake is van een hoge vaccinatiegraad, zoals de langdurige zorg, waar instellingen zelf op basis van OMT-adviezen hun beleid bepalen. Ten derde wordt bezien hoe gevaccineerden onderling zich al dan niet hoeven te houden aan maatregelen. Ook het advies van de Gezondheidsraad over de mate waarin vaccins beschermen tegen overdracht van het virus, is hierbij van belang. Het kabinet streeft ernaar over deze vragen in de tweede helft van mei een OMT-advies uit te vragen en op basis daarvan verder te besluiten. Na dit besluit zullen de specifieke maatregelen voor gevaccineerden opgenomen worden in het openingsplan.

Monitoring bijwerkingen Lareb

Bijwerkingencentrum Lareb geeft aan dat tot en met 9 mei april 49.850 meldingen met 287.034 vermoede bijwerkingen zijn ontvangen en bekeken. De meeste bijwerkingen die worden gemeld zijn bekend. Het gaat met name om spierpijn, hoofdpijn, vermoeidheid en koorts. Lareb geeft aan dat deze tijdelijke klachten zijn toe te schrijven aan de reactie van het afweersysteem op de vaccinatie. Bij 111 meldingen waren er klachten die passen bij een heftige allergische reactie. Alle patiënten zijn snel en adequaat behandeld en hersteld. Daarnaast krijgt Lareb ook meldingen van overlijdens na vaccinatie. Tot en met 9 mei zijn 320 meldingen binnengekomen. Daarbij benadrukt Lareb dat overlijden na vaccinatie niet betekent dat het overlijden is veroorzaakt door de vaccinatie. Wel is gebleken dat soms bekende bijwerkingen bijgedragen kunnen hebben aan het verslechteren van een al kwetsbare gezondheidssituatie. Lareb heeft op zijn website een overzicht van de eerste 90 meldingen met een overlijden gepubliceerd[45].

Zeldzame ernstige bijwerking
Zoals in de brief van 8 april jl.[46] aan uw Kamer is vermeld, heeft het kabinet na advies van de Gezondheidsraad besloten het AstraZeneca-vaccin enkel te gebruiken bij mensen van 60 jaar en ouder. De zeldzame maar ernstige bijwerking van een laag aantal bloedplaatjes in combinatie met uitgebreide trombose is aan deze bijsluiter toegevoegd. Tot en met

[45] https://www.lareb.nl/news/eerste-overzicht-meldingen-overlijdens-na-coronavaccinatie
[46] Kamerstuk 25 295, nr. 1104.

9 mei ontving Lareb 15 meldingen hiervan na toediening van het AstraZeneca-vaccin. De klachten ontstonden 7 tot 20 dagen na vaccinatie. Het gaat om 12 vrouwen en 3 mannen. Hiervan waren er 6 personen tussen 20 en 40 jaar, 3 personen tussen 40 en 60 jaar en 6 personen ouder dan 60 jaar. Sinds alleen nog mensen van 60 jaar en ouder met het vaccin van AstraZeneca (Vaxzevria) worden gevaccineerd, zijn er tot nu toe 3 meldingen op bijna 1 miljoen gegeven vaccins bijgekomen.
Het EMA heeft vastgesteld dat deze bijwerking in 1 op de 100.000 gevallen optreedt na een eerste prik. Het CBG geeft aan dat het aantal meldingen in Nederland lager ligt dan je op basis daarvan mag verwachten. De voordelen van het AstraZeneca-vaccin blijven dus opwegen tegen deze zeldzame bijwerking.

Een laag aantal bloedplaatjes in combinatie met uitgebreide trombose is ook beschreven in de bijsluiter van het Janssen vaccin. Zoals ik ook in mijn brieven van 20 april jl.[47] en 26 april jl.[48] heb vermeld, geeft het aantal meldingen na vaccinatie met het Janssen-vaccin geen aanleiding tot het beperken van de inzet van dit vaccin. Dat blijkt ook uit de nadere analyses van de Amerikaanse Food and Drug Administration (FDA) en de Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Er zijn bij het Lareb nog geen meldingen ontvangen van deze bijwerking bij het Janssen vaccin.

Vaccinatiebewijzen

Elders in deze brief ga ik in op de Digitaal Groen Certificaat (DGC). Daarnaast verwijs ik naar mijn brief van 4 mei jl.[49] over de stand van zaken en verdere besluitvorming ten aanzien vaccinatiebewijzen.

Budgettaire wijziging

Bij de voortgang van de vaccinimplementatie is gebleken dat de verplichtingen die bij de Vijfde Incidentele Suppletoire Begroting 2020[50] en de uitgaven die bij de Tweede Incidentele Suppletoire Begroting 2021[51] van 24 december 2020 aan uw Kamer gemeld werden, niet toereikend zijn. De implementatie omhelst de inzet van het RIVM en VWS op distributie, logistiek en opslag vaccins, evenals de vergoedingen die worden betaald aan uitvoerders voor het plaatsen van de vaccinaties. Daarom zal het bedrag dat hiervoor nodig is opgehoogd worden met € 263,4 miljoen. Omwille van de snelheid en om voortvarend door te gaan met de vaccinimplementatie informeer ik u middels deze brief, en zal de budgettaire verwerking van deze middelen plaatsvinden bij de eerstvolgende incidentele suppletoire begroting die ik u toezend.

9. Innovatieve behandelingen

In mijn brief van 23 februari jl.[52] en 23 maart jl.[53] heb ik aangegeven dat ik uit voorzorg een beperkte hoeveelheid van een COVID-19 antilichaambehandeling zou inkopen. Het gaat specifiek om de behandeling van fabrikant Roche. Dit middel werd aangeboden via een gezamenlijk inkooptraject via de Europese Commissie (EC), dat een eerlijke verdeling van het schaarse middel tussen de lidstaten borgt. Inmiddels heeft de fabrikant een overeenkomst gesloten met de EC en nu Nederland een

[47] Kamerstuk 25 295, nr. 1135.
[48] Kamerstuk 25 295, nr. 1169.
[49] Kamerstuk 25 295, nr. 1176
[50] Kamerstuk 35 683
[51] Kamerstuk 35 684
[52] Kamerstuk 25 295, nr. 995
[53] Kamerstuk 25 298, nr. 1063

landen-specifieke overeenkomst heeft afgesloten, kan het middel binnenkort worden geleverd.

Het gaat om een (nog) niet-geregistreerd geneesmiddel en daarom mag het niet zomaar in Nederland op de markt worden gebracht. De registratie van het middel is nog in behandeling bij het EMA. In de afweging om het middel toch al in Nederland in te kunnen zetten, vond ik het van belang dat het EMA een opinie uitbracht over de reeds beschikbare informatie. In een zogeheten artikel 5(3) procedure heeft het EMA aangegeven[54] dat de op dit moment beschikbare data een gunstig veiligheids- en werkzaamheidsprofiel laten zien. Het RIVM beschikt reeds over een ontheffing om ten bate van infectieziekten bestrijding niet-geregistreerde geneesmiddelen te verstrekken. Ik heb daarom aan het RIVM gevraagd om het contract met de fabrikant af te sluiten en de distributie van het geneesmiddel in Nederland te verzorgen. Deze route om het middel bij de patiënt te krijgen, is ook afgestemd met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

Ik heb medisch specialisten geïnformeerd over het beschikbaar komen van dit geneesmiddel in Nederland voor de behandeling van COVID-19. Zowel het opstellen van behandeladviezen, als de keuze om het middel in te zetten bij de behandeling van een individuele patiënt, ligt bij de medische professionals[55].
Het gebruik zal worden gemonitord, indien nodig zal ik een aanvullende voorraad aankopen. Hiertoe onderhoud ik contact met de fabrikant, alsook met verschillende andere fabrikanten die vergelijkbare producten in ontwikkeling hebben. Ik wil benadrukken dat de aankoop van een niet-geregistreerd geneesmiddel niet de voorkeur geniet en slechts plaatsvindt binnen de uitzonderlijke omstandigheden waarin wij ons bevinden.

Naast de aankoop van deze antilichaambehandeling, blijf ik nieuwe ontwikkelingen op het gebied van innovatieve behandelingen van COVID-19 nauwlettend volgen.

Zorgen dat de zorg het aan kan

De druk in de zorgsector blijft onverminderd hoog. Op dit moment werken de zorgprofessionals op drie fronten tegelijk aan de actuele vraagstukken. Ten eerste spannen zij zich maximaal in om de grote stroom COVID-patiënten in deze derde golf op te vangen; ten tweede doen ze er alles aan om tegelijkertijd ook de zorg aan non-COVID-patiënten zo veel mogelijk te blijven verlenen; en in de derde plaats werken ze ook aan plannen om – na de derde golf – de uitgestelde zorg weer in te halen en om zelf weer te herstellen. Zo werkt de sector – ook in deze zware tijden – continu samen aan goede, veilige en toegankelijke zorg in de gehele zorgketen voor nu en straks.

10. Stand van zaken COVID-zorg

Actueel beeld COVID-zorg in de ziekenhuizen

Na een lange periode van gestage groei in het aantal COVID-patiënten in de ziekenhuizen is er sinds een week een voorzichtige kentering te zien. De gemiddelde instroom van COVID-patiënten daalt en ook de bezetting van zowel de IC- als de klinische bedden gaat langzaamaan omlaag. Wel

[54] EMA issues advice on use of REGN-COV2 antibody combination (casirivimab / imdevimab) | European Medicines Agency (europa.eu))
[55] Medicamenteuze behandeling voor patiënten met COVID-19 (infectie met SARS–CoV-2) | SWAB (swab.nl)

zijn er van dag tot dag en van regio tot regio nog flinke schommelingen qua instroom- en bezettingscijfers te zien. 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 dalen.
Op dit moment (stand 11 mei 2021) zijn volgens het LCPS in totaal 2480 patiënten met COVID-19 in de Nederlandse ziekenhuizen opgenomen, waarvan 748 COVID-patiënten op de IC en 1732 COVID-patiënten in de kliniek.

Op 11 mei 2021 lagen er in totaal 1192 patiënten op de IC (748 patiënten met COVID-19 en 444 non-COVID-patiënten). Daarbovenop waren 188 zogeheten BOSS IC-bedden beschikbaar; dat zijn IC-bedden die de ziekenhuizen beschikbaar (willen) hebben om te allen tijde noodgevallen op te kunnen vangen. Er wordt nog altijd (boven)regionaal samengewerkt om de instroom van nieuwe COVID-patiënten op te kunnen vangen en om de druk op de IC- en verpleegafdelingen zo goed mogelijk over de ziekenhuizen te verspreiden. De ROAZ-voorzitters en ziekenhuizen werken hiertoe nauw samen en het LNAZ houdt de situatie goed in de gaten.

Ook de IGJ volgt de situatie in de ziekenhuizen nauwgezet en informeert de Minister voor MZS hier geregeld over. De IGJ geeft aan dat er vooral in de week van 26 april momenten zijn geweest waarop de situatie zeer nijpend was. Door grote inspanningen van het LCPS en intensieve contacten tussen bestuurders en artsen in verschillende regio's konden de meest dringende knelpunten wel tijdig worden opgelost. Volgens de IGJ onderstreept dit de uitstekende samenwerking en solidariteit tussen de regio's. De IGJ geeft aan dat de situatie de afgelopen dagen weer overwegend beheersbaar was, maar dat de beschikbaarheid van voldoende (IC-)verpleegkundigen nog steeds het grootste knelpunt is. De IC-verpleegkundigen zijn al lange tijd zwaar belast en hebben al maandenlang te maken met structureel overwerk. Een verdere toename van de pandemische druk leidt mogelijk op korte termijn tot een onbeheersbare situatie, waarbij bijvoorbeeld de beschikbare IC-capaciteit daalt door grote uitval van zorgverleners en er op grote schaal opname-stops ingesteld moeten worden. De IGJ geeft daarbij wel aan dat de ontwikkelingen in de afgelopen dagen – voorzichtig – hoopvol stemmen. De brief van de IGJ van 7 mei is als bijlage opgenomen bij deze brief[56].

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 is er een capaciteit beschikbaar van 1.021 eerstelijnsverblijf bedden, waarvan er 460 bedden bezet zijn (cijfers 7 mei 2021). Ten opzichte van vorige week is dit een daling in het aantal beschikbare bedden (-40) maar ook een daling in het aantal bezette bedden (-15). In alle 25 veiligheidsregio's is de situatie rondom personeel, middelen en processen beheersbaar. De actuele bedbezetting is in lijn met de prognoses. De geprognotiseerde piekbezetting is momenteel iets lager in vergelijking met eerdere verwachtingen: in het maximale scenario zal de bedbezetting toenemen tot een piek rond medio mei van circa 660 bezette bedden.

[56] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Toezegging Van der Staaij over verlichting van druk op de ziekenhuizen

De heer Van der Staaij heeft in het COVID-debat van 22 april gevraagd of we nogmaals konden kijken naar welke acties nog mogelijk zijn om de druk in de ziekenhuizen te verlichten (Handelingen II 2020/21, nr. 72, debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus). Uiteraard is het vinden van vernieuwende oplossingen in de totale keten van zorg, om de druk zo goed mogelijk te delen en maximaal samen te werken, voortdurend onderwerp van aandacht bij alle ROAZ-en, zorgpartijen en zorgprofessionals. Ook de IGJ en de NZa volgen dit nauwgezet. De IGJ geeft (in haar brief van 7 mei) aan dat de samenwerking en solidariteit tussen artsen, ziekenhuisbestuurders en de regio's uitstekend is.
In de Kamerbrief van 17 november jl. wordt ingegaan op welke acties in de keten ondernomen worden[57]. Dat gaat onder meer over de rol van de GGD-en rond het inzicht in de eerstelijnsverblijfbedden in elke regio; en over de belangrijke rol van de huisartsen in de behandeling van COVID-19-patiënten. Op dit moment herstellen ongeveer 600 klinische COVID-patiënten thuis onder begeleiding van de huisarts en met ondersteuning vanuit het ziekenhuis en de wijkverpleging. Ook vanuit de zelfstandige behandelcentra wordt in meerdere regio's waar dat kan hulp geboden aan de ziekenhuizen in de zorg voor COVID-patiënten. Voor de patiënten die thuis herstellen is een medische inhoudelijke afweging gemaakt dat begeleiding en behandeling thuis mogelijk is.

Multidisciplinaire integrale richtlijn COVID-19 nazorg

Tijdens het Algemeen Overleg Pakketbeheer van 17 juni 2020 heeft de toenmalige Minister voor MZS toegezegd om uw Kamer te informeren over onder meer de ontwikkeling van de multidisciplinaire integrale richtlijn COVID-19 nazorg. De Minister voor MZS informeert u hierbij over de actuele stand van zaken. Via ZonMw werken Federatie Medisch Specialisten (FMS), Nederlandse Huisartsen Groep (NHG) en Long Alliantie Nederland (LAN) in samenwerking met relevante (para)medische beroepsgroepen en patiëntenvertegenwoordiging aan de ontwikkeling van deze multidisciplinaire richtlijn over zo goed mogelijke nazorg en herstel voor mensen met aanhoudende klachten na COVID-19. Daarnaast richten deze partijen een proces in om de richtlijn actueel te houden en maken zij deze toegankelijk voor professionals en patiënten. De richtlijn zal evidence-based aanbevelingen geven over COVID-19 nazorg, de ervaren knelpunten en kennishiaten. Deze richtlijn bouwt voort op de «leidraad nazorg voor patiënten met COVID-19»[58], de «handreiking behandeling en begeleiding van post-COVID-19 patiënten»[59], «COVID-19 herstelzorg, zorg en preventie in Nederland: resultaten uit een Quickscan»[60] en geprioriteerde knelpunten voorkomend uit de invitational conference van FMS/NHG en LAN van 8 december 2020.

11. Stand van zaken reguliere zorg

Net zoals in voorgaande stand van zakenbrieven gaat de Minister voor MZS in op de situatie in de reguliere zorg. Hierbij wordt dat deze keer nog uitvoeriger gedaan, waarbij de Minister voor MZS ook meteen voldoet aan het verzoek van de vaste commissie voor VWS om in te gaan op de vraag hoe om te gaan met het uitstel van de kritiek planbare zorg. Hierbij zal de Minister voor MZS de context schetsen waarbinnen we de reguliere zorg zoveel mogelijk doorgang laten vinden en de acties die we daartoe

[57] Kamerstuk 25 295, nr. 713
[58] Leidraad Nazorg COVID-19.pdf (demedischspecialist.nl)
[59] lan-handreiking-voor-de-zorg-digitaal.pdf (venvn.nl)
[60] Definitief_Rapport_Quickscan_LAN_oktober_2020.pdf (longalliantie.nl)

tot nu al hebben ondernomen; wordt ingegaan op de actuele vraagstukken en knelpunten in de reguliere zorg; en worden de oplossingsrichtingen geschetst die momenteel worden uitgewerkt.

Context – Lessons learned uit de eerste golf

Tijdens de eerste golf van de COVID-19 uitbraak hebben we gezien dat er veel gevraagd is van de hele keten rond de getroffen patiënten. Zowel de IC- als de klinische capaciteit moest in korte tijd flink uitgebreid worden. Alle betrokken hebben toen alles op alles moeten zetten om de nodige zorg te kunnen blijven verlenen. Daarbij zagen we ook de negatieve consequenties voor de overige patiënten vanwege de grootschalige afschaling van de reguliere zorg. Veel patiënten meldden zich niet meer bij de huisarts met hun klachten, waardoor veel vervolgverwijzingen niet gedaan konden worden. En in de ziekenhuizen werden behandelingen uitgesteld om personeel vrij te spelen voor de nodige COVID-zorg.
De belangrijkste les uit de eerste golf was dan ook dat bij een eventuele volgende golf in de pandemie een dergelijke afschaling zo veel mogelijk voorkomen moest worden.

Context – Opschalingsplan LNAZ

Op basis van de geleerde lessen was na de eerste golf het streven om zoveel mogelijk voorbereid zijn op het onvoorspelbare effect van het COVID-19 virus zolang dat onder ons is en op de gevolgen daarvan voor de gezondheidszorg. Daarom heeft de toenmalige Minister voor MZS aan het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) gevraagd om met een opschalingsplan te komen. Met dit plan werd een situatie beoogd waarin we:
– Zoveel mogelijk voorkomen dat reguliere zorg te veel wordt verdrongen;
– Rekening houden met de benodigde IC-capaciteit voor COVID-zorg;
– Flexibel kunnen opschalen indien de ontwikkeling van het virus onverhoopt toch weer tot een piekbelasting zou leiden;
– Ervoor zorgen dat we goed voorbereid zijn in plaats van dat we heel plotseling en in korte tijd weer moeten opschalen.

Het plan voorzag in een opschaling van IC-bedden en klinische verpleegbedden, met daarbij ook maatregelen op het vlak van onder meer de inzet en opleiding van personeel, vervoer, coördinatie, monitoring en informatiedeling. Voor de uitvoering van het plan heeft het kabinet voor de jaren 2020–2022 bijna 500 miljoen euro beschikbaar gesteld aan de ziekenhuizen.

In het plan is de opschaling van de IC-capaciteit in drie stappen uitgewerkt:
– In stap 1 gaat het om het 100% structureel beschikbaar maken van de reeds bestaande IC-capaciteit in de Nederlandse ziekenhuizen (1150 IC-bedden):
– In stap 2 gaat het om het uitbreiden van de IC-capaciteit met 200 extra IC-bedden (en 400 extra klinische bedden), structureel voor de duur van de pandemie. Een grotere structurele uitbreiding van de IC-capaciteit was volgens het LNAZ en de zorgprofessionals niet realistisch. Om deze structurele uitbreiding op korte termijn mogelijk te maken, was in het plan uitgewerkt dat een aangepaste werkwijze van IC-verpleegkundigen noodzakelijk was. Deze stap moest op 1 oktober 2020 gerealiseerd zijn.
– In stap 3 gaat het om een verdere flexibele uitbreiding met 350 extra IC- bedden (en 700 extra klinische bedden). Deze bedden zouden alleen worden gezet voor COVID-19 patiënten in geval van een onverhoopt grote piek. In het plan was voorzien dat de uitbreiding in deze stap om

maximale ondersteuning van alle ondersteunende professionals zou vragen gedurende de piekbelasting. Enige afschaling van de reguliere zorg was daarbij onoverkomelijk, maar wel verantwoord omdat het enkel om het opvangen van de piek zou gaan. Deze stap moest op 1 januari 2021 gerealiseerd zijn.

Het plan is op 30 juni aan de Tweede Kamer aangeboden[61] en meteen daarna zijn de ROAZ-en en ziekenhuizen gestart met de uitvoering daarvan. Gedurende de zomerperiode van 2020 – terwijl in die tijd het zorgpersoneel ook probeerde te herstellen van de inspanningen tijdens de eerste golf – is hard gewerkt om de extra IC-bedden en het opleiden van personeel conform planning te realiseren. Met name de personele kant was bepalend bij de mogelijkheden om de IC-capaciteit uit te breiden. Hierbij is – naast de werving van nieuw personeel en het verhogen van contracturen van bestaand personeel – vooral ingezet op de opleiding van «buddies» voor de IC-verpleegkundigen. Dat zijn verpleegkundigen van andere afdelingen uit het ziekenhuis (zoals operatieassistenten, klinisch verpleegkundigen of medewerkers van de spoedeisende hulp) die kunnen bijspringen op de IC en daar werkzaamheden kunnen uitvoeren onder verantwoordelijkheid van een IC-verpleegkundige. De opleiding tot IC-verpleegkundige duurt 18 maanden; daarom was het niet realistisch om – gegeven de korte tijd om het plan uit te voeren – vooral daar op in te zetten. En tempo bij de uitbreiding van de IC-capaciteit was hard nodig, omdat de tweede golf zich in de loop van september al eerder, sneller en anders voordeed dan was voorzien.

Context – Tijdelijk beleidskader waarborgen acute zorg

In oktober 2020 werd duidelijk dat – door de snelle en dagelijkse stijging van het aantal COVID-19 patiënten in de ziekenhuizen – de reguliere zorg steeds meer onder druk kwam te staan; en de verwachting was dat de druk nog verder zou oplopen en dat het niet meer mogelijk was om de volledige reguliere zorg te blijven verlenen. Om in heel Nederland te zorgen voor een gelijk en evenwichtig niveau van uitstel van delen van planbare zorg heeft de Minister voor MZS het «tijdelijk beleidskader voor het waarborgen van acute zorg in de COVID-19 pandemie» opgesteld, dat op 23 oktober 2021 aan de Tweede Kamer is gestuurd[62]. Het doel daarvan was om de kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg (voor zowel COVID als non-COVID-patiënten) en de kritieke planbare zorg op peil te houden. Het tijdelijk beleidskader borgt dat de toegang die patiënten hebben tot de zorg overal in Nederland gelijk blijft en dat geen willekeur ontstaat; en dat de kwaliteit die wordt geleverd en de afwegingen die daarbij door zorgprofessionals worden gemaakt overal gelijkwaardig blijven. Onderdeel van het beleidskader is onder andere een raamwerk van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) om de juiste afwegingen te kunnen maken over welke zorg al dan niet uitgesteld kan worden.

Verloop van de pandemie en gevolgen voor de zorg

Inmiddels is ook de derde golf een feit en hebben we lange tijd het aantal COVID-patiënten in de ziekenhuizen zien toenemen waardoor de druk op de zorg en de druk voor de zorgprofessionals flink oplopen.

Hierbij zijn er grote verschillen tussen de eerste golf enerzijds en de tweede en derde golf anderzijds. Daar waar de eerste golf zich kenmerkte door een enorme piek, kenmerkt de derde golf zich door een breed plateau.

---

[61] Kamerstuk 25 295, nr. 455
[62] Kamerstuk 29 247, nr. 317

In de eerste golf kwamen we op 11 maart 2020 voor het eerst voorbij de signaalwaarde van 10 COVID-opnames op de IC per dag. De piek van 1424 COVID-patiënten op de IC volgde op 7 april 2020 en op 5 mei 2020 kwamen we voor het eerst weer onder de signaalwaarde van 10 COVID-opnames op de IC per dag. Ook qua klinische opnames was hetzelfde patroon te zien. Het was snel en hoog pieken en – met de kennis van nu – ook redelijk snel dalen.

Op basis van de eerste golf en gegeven de controlestrategie van het kabinet was in het Opschalingsplan van de LNAZ uitgegaan van een structurele COVID IC-capaciteit van 200 bedden. Echter in de tweede en derde golf was het verloop van de pandemie totaal anders. De IC's waren al snel bezet met meer dan 200 COVID-patiënten en de instroom- en bezettingscijfers in de ziekenhuizen blijven sindsdien op een vrij constant maar te hoog plateau. De IC-instroom is sinds eind september 2020 niet meer onder de signaalwaarde van 10 opnames per dag geweest. Vanaf 7 oktober lagen meer dan 200 COVID-patiënten (de structurele capaciteit uit het Opschalingsplan) op de IC en sinds eind december is het aantal COVID-patiënten op de IC niet meer onder 510 gekomen en alleen maar verder toegenomen tot het plateau van rond de 815 patiënten eind april. Voor de klinische verpleegbedden is eenzelfde beeld te zien. Sinds eind december 2020 is het nog niet voorgekomen dat er minder dan 1.000 patiënten met COVID waren opgenomen op de klinische bedden en nu zitten we daar met het huidige plateau rond de 1.700 COVID-patiënten. De zorg heeft in de tweede en derde golf dus geleverd wat ze beloofd hadden (en zelfs veel meer dan dat). Hoewel de afspraken over opschaling dus wel degelijk conform het plan van LNAZ gerealiseerd zijn, zien we echter dat de tweede en de derde golf en het plateau veel hoger en langer waren dan tijdens de eerste golf.

Dit vraagt nog steeds heel veel van zorgprofessionals. Dat zien we ook terug in de ziekteverzuimcijfers. In 2020 bedroeg het ziekteverzuim in de ziekenhuizen 5,7%. Dit is een stijging van 0,5 procentpunt ten opzichte van 2019, toen het verzuim 5,2% bedroeg. In 2021 meet de NZa voortdurend een gemiddeld ziekteverzuim van 7,5 tot 8%, met uitschieters naar 12% in sommige ziekenhuizen en tot 20% op sommige afdelingen. Het is aannemelijk dat een deel van het verzuim is veroorzaakt door besmetting met corona, al neemt dit nu af omdat het merendeel van het ziekenhuis-personeel inmiddels met voorrang gevaccineerd is. Daarnaast leiden de hogere werkdruk en emotioneel zware omstandigheden vanwege corona waarschijnlijk tot meer verzuim.

Actueel beeld reguliere zorg

Om de benodigde handen voor de COVID-zorg vrij te spelen en vanwege de oplopende uitval van personeel door ziekte en overbelasting, zijn de ziekenhuizen genoodzaakt om steeds grotere delen van de klinische zorg af te schalen. Het gaat dan in het algemeen om uitstel van behandelingen waarvoor patiënten meerdere dagen in het ziekenhuis moeten verblijven. De (semi-)acute zorg, waar ook de COVID-zorg onder valt, kan overal geleverd blijven worden. Ook veel andere zorg in de ziekenhuizen, zoals poliklinische behandelingen, diagnostiek en controles, zijn tijdens de tweede en derde golf meestal gewoon doorgegaan.

Uitstel van een operatie is uiteraard vervelend voor de patiënten, maar daarmee niet direct medisch onverantwoord. Met het raamwerk van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) uit het tijdelijk beleidskader waarborgen acute zorg kunnen de artsen om de juiste afwegingen te kunnen maken over welke zorg al dan niet kan worden uitgesteld.

In de afgelopen maanden was er soms al sprake van afschaling van behandelingen in de niet-kritieke planbare zorg (klasse 4 en 5 uit het raamwerk van FMS). Denk daarbij bijvoorbeeld aan knie- en heupoperaties of de behandeling van een liesbreuk. Momenteel is in een toenemend aantal ziekenhuizen ook afschaling van sommige behandelingen in de kritiek planbare zorg (klasse 3 uit het raamwerk van FMS) aan de gang. Dit is zorg die binnen zes weken geleverd moet worden, bijvoorbeeld operaties van kankerpatiënten of transplantaties. Op 10 mei rapporteerde[63] de NZa dat het percentage ziekenhuizen dat kritiek planbare zorg volledig kan leveren 45% is, nog eens 55% dit deels kan leveren en 0% van de ziekenhuizen niet in staat was om dit te leveren. Op 4 mei waren deze percentages respectievelijk 49%, 51% en 1%[64].
Elk ziekenhuis heeft inzicht in de categorie zorg die patiënt nodig heeft. Hierop worden dagelijks de keuzes in commissies van professionals gewogen. De artsen maken hier dus verantwoorde afwegingen en zeker niet alle zorg in deze klasse wordt afgeschaald, maar uitstel heeft bij dergelijke behandeling niet de voorkeur en het inhaalmoment mag ook zeker niet te lang duren om risico op gezondheidsschade te voorkomen.

Oplossingsrichtingen

Het uitstel van reguliere zorg kan niet oneindig doorgaan. Daarom is het hoopvol dat de gemiddelde COVID-instroom en -bezetting in de ziekenhuizen de afgelopen week is gedaald; en de prognose is dat die daling zich verder inzet.
Een dalende COVID-bezetting in de ziekenhuizen betekent ook dat we aan de slag zullen gaan met het vraagstuk van de inhaalzorg, in combinatie met het goed laten herstellen van het zorgpersoneel dat al vele maanden lang een enorme inspanning levert in de zorg voor alle patiënten. Door het creëren van de juiste randvoorwaarden probeer ik hierbij zoveel mogelijk te ondersteunen. Ik faciliteer zorgorganisaties en zorgprofessionals op verschillende manieren, met als doel de kwaliteit van zorg én de kwaliteit van het werken in de zorg zo goed als mogelijk te borgen. Dat doe ik langs vier lijnen:
1) De druk op de zorg en zorgmedewerkers beheersen
2) Financiële en juridische ruimte voor (het opleiden van) meer personeel.
3) Maatschappelijke initiatieven voor (het opleiden van) tijdelijk extra ondersteunend personeel
4) De (mentale) gezondheid van zorgmedewerkers bevorderen.

Samen met de veldpartijen werkt de Minister voor MZS momenteel de benodigde plannen uit. Zo werkt de NZa samen met veldpartijen aan een kader om de toegankelijkheid van zorg na de COVID-crisis te waarborgen. Dit kader is bedoeld om ervoor te zorgen dat mensen die zijn geconfronteerd met uitstel van zorg weer snel geholpen kunnen worden, zonder al te grote regionale verschillen.

De ziekenhuizen werken – in afstemming binnen het ROAZ, binnen de zorgnetwerken van de verschillende medisch specialismen en met de zorgverzekeraars – individuele inhaalzorgplannen uit. De verzekeraars zorgen voor optimale communicatie richting hun verzekerden/patiënten, bijvoorbeeld over de mogelijkheden van zorgbemiddeling.

Daarnaast werken FMS en VenVN gezamenlijk aan een herstelplan voor het zorgpersoneel. De Minister voor MZS vindt het belangrijk dat de professionals hier zelf het voortouw in hebben. Alleen zij kunnen het beste

[63] NZa: Analyse van de coronacrisis voor verwijzingen en inzichten uit Zorgbeeld – 10 mei 2021
[64] NZa: Analyse van de coronacrisis voor verwijzingen en inzichten uit Zorgbeeld – 4 mei 2021

inschatten wat er nu nodig is en wat het beste aansluit bij de praktijk. Hierbij wordt rekening mee gehouden dat de artsen en verpleegkundigen die het meest aan herstel toe zijn, momenteel nog volop zijn ingezet in de zorg voor COVID- en reguliere patiënten. Dit beperkt enigszins de mogelijkheden voor hen om snel aan het herstelplan te werken.

Zoals eerder al toegezegd zal de Minister voor MZS de Tweede Kamer nog deze maand breed en integraal informeren over de plannen rond de inhaalzorg en het herstel van de zorgprofessionals. Daarmee zal ook een doorkijk gegeven worden hoe we kijken naar de noodzakelijke crisisbestendigheid van de zorg in de toekomst.

Bescherming van mensen met een kwetsbare gezondheid

12. Kwetsbare personen in instellingen voor langdurige zorg en thuis

Kwetsbare groepen

Informatie vaccinatie voor ouderen

Het is belangrijk dat een zo groot mogelijke groep zich laat vaccineren. De seniorenorganisaties (KBO-PCOB, KBO-Brabant, ANBO en NOOM) hebben aangegeven een helpende hand te willen bieden in het informeren van de achterban over vaccinatie. Zij willen dit – samen met de LHV – doen door via uitzendingen bij regionale omroepen (met lokale huisartsen en geriaters) het belang van vaccinatie nogmaals bij mensen onder de aandacht te brengen en antwoord te geven op veel gestelde vragen. Dit zal een bijdrage leveren in het maximaliseren van de vaccinatiebereidheid; ik ben de seniorenorganisaties en LHV dan ook dankbaar voor dit initiatief.

Steunpakket sociaal en mentaal welzijn en leefstijl: Update actielijn welzijn kwetsbare groepen

In de kamerbrief[65] van 12 februari jl. is uw Kamer geïnformeerd over het steunpakket sociaal en mentaal welzijn en leefstijl. De tweede actielijn van het steunpakket zet in op het mentaal en sociaal welzijn van kwetsbare groepen. Het doel van deze actielijn is de impact van de coronamaatregelen op het mentaal en sociaal welzijn van kwetsbare groepen zoveel mogelijk te beperken. Over actielijn één, jeugd, en het sport deel uit actielijn drie, gezonde leefstijl, is uw Kamer middels eerdere stand van zaken brieven[66] geïnformeerd.

Onder de doelgroep kunnen verschillende kwetsbare groepen vallen. Gemeenten krijgen ruimte om de middelen in te zetten waar de lokale situatie om vraagt. Kwetsbare groepen waar in het bijzonder aandacht voor wordt gevraagd zijn: eenzame ouderen, mensen die psychisch kwetsbaar zijn, mensen met een (licht verstandelijke) beperking en mensen die dak- en thuisloos zijn. De landelijke middelen voor deze actielijn worden op verschillende manieren ingezet:

- Subsidie aan consortia van landelijke seniorenorganisaties. Hierbij wordt onder andere ingezet op:
  - Opstarten van de activiteiten van lokale afdelingen en werven van nieuwe vrijwilligers;
  - het met stages verbinden van jongeren aan lokale afdelingen van seniorenorganisaties;

[65] Kamerstuk 25 295, nr. 988
[66] Kamerstuk 25 295, nr. 1105, Kamerstuk 25 295, nr. 1063

  - uitbreiding van telefoonlijn met bij voorbeeld beeldbellen en extra inzet van expertise t.a.v. rouwverwerking;
  - aangaan van een-op-een contact met mensen die eerst deelnamen aan activiteiten zoals Alzheimer cafés.
- Subsidie aan (de koepel van) vrijwilligersorganisaties om te zorgen dat zij juist in deze tijd hun kunnen werk blijven doen en waar nodig kunnen opschalen.
- Intensivering van de landelijke campagne van het actieprogramma Eén tegen eenzaamheid.
- Subsidie mogelijkheden voor initiatieven die zich richten op bestrijden van eenzaamheid.
- Extra impuls in het fonds voor cultuurparticipatie.
- De lokale middelen zijn inmiddels ontvangen door gemeenten en de plannen voor besteding worden op dit moment nader dor hen uitgewerkt.

Dak- en thuisloze mensen

De Staatssecretaris van VWS heeft besloten dat de noodopvang voor dak- en thuisloze mensen open blijft tot stap 2 van het openingsplan. Vanaf dat moment krijgen gemeenten twee weken de tijd de opvang af te bouwen. De richtlijn voor de opvang van dak- en thuisloze mensen is hierop aangepast[67]. In het kader van de motie van de leden Westerveld en Simons (Kamerstuk 25 295, nr. 1144) zijn we met gemeenten in gesprek over de ondersteuning die zij nodig hebben in het begeleiden van dakloze arbeidsmigranten naar werk. Ik zal daar in een volgende stand van zakenbrief uitgebreider op in gaan.

Communicatie over vaccinatie

Er wordt onverminderd doorgewerkt aan het verhogen of op peil houden van de vaccinatiebereidheid én aan het draagvlak voor de aanpak en de vaccinatiestrategie. Er wordt flink ingezet op het beantwoorden van zoveel mogelijk vragen en twijfels die leven onder het algemeen publiek. Dit doen we door informatie te delen op de website (coronavaccinatie.nl) en via het callcenter 0800 1351. Ook vragen op social media worden beantwoord door een webcareteam. Daarnaast loopt er sinds eind 2020 een multimediacampagne op radio, televisie en online. Deels om mensen te verwijzen naar de plekken waar zij informatie kunnen vinden over vaccineren (website en callcenter), deels om de groepen die aan de beurt zijn te motiveren zich te laten vaccineren door #ikstroopmijnmouwop. Aanvullend worden er experts aan het woord gelaten en wordt er verdiepende informatie geboden, in het bijzonder voor mensen die meer of andere bronnen willen omdat zij nog twijfelen. Met de productie van middelen wordt er rekening gehouden met mensen die tot een specifieke doelgroep behoren, bijvoorbeeld door vertalingen te bieden of aanvullende middelen met veel beeld en/of gesproken tekst te maken.
Tweede helft april is een nieuwe televisiespot gelanceerd, is er een radiospot met een bekende artiest live gegaan. De artiest levert op vrijwillige basis een bijdrage aan deze campagne. Daarnaast zijn er diverse filmpjes en informatieve berichten gedeeld op social media, waaronder een serie over het AstraZeneca-vaccin.

[67] Richtlijn opvang dak- en thuisloze mensen | Richtlijn | Rijksoverheid.nl

Verpleeghuiszorg

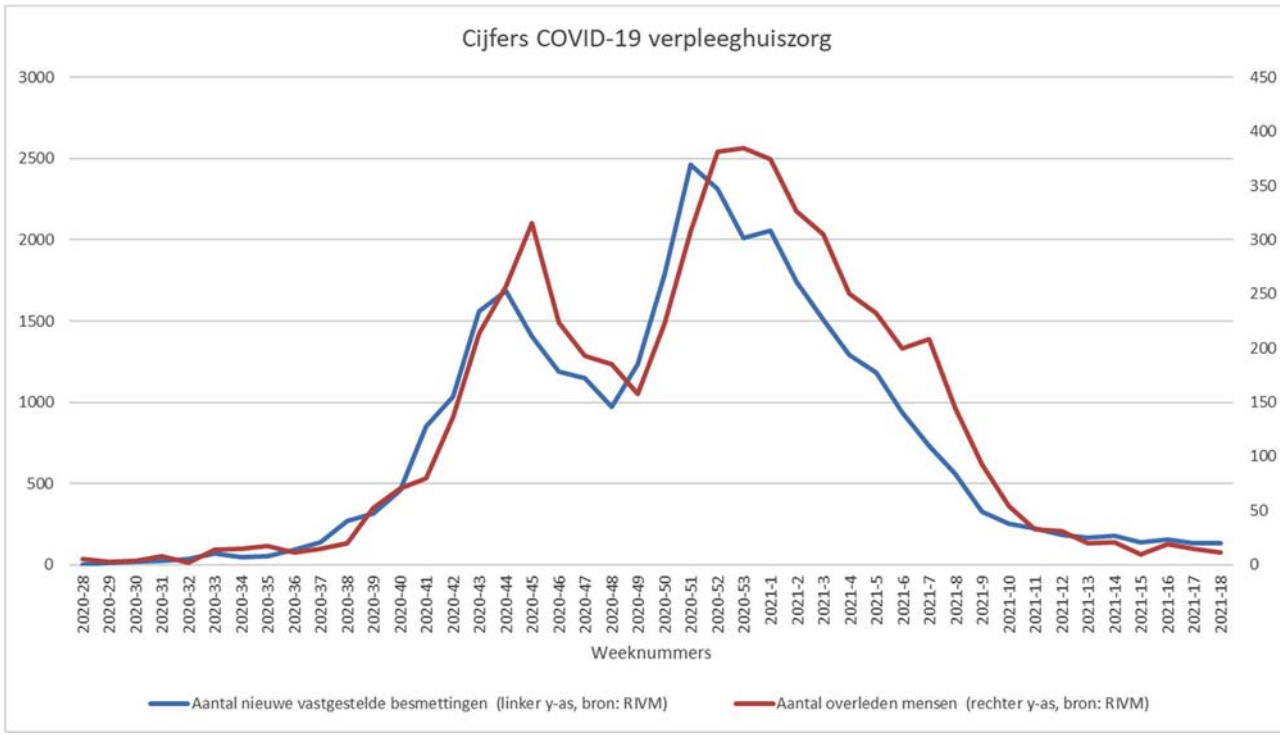
Cijfers

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 10 mei 2021) blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 17 en 18 [68]) circa 260 bewoners positief getest zijn op COVID-19. Het aantal nieuwe besmettingen en de sterfte zijn snel afgenomen, nadat de bewoners zijn gevaccineerd. Deze trend komt ook naar voren uit de cijfers van Verenso.
- Het RIVM schat dat sinds het uitbreken van de crisis bij circa 41.600 bewoners van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd. Van dit aantal zijn circa 8.540 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 18 zijn 11 bewoners overleden bij wie COVID-19 is vastgesteld.

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



Figuur 1. Cijfers COVID-19-verpleeghuiszorg

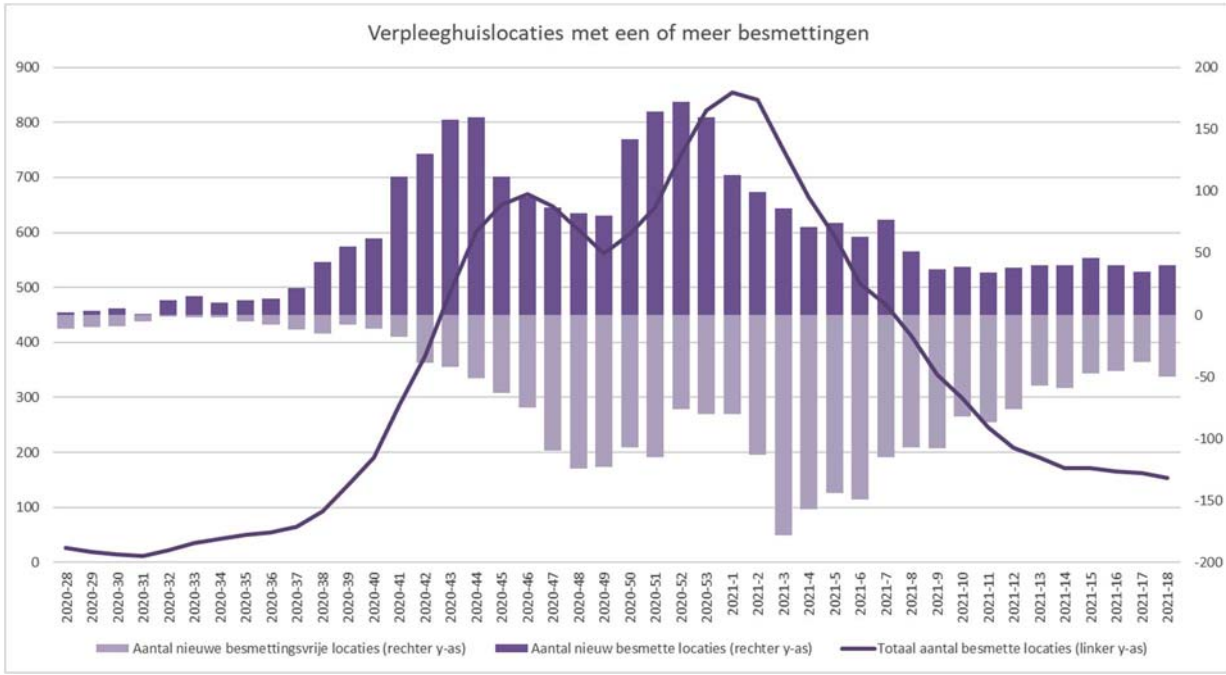
Locaties

- Het aantal locaties met een besmetting is in de eerste maanden van het jaar 2021 flink afgenomen.
- Wekelijks raken nog nieuwe locaties besmet. Het gaat in totaal om 75 locaties in de afgelopen twee weken (35 in week 17 en 40 in week 18).

[68] In deze paragraaf is met de RIVM-gegevens gerekend met weektotalen van zondag tot en met zaterdag. Week 17 is van 24 april tot en met 1 mei.

- 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 88 locaties in de afgelopen twee weken (38 in week 17 en 50 in week 18).
- De laatste weken is het aantal locaties waar de besmetting ten einde is iets lager aan het aantal nieuwe locaties met een besmetting, zodat per saldo het aantal locaties met een of meer besmettingen heel geleidelijk verder afneemt. Het RIVM schat dat op 8 mei 2021 bij 153 verpleeghuislocaties in de afgelopen vier weken sprake was van een of meer vastgestelde COVID-19-besmettingen. Dat is circa 6,5% van het aantal locaties. 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 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 y-as het aantal nieuwe besmettingsvrije locaties weer.

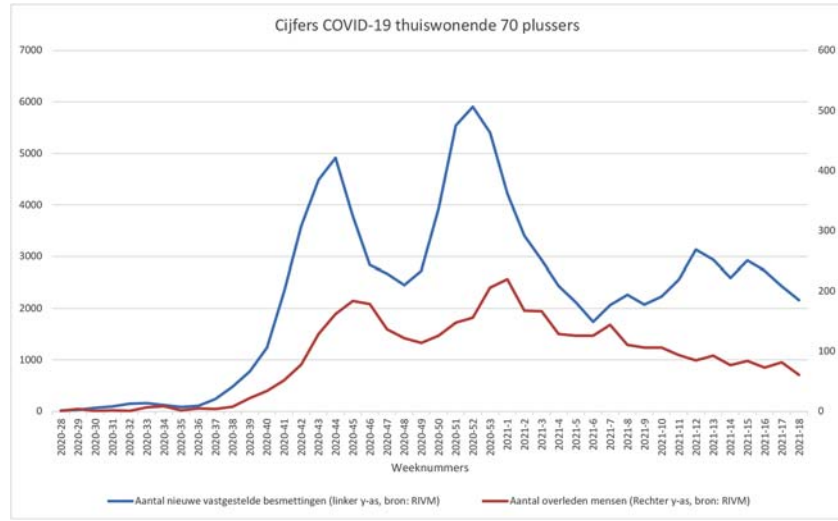


Figuur 2. Verpleeghuislocaties met een of meer besmettingen

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 schommelt de laatste weken tussen de 2.500 en 3.000. Uit de cijfers van het RIVM blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 17 en 18) het aantal nieuwe besmettingen circa 4.600 bedraagt. Dit is minder dan de 5.640 in de voorgaande twee weken (week 15 en 16). De sterfte aan COVID-19 onder deze groep is vanaf het begin van het jaar 2021 geleidelijk afgenomen.
- Het RIVM schat dat vanaf 1 juli 2020 bij ruim 101.100 personen van boven de 70 jaar die thuis wonen een COVID-19-besmetting is bevestigd, van wie ongeveer 3.950 mensen als overleden zijn gemeld.



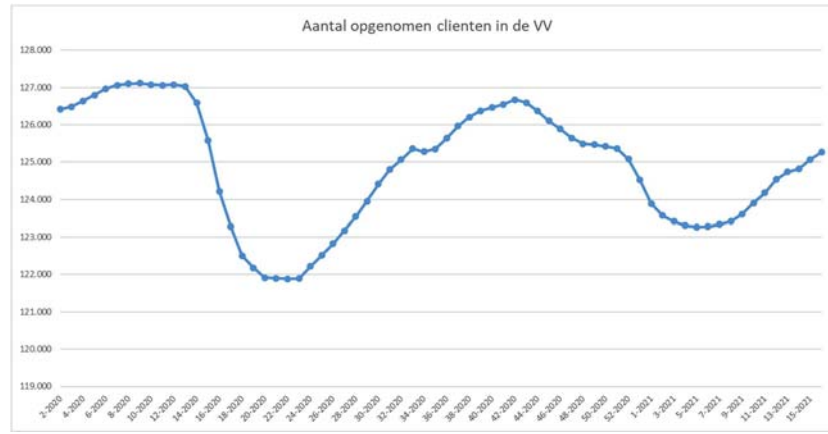
Figuur 3. Cijfers COVID-19 ouderen thuis (70-plus)

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

De laatste weken zien we een geleidelijke herbezetting van lege verpleeghuisplekken. Op 18 april jl. was sprake van circa 1.850 plaatsen leegstand. Het aantal opgenomen cliënten neemt weer toe doordat de sterfte in de verpleeghuizen als gevolg van het vaccineren flink is afgenomen. De sterfte in de Wlz is volgens het CBS nu lager dan op grond van de gebruikelijke sterfte rond deze tijd van het jaar verwacht kan worden.[69] 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 de leegstand afgenomen door herbezetting. Tijdens de tweede golf nam de leegstand weer toe door hogere sterfte in de verpleeghuizen als gevolg van COVID-19. De ontwikkeling is te volgen dankzij de weekcijfers over het aantal Wlz-cliënten naar leveringsvorm, die het CBS op mijn verzoek publiceert.[70]

[69] Zie: Gezondheid in coronatijd (cbs.nl)

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



Figuur 4. Opgenomen personen in de sector Verpleging en verzorging

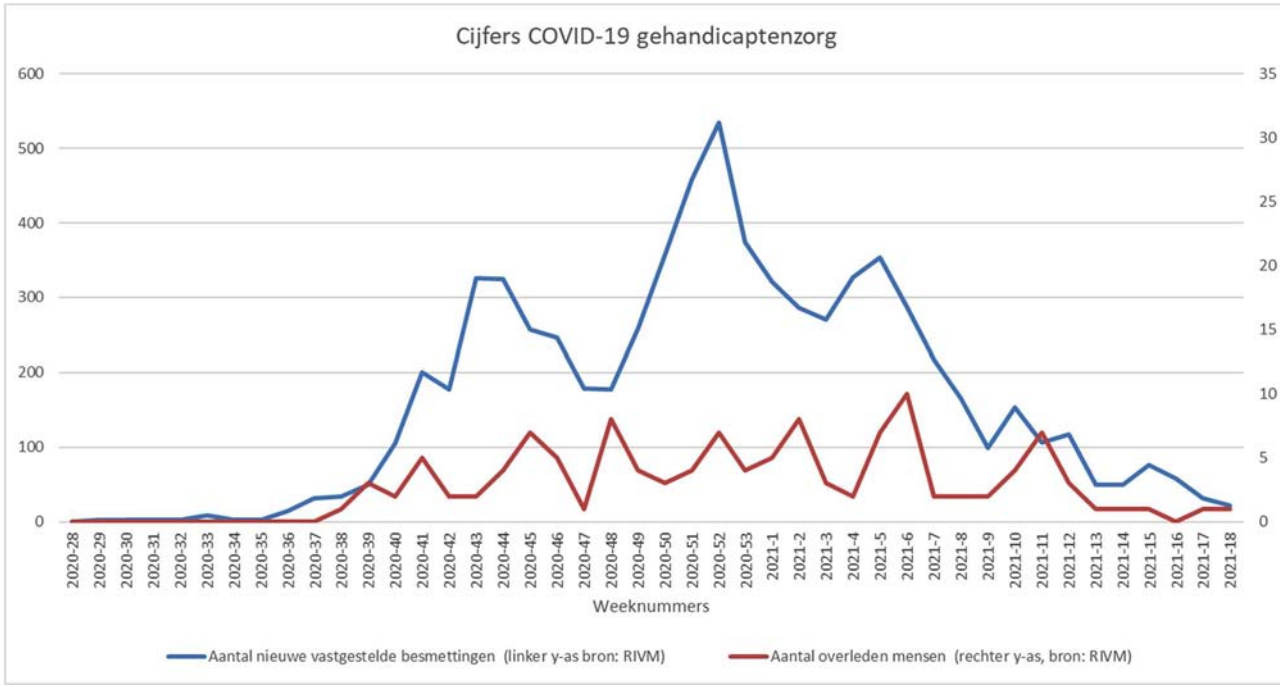
Mensen met een beperking in gehandicaptenzorginstellingen en thuis

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:

- Het aantal besmettingen en de sterfte in de gehandicapteninstellingen is momenteel zeer laag. Uit cijfers van het RIVM blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 17 en 18) 53 bewoners besmet zijn geraakt. In de twee weken daarvoor waren het er 134.
- Het RIVM schat dat sinds 1 juli 2020 bij 7.115 bewoners van instellingen sprake is van een bevestigde COVID-19-besmetting, van wie 122 mensen zijn overleden.

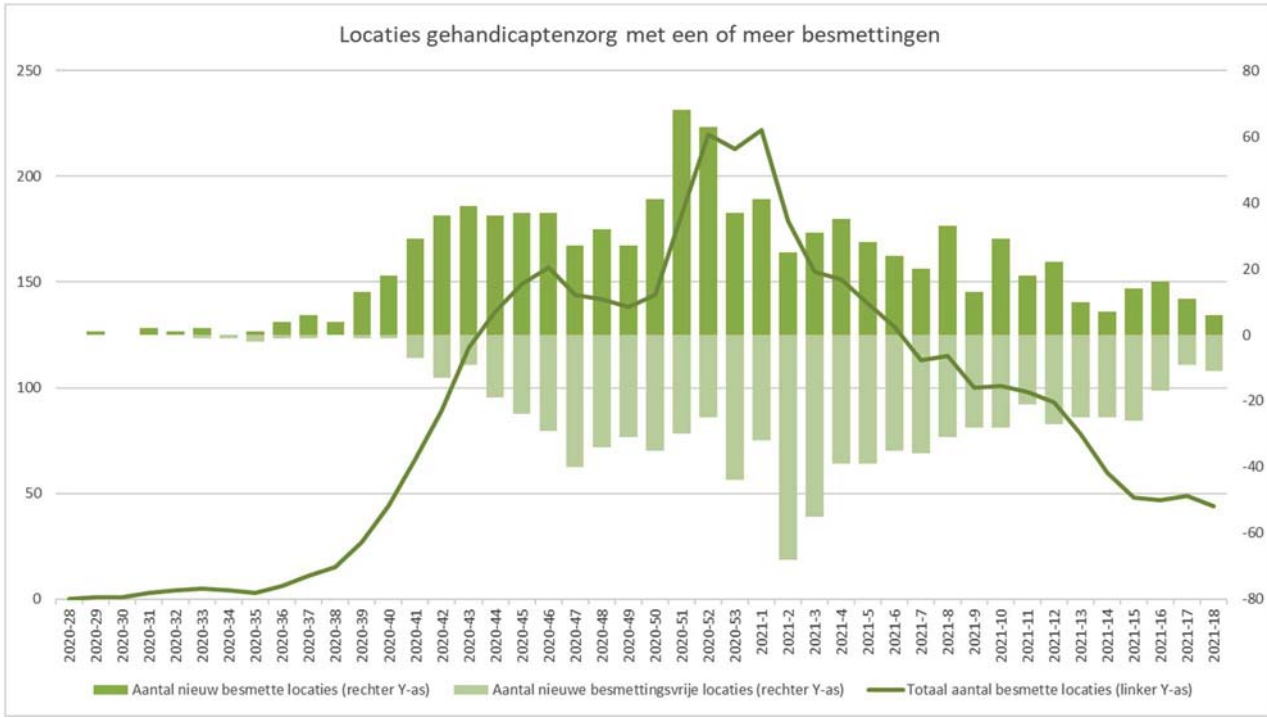
Bij de instellingen voor gehandicaptenzorg zien we dus dat het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen (linker y-as) de afgelopen periode is gedaald. De sterfte onder de bewoners blijft gelukkig laag (rechter y-as). In onderstaande figuur is de ontwikkeling vanaf 1 juli 2020 weergegeven.



Figuur 5. Cijfers COVID-19 gehandicaptenzorg

Locaties

Het RIVM schat dat op 8 mei bij 44 locaties voor gehandicaptenzorg sprake was van een vastgestelde COVID-19-besmetting. Dat is ongeveer 1,5% 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 18 zijn 6 nieuwe locaties besmet geraakt. Op circa 11 locaties was de afgelopen 28 dagen geen nieuwe besmetting meer gemeld. Dit is vrijwel evenveel als het aantal nieuw besmette locaties. Per saldo is het aantal locaties met een of meer besmettingen in week 18 weer wat verder afgenomen. Vanaf januari is een flinke afname te zien van het aantal locaties met besmettingen.



Figuur 6. Locaties gehandicaptenzorg met een of meer besmettingen

Monitoring COVID-19 verpleeghuizen

Op 15 april 2021 hebben de Academische Werkplaatsen ouderenzorg het rapport «Gevaccineerd, en nu?» gepresenteerd[71]. Het beschrijft de resultaten en conclusies van de 4e meting van de monitor naar de bezoekregeling in verpleeghuizen. Deze monitor is ingesteld na het landelijke bezoekverbod in verpleeghuizen (periode maart – mei 2020). De uitgevraagde gegevens waarop het rapport is gebaseerd hebben betrekking op de periode tot begin april en dus is het effect van het OMT-advies van eind maart en mijn brief daarover van 7 april 2021 niet in het rapport meegenomen. Het rapport geeft aan dat de vaccinatiegraad in verpleeghuizen hoog is. Begin april 2021 zijn bijna 8 op de 10 bewoners gevaccineerd en ongeveer 6–7 van elke 10 medewerkers. In de meeste verpleeghuizen is het percentage gevaccineerde bewoners zelfs hoger dan 80%. Bij medewerkers is er veel variatie. In 2 op de 10 huizen is de geschatte vaccinatiegraad van het zorgpersoneel hoger dan 80% en in 2 op de 10 lager dan 60%; de rest ligt daar tussenin. Als mogelijke redenen om niet te vaccineren worden bij medewerkers vooral angst voor bijwerkingen en onvoldoende vertrouwen in het vaccin genoemd. Het rapport geeft aan dat ten tijde van het opstellen van het rapport de verpleeghuizen nog terughoudend waren met het organiseren van versoepelingen, hetgeen ook niet verwonderlijk is omdat op dat moment het OMT-advies nog moest verschijnen. Tegelijkertijd geeft het rapport aan dat de verpleeghuizen in zekere zin voorlopen op de rest van de samenleving gezien de nu reeds hoge vaccinatiegraad in de verpleeghuizen. Juist in de verpleeghuizen is meer mogelijk, zoals het genoemde OMT-advies ook aangeeft. De Academische Werkplaatsen zullen in de komende periode inventariseren bij de zorgaanbieders die bij hen zijn aangesloten op welke wijze versoepelingen plaatsvinden. Deze voorbeelden zullen breed worden gedeeld, onder andere via «Waardigheid en Trots op locatie».

[71] Verpleeghuizen nog terughoudend met versoepelen | Academische Werkplaats Ouderenzorg

Toezegging aan lid Wilders over wat er nog meer kan in verpleeghuizen

In het debat van 15 april jl. (Handelingen II 2020/21, nr. 69, debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus) heb ik toegezegd naar aanleiding vaneen vraag van de heer Wilders om in een volgende brief aandacht te besteden aan de vraag of er niet meer mogelijk is in verpleeghuizen nu veel bewoners zijn gevaccineerd. Zoals ik in mijn brief van 7 april jl. (Kamerstuk 25 295, nr. 1103) heb aangegeven heeft het OMT, op mijn verzoek, eind maart geadviseerd welke versoepelingen er op een veilige en verantwoorde manier mogelijk zijn in verpleeghuizen en instellingen voor gehandicaptenzorg. Bij de afweging welke versoepelingen mogelijk zijn, spelen verschillende randvoorwaarden een rol: de vaccinatiestatus van de bewoners, de omgevingsprevalentie van COVID-19, de vaccinatiegraad in Nederland, het feit dat vaccinatie geen 100% bescherming biedt en de vraag in hoeverre het vaccin beschermt tegen transmissie van het virus.
De verpleeghuissector heeft dit advies opgepakt en heeft zijn handreiking over bezoek en sociaal contact inmiddels aangepast. Bestuurders van verpleeghuizen zijn, in samenspraak met bewoners, hun naasten en medewerkers, volop bezig met de vraag welke versoepelingen mogelijk zijn gezien de lokale omstandigheden. Veel verpleeghuizen voeren inmiddels versoepelingen door. Mij bereiken hier veel positieve berichten over. In mijn gesprekken met de branche- en beroepsorganisaties blijf ik benadrukken dat verpleeghuizen de ruimte moeten nemen die er is.

Op dit moment laat de huidige omgevingsprevalentie nog niet toe om volledig terug te keren naar het «oude normaal». Op het moment dat deze significant afneemt, zal ik het OMT opnieuw vragen mij te adviseren over mogelijke versoepelingen. Ook naar aanleiding van het advies van de Gezondheidsraad over de transmissie na vaccinatie, dat naar verwachting in de tweede helft van mei wordt uitgebracht, zal het OMT worden gevraagd de versoepelingen nogmaals te bezien. Op het moment dat dergelijke adviezen van het OMT er zijn, zal de sector dit oppakken door opnieuw de handreiking aan te passen. Tegelijkertijd is de handreiking flexibel waardoor instellingen ook nu al versoepelingen door kunnen voeren die gezien de lokale omstandigheden veilig en verantwoord zijn.

Motie Pouw-Verweij en Paternotte[72]

Uw Kamer heeft op 29 april jl. een motie van de leden Pouw-Verweij en Paternotte aangenomen. Deze motie verzoekt de regering in overleg te gaan met verpleeghuizen om te benadrukken dat de huidige door het OMT geadviseerde versoepelingen bij een hoge vaccinatiegraad veilig en verantwoord zijn. Tevens wordt de regering verzocht om naar aanleiding van het recente ECDC-advies het OMT te vragen of verdere versoepelingen in verpleeghuizen mogelijk zijn.

Ik praat zeer regelmatig met de branche- en beroepsorganisaties uit de langdurige zorg, waaronder die uit de verpleeghuissector. In deze gesprekken zijn mogelijke versoepelingen een terugkerend gesprekson-derwerp. Zoals u weet heeft het OMT eind maart een advies uitgebracht welke versoepelingen op een veilige en verantwoorde manier mogelijk zijn. De sector heeft dit opgepakt, onder andere door de handreiking bezoek en sociaal contact aan te passen. In mijn gesprekken blijf ik benadrukken dat verpleeghuizen de ruimte moeten nemen die er is.

[72] Kamerstuk 25 295, nr. 1153

Op 22 april jl. heb ik het OMT gevraagd mij te adviseren over het ECDC-advies over maatregelen bij volledig gevaccineerde personen. Ik heb het OMT gevraagd of dit advies gevolgen heeft voor de maatregelen c.q. adviezen voor instellingen voor langdurige zorg, voor thuiswonende ouderen, voor BCO en voor reizen.

Het OMT wijst in het 110e OMT-advies op zijn advies van eind maart met betrekking tot het versoepelen van maatregelen in instellingen voor langdurige zorg na volledige vaccinatie van bewoners. Het OMT geeft aan dat dit advies geheel in lijn is met de ECDC-adviezen. Zo is het mogelijk dat op de eigen kamer van een volledig gevaccineerde bewoner door een of enkele vaste verzoekers afgezien kan worden van het dragen van een mondkapje en het afstand houden. Deze bezoekers dienen dan bij voorkeur zelf ook volledig gevaccineerd te zijn of zich te laten testen voorafgaand aan het bezoek. Op het moment dat de omgevingsprevalentie significant afneemt en zodra het advies van de Gezondheidsraad over transmissie na vaccinatie beschikbaar is, zal ik het OMT opnieuw vragen mij te adviseren over mogelijke versoepelingen.

Andere onderwerpen

13. Communicatie

Communicatie rond de opening van Nederland

Bij het openingsplan is bij iedere stap aandacht voor de benodigde en begrijpelijke communicatie. Bij iedere stap wordt de samenleving geïnformeerd en handelingsperspectief geboden. Tegelijkertijd blijft het van groot belang om de basismaatregelen na te blijven leven.
Op 28 april is gestart met de eerste voorzichtige stap uit het openingsplan. Op de dag dat de eerste versoepelingen ingaan start er een nieuwe Alleen Samen campagneflight: een tv spot, en radiospot en online video. De middelen uit de campagneflight worden voor een optimaal bereik in een toolkit actief gedeeld met gemeenten, veiligheidsregio's en organisaties. Ook is voor hoger onderwijsinstellingen een aangepaste online video (20 seconden) ontwikkeld waarin de gedeeltelijke opening van het hoger onderwijs in combinatie met afstand houden en zelftesten centraal staat. Daarnaast wordt er door de titels van de reguliere jongerencampagne van Alleen Samen (o.a.VICE, FunX, Slam FM) speciale content ontwikkeld over de versoepelingen en de basisregels.
In de communicatieuitingen staan de belangrijkste versoepelingen die met stap 1 gezet worden centraal, samen met het belang van het blijven naleven van de basisregels en het laten vaccineren zodra dit kan. De intensivering van de communicatie rond de basisregels zelf loopt inmiddels enige weken.
Voor iedere vervolgstap die uit het openingsplan wordt gezet, start er de komende periode een nieuwe Alleen Samen campagneflight.

Campagne bevorderen thuiswerken

Thuiswerken is een belangrijke maatregel om aantal besmettingen terug te dringen. Veel mensen werken thuis. Van belang is dat deze groep dit vol blijft houden. Daarnaast is het ook van belang om meer werkgevers en werknemers te overtuigen dat thuiswerken belangrijk blijft. Daarom is er gewerkt aan een thuiswerkcampagne.

Op 1 mei is gestart met deze campagne in printmedia. Op 3 mei start gedurende 3 weken een radio campagne. Deze wordt in juni drie weken herhaald. Vanaf 10 mei start een social media campagne waar men geleid

wordt naar de site Hoewerktnl.nl/ thuiswerken. De campagne is gericht op werkgevers en werkenden in sectoren waar thuisgewerkt kan worden.

Testen en quarantaine

De campagnes op radio, tv en online over testen en quarantaine die in april zijn gestart bereiken het brede publiek. In de gedragsonderzoeken zien we dat de testbereidheid, die in januari op een (te) laag niveau was inmiddels weer substantieel hoger is. Een duidelijke meerderheid geeft aan zich bij klachten te laten testen. Ook weten velen de Quarantainecheck – quarantainecheck.rijksoverheid.nl – te vinden.
Specifiek voor jongeren is de succesvolle campagne CoronaConflict, die zich eerst vooral richtte op thuisblijven (quarantaine) uitgebreid met uitingen over testen. Deze jongerencampagne speelt actief in op de aarzelingen en weerstanden bij jongeren, zonder daar direct een oordeel aan te verbinden. Dat blijkt in deze doelgroep effectief.

Om antwoord te geven op de vragen die er leven over zelftesten en te waarschuwen dat ook bij een negatieve zelftest de maatregelen blijven gelden, is er een animatievideo gemaakt die uitleg geeft over het gebruik van de zelftest. De animatievideo wordt actief verspreid via social media kanalen zoals Instagram, YouTube en Facebook.

Publiekscommunicatie over toegangstesten is in voorbereiding. Daarbij wordt goed gebruik gemaakt van de ervaringen die in april zijn opgedaan met de pilots toegangstesten in de culturele, sportieve en recreatieve sector. De voorbereiding vindt plaats in nauwe samenwerking met de ministeries van VWS, EZK en OCW en met de Stichting Open Nederland. Implementatie is afhankelijk van de behandeling van de Tijdelijke Wet testbewijzen COVID-19 door de Eerste Kamer.
Een gerichte communicatie aanpak over de in te zetten Quarantaineplicht voor reizigers uit zeer hoog-risicogebieden is eveneens in voorbereiding. Onderdelen daarvan zijn de quarantaineverklaring en de pagina op rijksoverheid.nl waar de verklaring beschikbaar zal zijn. Daarbij zijn de ministeries van VWS, BZ en IenW en de reissector intensief betrokken. Ook hier is qua timing de behandeling van de wet door de Eerste Kamer richtinggevend.

14. Arbeidsmarkt

Instroom personeel

De reserve bij Extra Handen voor de zorg

Extra Handen voor de Zorg heeft momenteel 6448 mensen beschikbaar, waarvan 1747 momenteel zijn voorgesteld aan zorgorganisaties in antwoord op hun aanvragen. Extra Handen voor de Zorg werkt vraaggestuurd, het is aan zorgorganisaties om een beroep te doen op dit potentieel. In de brief van 23 maart jl.[73] lichtte ik toe hoe Extra Handen voor de Zorg het verschil tussen aanbod en inzet verklaart. Behalve dat zorgorganisaties beter zijn voorbereid op toenemende pandemische druk en meer behoefte hebben aan structurele oplossingen dan aan tijdelijke inzet, neemt Extra Handen voor de Zorg waar dat zorgorganisaties tegen de grenzen aanlopen van hun absorptievermogen van tijdelijke zorgmedewerkers. Daarnaast zie ik dat het aantal besmette locaties in de verpleeghuiszorg sterk afneemt. Deze daling is ingezet nadat werd gestart met vaccineren in de verpleeghuizen.

[73] Kamerstuk 25 295, nr. 1102

Tabel 4. huidige reserve zorgverleners en hun beschikbaarheid in uren

	Totale reserve	*Voorgesteld, wacht op reactie*	*Momenteel niet voorgesteld*	*%> 20 uur beschikbaar*
Medische achtergrond	2.482	877	1.605	35%
Medisch student	1.153	193	960	25%
Coronabaan	2.256	453	1.803	100%
Coronabaan duurzame instroom	557	224	333	100%[1]
	6.448	**1.747**	**4.701**	

[1] Een review op de cijfers leert ons dat al deze mensen 20 uur of meer beschikbaar zijn.

Het samenwerkingsverband Extra Handen voor de Zorg (EHvdZ) heeft besloten om per 3 mei niet langer mensen zonder zorgachtergrond in te schrijven. De redenen hiervoor zijn tweeledig. Enerzijds zijn er op dit moment 2813 mensen zonder zorgachtergrond voor minimaal 20 uur in de week beschikbaar via EHvdZ. EHvdZ verwacht dat dat meer dan genoeg is om aan de vraag van zorgorganisaties te voldoen, gelet op de ervaringen tot dusver. Zorgorganisaties hebben vooral behoefte aan zorgprofessionals met een diploma. Daarnaast wil EHvdZ ook geen verwachtingen wekken die zij niet kan inlossen: het blijven inschrijven van mensen zonder zorgachtergrond, terwijl het aantal aanvragen daarvoor terugloopt, leidt tot teleurstelling bij die mensen die zich nu nog aanmelden.
EHvdZ blijft zich inzetten om de mensen in haar bestanden te matchen met zorgorganisaties. Dat geldt onverkort ook voor de mensen zonder zorgachtergrond en de mensen die de training van de Nationale Zorgklas (NZK) hebben doorlopen. Dat doen ze onder andere met de inzet van professionele recruiters en de campagne «Ik doe, Ik Kan», die laat zien hoe mensen zonder zorgachtergrond kunnen worden ingezet binnen zorgorganisatie.

Bonus 2021

Op 15 april jl. heb ik met uw Kamer gesproken over de dilemma's rondom de bonus 2021. In mijn brief van 13 april jl. heb ik u de twee opties geschetst. Zoals u weet heb ik in het debat mijn voorkeur uitgesproken voor variant 2: zorgverleners in alle branches binnen de sector Zorg en Welzijn die max. 2x modaal verdienen, kunnen in aanmerking komen voor een bonus; afhankelijk van het aantal aanvragen zal het bonusbedrag netto zo'n € 200 tot € 240 bedragen.
In het Covid-debat van 15 april jongstleden is door het lid Segers (CU) gevraagd of het mogelijk is de inkomensgrens bij variant 2 te verlagen naar 1,5x modaal, zodat de bonus toekomt aan de groep zorgprofessionals die deze het beste kunnen gebruiken. Gezien de beperkte stijging van het netto bonusbedrag[74] bij een verlaging van de inkomstengrens naar 1,5x modaal afgezet tegen de omvang van de doelgroep[75] die hierdoor niet meer in aanmerking kan komen voor de bonus, heeft het mijn voorkeur de groep zorgprofessionals die in aanmerking kan komen voor de bonus niet te verkleinen ten opzichte van de bonus 2020. De gezamenlijkheid waarin alle zorgprofessionals hard werken binnen de sector vraagt om een onderlinge solidariteit. Dat brengt met zich mee dat ik een bredere doelgroep laat voorgaan op een beperkte stijging van het

[74] Een verlaging van de inkomstengrens van 2x modaal naar 1,5x modaal brengt een verwachte stijging van het netto bonus bedrag met zich mee van ca. 30 euro.
[75] irca 7% van de zorgprofessionals verdient tussen de 1,5x en 2x modaal. Dit betreft circa 0,1 miljoen zorgprofessionals.

bonusbedrag. Daarnaast biedt het behoud van dezelfde inkomstengrens het voordeel dat zorgaanbieders minder uitvoeringslasten hebben, dan wanneer deze inkomstengrens zou worden aangepast ten opzichte van de bonus 2020. Om zorgaanbieders nog dit jaar in de gelegenheid te stellen de bonus uit te betalen aan zorgprofessionals ben ik inmiddels gestart met de uitwerking van de regeling om zo een openingstelling van het aanvraagloket voor de zomer te realiseren. Uitstel is niet mogelijk, in dat geval schuift het uitbetalingsmoment aan zorgaanbieders immers op naar het einde van het kalenderjaar of naar begin 2022, waarna zorgaanbieders nog moeten overgaan tot uitbetaling aan de zorgprofessionals. Gezien de enorme inzet van zorgprofessionals wil ik hen niet onnodig lang op hun bonus laten wachten.

De regeling werk ik nu in lijn met variant 2 uit. Zoals ik in de brief van 13 april heb geschetst, impliceert de keuze voor variant 2 dat de regeling wordt uitgebreid met een aantal sectoren die in 2020 waren uitgesloten, zoals fysiotherapie en verloskundigen. Net als bij de bonus 2020 is het de zorgaanbieder die uiteindelijk beoordeelt wie van zijn medewerkers een uitzonderlijke prestatie heeft geleverd in deze tijd van Covid-19; opnieuw kunnen alleen medewerkers die maximaal 2x modaal verdienen voor een bonus in aanmerking komen. Ook blijft overeind dat zorgaanbieders in 2021 de bonus ook kunnen aanvragen voor schoonmakers en voor derden, zoals uitzendkrachten en ZZP'ers.
De precieze subsidievoorwaarden en -vereisten worden uitgewerkt in een wijziging van de Subsidieregeling bonus zorgprofessionals COVID-19. Deze wijzigingsregeling verwacht ik uiterlijk 15 juni as. te publiceren, zodat op die datum het aanvraagloket voor zorgaanbieders kan openen. Dat betekent dat zorgaanbieders nog dit jaar de bonus aan de betreffende medewerkers kunnen uitbetalen.

Adviesaanvraag SER

Schaarste aan personeel is een dagelijkse realiteit. Dit geldt zeker nu, maar dat zal in de toekomst blijven. Hiervoor is voldoende instroom vanuit de opleidingen van groot belang. Dit geldt ook voor het belang ervoor te zorgen dat zorgprofessionals hun werk zo goed mogelijk willen en kunnen blijven doen, en in te zetten op aantrekkelijk werk in de zorg. In september 2020 heb ik daarom een breed pakket aan maatregelen aangekondigd, erop gericht om het werken in de zorg aantrekkelijker te maken[76]. Het kabinet heeft hiervoor extra middelen vrij gemaakt, oplopend tot 130 miljoen per jaar vanaf 2023. In aanvulling daarop heb ik de SER verzocht om advies met een verkenning van specifieke knelpunten én kansen die bij kunnen dragen aan instroom, behoud, werkplezier en waardering in de brede zin van het woord. Ik heb daarbij verzocht het rapport tijdig te ontvangen, opdat de resultaten betrokken kunnen worden bij de formatie van een volgend kabinet. Ik zal u het advies direct na ontvangst sturen.

Uitkomsten AZW werkgevers- en werknemersenquête

In het kader van het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn voert het CBS twee keer per jaar werkgevers- en werknemersenquêtes voor de sector zorg en welzijn uit. In de monitorbijlage bij de vierde voortgangsrapportage programma Werken in de Zorg[77] heb ik u erover geïnformeerd dat vanwege de coronacrisis de enquêtes in het voorjaar van 2020 niet hebben plaatsgevonden. In het najaar van 2020 zijn de enquêtes hervat. Bij deze informeer ik uw Kamer over de uitkomsten. Uit

[76] Kamerstuk 29 828 nr. 411
[77] Kamerstuk 29 282, nr. 416

de werknemersenquête blijkt dat eind 2020 81% van de werknemers in de zorg (zeer) tevreden was met hun werk. Daarnaast gaf 91% van de werknemers aan goed toegerust te zijn voor het werk. Echter, de werkdruk is nog steeds hoog; 39% van de werknemers gaf aan een (veel) te hoge werkdruk te ervaren. De volledige uitkomsten van de werkgevers[78] en werknemersenquête[79] zijn beschikbaar op de website van het CBS.

15. Slachthuizen

Zoals toegezegd door de Minister voor Medische Zorg en Sport in het debat op 15 april jl. wordt in deze brief nader ingaan op de meldingen bij slachthuizen, inclusief de cijfers.
Het Samenwerkingsplatform Arbeidsmigranten en COVID-19 (verder: Samenwerkingsplatform) ontvangt meldingen over besmettingen in onder andere de vleesverwerkende industrie, waaronder slachthuizen, van deelnemende organisaties. Sinds 1 september 2020 is het Samenwerkingsplatform operationeel en voor een jaar ingesteld.

Het Samenwerkingsplatform bij het Landelijk Operationeel Team-Corona (LOT-C) is ingericht als tijdelijke hulpstructuur om op landelijk niveau afstemming tussen operationele partners te realiseren. Het doel van het platform is het voorkomen en beperken van de verspreiding van het COVID-19 virus binnen of door de doelgroep arbeidsmigranten die in Nederland wonen en werken. In het platform werken de veiligheidsregio's, de GGD en het RIVM samen met landelijke toezichthouders als de Inspectie SZW en de NVWA. Afhankelijk van de situatie kunnen andere toezichthouders worden toegevoegd. Het Samenwerkingsplatform heeft als taken:
– Het verzamelen, analyseren en delen van informatie van de operationele partners om sectoren met een hoog risico op besmetting met het coronavirus te identificeren.
– Het coördineren van preventieve acties om potentiële brandhaarden in risicosectoren te voorkomen.
– Het voorbereiden, met respect voor de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de verschillende partijen, van een gecoördineerde inzet op het regionale niveau. Dit om snel te kunnen optreden bij een uitbraak in een bedrijf of een sector zoals recent bij slachterijen.
– Het onderhouden van contacten met buitenlandse autoriteiten, in het bijzonder de Duitse regionale overheden, gezien de grensoverschrijdende aspecten van arbeidsmigratie.

Actuele situatie in slachthuizen

Dit jaar zijn door het Samenwerkingsplatform bij zeven bedrijven in de vleesverwerkende industrie interventies gepleegd na geconstateerde coronabesmettingen.
De meest recente en actuele besmettingen zijn bij Vion Boxtel, Vion Tilburg en ESA Apeldoorn. Bij Vion Boxtel (1.600 werknemers) zijn in de periode 28 februari – 8 april 2021 in totaal 131 besmettingen geconstateerd. Vanaf 8 april tot heden 11 mei 2021 zijn er bij Vion Boxtel nog 3 besmettingen vastgesteld.

De GGD geeft aan dat de bedrijfsgeneeskundige dienst van Vion Boxtel zelf de 1.600 medewerkers test. Dagelijks worden de medewerkers mét klachten getest en wekelijks alle medewerkers. Het beeld wat de GGD

[78] https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2021/17/azw-uitkomsten-werkgeversenquete-4e-kwartaal-2020
[79] https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2021/17/azw-uitkomsten-werknemersenquete-4e-kwartaal-2020

hierbij heeft is dat er zowel besmettingen plaatsvinden binnen het bedrijf, maar ook in de thuissituatie of tijdens het gemeenschappelijk vervoer. De GGD is bijna wekelijks in overleg met de bedrijfsgeneeskundige dienst van Vion over de toename van besmettingen binnen Vion Boxtel.

De GGD onderzoekt, gezien de toename van de besmettingen, via sequencing of sprake is van een variant binnen het bedrijf. Hiervoor zijn 2 monsters gesquenced. Deze laten beiden de Britse variant zien. Dit betrof monsters uit maart 2021, de Britse variant was op dat moment al dominant in de regio. Daarmee is dit dus geen bijzondere bevinding.

Op 8 maart 2021 heeft de Inspectie SZW telefonisch contact gehad naar aanleiding van een melding. Op grond van de informatie van de GGD, de reeds beschikbare informatie bij de Inspectie SZW over het bedrijf en de vestiging en deze hernieuwde telefonische interventie bij de vestiging op 8 maart heeft de Inspectie SZW geen aanleiding gezien om de werkzaamheden stil te leggen.

Bij Vion Tilburg (250 medewerkers) betreft het 36 besmettingen in de periode 15 februari–6 april 2021. Uit het bron- en contactonderzoek van de GGD is naar voren gekomen dat er een aantal personen is dat privé bij elkaar gekomen is en elkaar mogelijk op die manier besmet hebben.
De GGD Hart van Brabant geeft aan dat vanaf 30 april tot heden er nog 11 besmettingen zijn vastgesteld. De indexen werken op verschillende afdelingen en wonen ook niet op gezamenlijke adressen. Er zijn nu geen aanwijzingen voor een onderlinge link. We zijn in contact met de bedrijfsgeneeskundige dienst hierover en monitoren dit nauwkeurig.

De laatste inzet betreft ESA in Apeldoorn van 22 april 2021 met op dat moment 8 besmettingen. Daar is het toezicht door de NVWA toen gestaakt, omdat het slachthuis onvoldoende maatregelen nam om te voorkomen dat positief geteste medewerkers in contact konden komen met dierenartsen van de NVWA en hun officiële assistenten in dienst van KDS. Vervolgens hebben twee slachthuizen in dezelfde omgeving van hetzelfde concern zélf het werk stilgelegd op 26 april 2021. De Veiligheidsregio heeft – mede namens de NVWA, Inspectie SZW, gemeente, GGD en LOT-C met het Samenwerkingsplatform – per brief van 26 april 2021 de directie aangegeven aan welke voorwaarden van de toezichthouders en de GGD moet worden voldaan voordat weer tot opening kan worden overgegaan. Na een schouw op 28 april jl. is het werk op 29 april jl. weer hervat met alleen de negatief geteste medewerkers. Daarnaast is in overleg met de GGD op de bedrijven een teststraat ingericht. Tenslotte zijn er door het bedrijf extra toezichthouders aangesteld die toezien op het handhaven van de coronamaatregelen.

Op 4 mei 2021 is bij een inspectie door de Inspectie SZW echter geconstateerd dat geen of onvoldoende opvolging heeft plaatsgevonden van zaken die tijdens genoemde schouw op 28 april jl. zijn besproken. Vanuit de NVWA en KDS is eenzelfde beeld teruggekoppeld in het integrale afstemmingsoverleg van genoemde partijen. Deze bevindingen hebben geleid tot een brief aan het bedrijf. De VanDrie Group, waar ESA onderdeel vanuit maakt, heeft vervolgens zelfstandig besloten de activiteiten bij ESA per 5 mei te staken, omdat het bedrijf meer tijd nodig heeft om beschermende maatregelen adequaat in te voeren.
Na doorvoeringen van enkele maatregelen, die onder andere toezien op het opleiden en aansturen van ingehuurde corona-toezichthouders en aanpassingen in gangpaden, kleedruimtes, productieafdelingen en hygiënesluizen, zijn de werkzaamheden op 6 mei weer opgestart. Genoemde partijen monitoren gezamenlijk de situatie nauwgezet en stemmen verdere acties, waaronder het inroepen van artikel 58l

(zorgplicht besloten plaatsen) van de Wet publieke gezondheid, indien noodzakelijk af.

Volgens opgave van het RIVM hebben de GGD'en in de periode 1 januari 2021 – 28 april 2021 in totaal 20 clusters in de vleesindustrie gemeld aan de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) van het RIVM. In januari 2021 drie, in februari geen meldingen, in maart negen en april negen. De meldingen worden niet altijd gedaan op de dag dat de GGD een cluster constateert. De grootte van de clusters varieert van 3 tot 59 personen. In totaal betreft het 311 personen. Wat betreft het aantal besmettingen bij NVWA en KDS / Kiwa CBS: in de periode tussen het debat van 15 april jl. en peildatum 28 april 2021 is één medewerker van de KDS positief getest, onbekend is of deze besmetting werk gerelateerd is. Van Kiwa CBS zijn geen medewerkers positief getest. Binnen de NVWA is er melding gemaakt van twee positief geteste medewerkers. Van deze medewerkers is onbekend of de besmettingen werk gerelateerd zijn.

Brief Ondernemingsraad KDS en het FNV

In het debat van 15 april 2021 is gesproken over de brief die de Ondernemingsraad van KDS en het FNV op 8 april jl. aan de directie van KDS heeft gestuurd. De directie van KDS heeft op 9 april jl. de NVWA geïnformeerd dat er zorgen zijn over de corona-veiligheid van KDS-medewerkers in de slachthuizen. In deze brief wordt een aantal zorgpunten benoemd, zoals de naleving van de anderhalve meter, slachthuispersoneel dat ondanks klachten toch werkt, geen of onjuist gebruik van mondkapjes door slachthuispersoneel en onvoldoende hygiënemaatregelen in slachthuizen. Ook wordt de roulatie van medewerkers tussen slachthuizen genoemd. De NVWA neemt de signalen serieus en is hierover intensief in gesprek met de directie van KDS. De NVWA blijft met KDS samen, ieder vanuit de eigen verantwoordelijkheid als werkgever, optrekken om de werkomstandigheden veilig te houden en concrete knelpunten te adresseren en op te pakken.

Verantwoordelijkheden van betrokken bedrijven, NVWA en Inspectie SZW

Het is goed om ieders rol en verantwoordelijkheid scherp voor ogen te houden. Bedrijven en organisaties zijn zelf verantwoordelijk voor het naleven van wet- en regelgeving en het bieden van gezonde en veilige werkomstandigheden. Dat geldt dus ook voor de vlees- en pluimvee verwerkende bedrijven (inclusief de slachthuizen).

De NVWA is verantwoordelijk voor het veterinaire toezicht op slachthuizen. Onder deze verantwoordelijkheid van de NVWA verricht KDS de keuringswerkzaamheden. Zowel NVWA als KDS zijn onder andere op grond van de Arbeidsomstandighedenwet als werkgever verantwoordelijk voor de veiligheid van hun *eigen* personeel dat op de slachthuizen wordt ingezet. Bij niet-naleving van corona-maatregelen worden vanuit de oren- en ogenfunctie van de NVWA signalen gedeeld met de Inspectie SZW.

De Inspectie SZW houdt toezicht op de arbeidsomstandigheden. De aanpak van de Inspectie SZW is daarbij gericht op daadwerkelijke gedragsverandering bij bedrijven en werknemers om de risico's door COVID-19 te verkleinen. Handhaving is daarvan een belangrijk onderdeel, bijvoorbeeld in het geval bedrijven hun zorgplicht voor een gezonde en veilige werkplek voor hun werknemers niet voldoende invullen. Onder de noodverordeningen was het aan de voorzitter van de veiligheidsregio in het kader van infectieziektebestrijding om per geval de meest geëigende (beheers)maatregelen te nemen. Met de invoering van de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19 op 1 december 2020 is dat beëindigd. Momenteel

biedt de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19 niet de bevoegdheid om over te gaan tot sluiting van een locatie. De Inspectie SZW kan op grond van de Arbeidsomstandighedenwet sinds 1 december 2020 besluiten tot stillegging van werkzaamheden bij een bedrijf als maatregelen ter voorkoming of beperking van besmettingsrisico's op de werkplek in ernstige mate niet worden getroffen. Naar aanleiding van een aangenomen motie van de leden Klaver en Ouwehand is het voorstel tot wijziging van de Wet publieke gezondheid aan de Kamer gestuurd waarmee het mogelijk wordt gemaakt om locaties, zoals slachterijen, te kunnen sluiten bij een uitbraak van het coronavirus. Met dit wetsvoorstel wordt de burgemeester bevoegd om tot sluiting over te gaan, op advies van de GGD.

Inzet NVWA

De NVWA blijft, als werkgever, alert op situaties in bedrijven waarin de aandacht voor de naleving van de coronamaatregelen verslapt. Naar aanleiding van de brief van OR KDS en het FNV zijn bedrijven geïdentificeerd waar zorgen bestaan. Management en medewerkers van NVWA en KDS zijn extra scherp op correcte naleving van Corona-voorschriften door deze bedrijven. De NVWA heeft op basis van een Arboveiligheidsanalyse een pakket aan maatregelen genomen om ervoor te zorgen dat de medewerkers van zowel de NVWA als KDS en Kiwa CBS hun werk in slachthuizen Corona-veilig uit kunnen oefenen. Knelpunten op bedrijfslocaties zijn geïnventariseerd en maatregelen zijn genomen. Met bedrijven die zich niet aan de voorschriften of aan de afspraken houden, wordt het gesprek aangegaan. Er wordt zo nodig door middel van de zogenaamde escalatieladder een waarschuwing gegeven of het werk wordt tijdelijk gestaakt. Sinds december 2020 is deze escalatieladder vijf keer ingezet en heeft één keer geleid tot stillegging van de werkzaamheden. In één geval is een acute situatie ontstaan die heeft geleid tot het direct staken van de werkzaamheden door de NVWA. In de andere gevallen werden de voorwaarden om veilig te kunnen werken tijdig hersteld. Bij niet-naleving van corona-maatregelen worden vanuit de oren- en ogenfunctie van de NVWA signalen gedeeld met de Inspectie SZW en wordt, in geval van arbeidsmigranten, melding gedaan bij het Samenwerkingsplatform arbeidsmigranten en COVID-19. Ook de samenwerkingspartners als Veiligheidsregio, gemeente, GGD, en Inspectie SZW zijn betrokken. Een recent voorbeeld hiervan is het staken van toezicht bij een slachthuis in Apeldoorn zoals eerder in deze brief aangegeven.

Ten aanzien van de inzet van medewerkers van KDS op verschillende locaties heeft KDS aangegeven dat hun medewerkers een vaste standplaats hebben. Het komt voor dat, vanwege het opvangen van verzuim, medewerkers op een andere locatie worden ingezet. Daarnaast is het voor het op peil houden van de kwaliteit van keuren nodig dat de keuringsmedewerkers regelmatig de verschillende diersoorten keuren. Medewerkers worden dan ook eens in de zoveel tijd op andere diersoorten ingepland om hun kwalificaties op peil te houden. Dat is een vereiste die voortkomt uit de accreditatie en wordt jaarlijks getoetst door de Raad voor Accreditatie. Dit kan op een andere locatie dan de standplaats zijn. Dit gebeurt in overleg met de betreffende medewerkers.

Inzet Inspectie SZW

De Inspectie SZW werkt risicogericht en programmatisch. Het afgelopen jaar is er intensief gecontroleerd in de vleesverwerkende industrie Dit doet de Inspectie SZW ook in 2021. Daarbij maakt de Inspectie SZW gebruik van verschillende informatiebronnen en interventiemogelijkheden. De Inspectie SZW heeft inmiddels tientallen inspecties bij slachthuizen

uitgevoerd. Deze inspecties zijn allemaal onaangekondigd geweest. Tijdens inspecties bezoekt de Inspectie SZW de werkvloer en worden gesprekken met zowel aanwezige werkenden als werkgevers gevoerd. De overtredingen die de Inspectie SZW aantreft in verband met corona hebben voornamelijk betrekking op de situatie waarin het besmettingsrisico niet is opgenomen in de Risico Inventarisatie & Evaluatie (RI&E) en er onvoldoende maatregelen worden genomen om besmetting te voorkomen conform de arbeidshygiënische strategie. Daarnaast wordt regelmatig geconstateerd dat onvoldoende uitvoering gegeven wordt aan voorlichting en toezicht, zodat medewerkers de coronamaatregelen ook daadwerkelijk naleven.

Daarnaast beschikt de Inspectie SZW over een coronameldpunt. Hier kunnen medewerkers klachten of signalen melden over de veiligheid van hun werkplek of de omstandigheden waarin zij moeten werken. Verder krijgt de Inspectie SZW van de NVWA meldingen over de situatie ter plaatse. Tot slot betrekt de Inspectie SZW vanzelfsprekend ook andere beschikbare informatie bij haar analyses en keuzes, zoals ook die van KDS en FNV. Met deze werkwijze en samenwerkingsverbanden werkt de Inspectie SZW continu aan de informatiepositie, ook in deze sector, over de naleving van Arboregels bij werkgevers.

16. Motie van de leden Bikker en Pieter Heerma

De motie van de leden Bikker en Pieter Heerma verzoekt de regering met de voorzitters van de veiligheidsregio's in gesprek te gaan over hun behoefte om de bestaande juridische ruimte te benutten om met lokale maatregelen de epidemie adequaat te bestrijden en lokale brandhaarden te blussen en de Kamer hierover in de volgende voortgangsbrief te informeren (Kamerstuk 25 295, nr. 1151). In reactie op deze motie geldt dat momenteel alle veiligheidsregio's nog in het risiconiveau zeer ernstig zitten. Hierbij worden landelijke maatregelen getroffen, dit ook om een waterbedeffect te voorkomen. Bij het opstellen van de routekaart voor open afschaling is afgesproken dat er landelijk afgeschaald wordt. Uiteraard kan de burgemeester lokaal handhaven op bestaande maatregelen, bijvoorbeeld voor het dempen van brandhaarden of het afsluiten van een park bij drukte. Op basis van de TwM is de burgemeester bevoegd om maatregelen op niveau van een gemeente te nemen, niet de voorzitters van de veiligheidsregio's. Ik ben voortdurend in overleg met de voorzitters van de veiligheidregio's en uiteraard bereid tot nader overleg.

17. Caribisch Nederland

De laatste gegevens van 2 mei 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)	19 (1.555)	0 (20)	1 (7)	164 (122.350)	96 (10.770)	30 (2.260)
Aantal actuele ziekenhuisopnamen verpleegafdeling (op de IC)	0 (0)	0	0	11 (22)	3 (6)	2 (0)
Aantal patiënten overleden	17	0	0	114	101	27

De daling in het aantal besmettingen de benedenwindse eilanden, zoals beschreven in de voorgaande stand van zakenbrief, zet door. Naast het aantal nieuwe besmettingen nemen nu ook de aantal IC- en ziekenhuisopnames langzaam maar gestaag af. Ook de *positivity* rate daalt. Op Sint Maarten blijft het aantal nieuwe casussen laag en op Sint Eustatius zijn geen positieve gevallen te melden. Op Saba is vorig weekend één nieuwe Covid besmetting vastgesteld. Het betreft een persoon met reishistorie

naar Nepal, die aan het einde van de quarantaine positief testte met milde klachten.

De maatregelen op de benedenwindse eilanden worden nu langzaam versoepeld. Zo is op Aruba onder andere de sluitingstijd van bedrijven aangepast van 21.00 naar 22.00 uur en verschoof de avondklok van 22.00 naar 23.00 uur. Bonaire heeft per 23 april versoepelingen doorgevoerd, waarbij van risiconiveau 5 terug gegaan is naar risiconiveau 4. Ook de avondklok en het alcoholverbod zijn met deze versoepelingen opgeheven. Op Curaçao blijven de maatregelen vooralsnog strikter. Wel is het primair en secundair onderwijs per 28 april weer geopend.

Er is op dit moment nog een groep zorgprofessionals van «Extra Handen voor de Zorg» op Curaçao. De laatste zorgprofessionals uit deze groep zullen op 15 mei terug naar Nederland keren. Extra personeel dat via de Nederlandse, Amerikaanse en Curaçaose uitzendbureaus is ingezet blijft het ziekenhuis en de GGD vooralsnog wel ondersteunen, zolang de druk op de zorg nog hoog is.

Gezien de positieve epidemiologische ontwikkelingen op Bonaire, inclusief een aanhoudende lage besmettingsgraad en een afname van het aantal ziekenhuis- en IC-opnames, heeft het RIVM geadviseerd om Bonaire niet langer als hoogrisicogebied aan te wijzen voor Europees Nederland. Personen die reizen vanuit Bonaire naar Europees Nederland hoeven daarom niet langer een negatieve testuitslag te kunnen laten zien als voorwaarde voor vervoer. Bonaire blijft vooralsnog wel als hoogrisicogebied aangemerkt voor Saba en Sint Eustatius, omdat op deze eilanden momenteel geen aanwezigheid van het virus is.

Vaccinatiecampagnes Caribisch deel van het Koninkrijk

Zoals in eerdere brieven aangekondigd wordt in het Caribische deel van het Koninkrijk de vaccinatiecampagne momenteel versneld uitgevoerd. Uitgangspunt hierbij was om alle volwassen inwoners die dat wilden voor 1 mei een eerste prik toe te dienen. Hiervoor hebben de eilanden hun vaccinatiecapaciteit opgeschaald en zijn vaccins vervroegd verstuurd. De vaccinatiegezant voor het Caribisch deel van het Koninkrijk heeft in de week van 12 april een bezoek gebracht aan Curaçao, Bonaire en Sint Maarten.

De versnelde campagnes hebben ertoe geleid dat inmiddels 60% van de volwassen bevolking op Curaçao een eerste prik met Pfizer of Moderna toegediend heeft gekregen. Op Aruba is dit 55% en op Sint Maarten 25%. Op Bonaire is 65% van de 18-plussers minstens één keer gevaccineerd met het Pfizer-vaccin. Bonaire zet nu met name in op mobiele teams die naar wijkcentra gaan om mensen te prikken. De vaccinatiecampagne op Saba is zo goed als afgerond, 91% van de 18-plussers twee keer gevaccineerd met het Moderna-vaccin. Op Sint Eustatius is bijna 43% van de volwassenen ten minste één keer gevaccineerd met het Moderna-vaccin. Op dit moment wordt op alle eilanden extra ingezet op groepen die lastiger te bereiken zijn, zoals ongedocumenteerde inwoners, mensen zonder vervoer en mensen die twijfelen.

18. Jeugd

Motie Ploumen[80]

Hierbij informeer ik uw Kamer dat de brief naar aanleiding van motie van het lid Ploumen c.s. niet binnen de verzochte termijn verstuurd kan worden. De afstemming met jongeren, gemeenten en andere organisaties vergt extra tijd. Het Kabinet stuurt uw Kamer hier voor het zomerreces een brief over.

Maatschappelijke Diensttijd

Door middel van Maatschappelijke Diensttijd (MDT) zetten jongeren zich in voor kwetsbare groepen in de samenleving en ontwikkelen zo tegelijkertijd hun eigen vaardigheden en talenten. Om jongeren in deze tijd extra te ondersteunen en zo de maatschappelijke effecten van corona te bestrijden, heeft het kabinet geld vrijgemaakt voor gemeenten. In de light subsidieregeling Perspectief voor de Jeugd kunnen op een snelle manier maatschappelijke activiteiten worden georganiseerd voor en door jongeren, samen met MDT-organisaties. In (met name) de maanden mei – juni -juli gaan in 112 gemeenten in totaal ca. 9000 jongeren aan de slag in een MDT-traject in sectoren zoals wijk en buurt, media en cultuur, sport, zorg en welzijn.

MDT is bewezen effectief in het bieden van perspectief aan jongeren, ook tijdens de Corona-crisis. MDT speelt continu in op de behoefte van jongeren en de samenleving. Zo wordt MDT nu ook ingezet bij actuele thema's waar jongeren, ouderen en kwetsbare mensen in coronatijd mee te maken hebben (sociaal isolement, jeugdwerkloosheid, schulden, gebrek aan stageplekken). Bijna 3000 jongeren deden al mee aan speciale Corona-initiatieven via #ookditismdt. En vanuit het project Jeugd aan Zet zijn 47 gemeenten deze zomer en 309 gemeenten deze winter een lokale activiteit gestart om jongeren in coronatijd positief te activeren.

In totaal zijn ruim 21.000 jongeren een MDT-traject begonnen in totaal 183 MDT-projecten verdeeld over Nederland en zijn circa 1800 organisaties, betrokken bij MDT (stand tot en met december 2020).

19. Sociaal-maatschappelijk doel

De coronacrisis heeft een grote impact op onze hele samenleving. Allereerst natuurlijk op de volksgezondheid: tienduizenden mensen zijn getroffen door het virus. Daarnaast hebben talloze mensen negatieve gevolgen ervaren van de maatregelen die het kabinet heeft moeten nemen om het virus te bestrijden. Ze zijn getroffen in sociale en financiële zin, zijn hun baan verloren, of zijn geraakt in hun geestelijke welzijn. Dat geldt des te meer voor kwetsbare groepen die het voor de crisis al moeilijk hadden en minder veerkracht hebben om de afgelopen veertien maanden ongeschonden te doorstaan.

Het kabinet weegt de maatregelen steeds op het beheersen van verspreiding van het virus en op de impact voor de samenleving. Op die manier streeft het kabinet naar proportionaliteit in de maatregelen. Gaandeweg wordt de brede afweging van de impact van de maatregelen steeds meer onderbouwd in de besluitvorming. Zo brengen de planbureaus op verzoek van het kabinet voor ieder besluitvormingsmoment een maatschappelijk beeld in.

---

[80] Kamerstuk 25 295, nr. 960

Om de integraliteit van de besluitvorming te bevestigen en verder te ondersteunen heeft het kabinet geconcludeerd dat het verstandig is om een sociaal-maatschappelijk doel toe te voegen aan de medische doelen die erop gericht zijn de druk op de zorg te verlagen, kwetsbaren te beschermen en zicht te houden op het virus. Dit sociaal-maatschappelijke doel betreft beperken van economische en maatschappelijke schade op korte termijn, aandacht voor structurele maatschappelijke en economische schade, en voorkomen dat de lasten onevenredig neerslaan bij bepaalde groepen.

Om de ontwikkeling van deze doelen bij te houden baseren we ons waar mogelijk op het dashboard Sociale impact corona dat binnenkort gelanceerd wordt (in de Kamerbrief d.d. 13 april is dit dashboard reeds aangekondigd.) Dit is een gezamenlijk product van het Rijk (SZW, VWS, JenV, OCW en BZK), de VNG en de gemeenten. Het geeft tweemaandelijks een grofmazig en actueel beeld van de impact op de vlakken werk en inkomen, mentale weerbaarheid, onderwijs, gedrag en sociale cohesie. Het dashboard is samengesteld met openbare gegevens van o.a. het CBS, UWV, DUO en het RIVM. Een groep experts van kennisinstellingen en planbureaus, en ambtenaren van gemeenten en Rijk, duiden periodiek deze gegevens. Het doel hiervan is om bepaalde verbanden, stapelingen van problematiek (ongelijke impact van maatregelen en COVID-19), of trendbreuken (early warning) te signaleren. Dit gebeurt in samenwerking met TNO en CBS.
Door de toevoeging van een sociaal-maatschappelijk doel aan de doelenset kunnen we een integrale besluitvorming verder ondersteunen met een breder zicht op de gevolgen van de crisis. Dit gebeurt al middels de routekaart en het heropeningsplan, het brede Referentiekader COVID-19 dat wordt gehanteerd door de ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Economische Zaken en Klimaat en Financiën bij de beoordeling van de effecten van maatregelen op economie en maatschappij, en het maatschappelijk beeld van de planbureaus. Deze praktijk bevestigen met een bredere sociaal-maatschappelijke doelstelling sluit daar goed op aan. Samen met het dashboard geeft dit doel in de komende fase van de crisis nog meer mogelijkheden om de maatschappelijke impact van het coronabeleid, waaronder de maatregelen, mee te wegen, en verankert die intentie verder in de besluitvorming. In volgende Kamerbrieven zullen we daar uw Kamer regelmatig over informeren.

20. Voortgang dialoog over Nederland na de crisis

De dialooggesprekken met burgers, bedrijven, middenveld, wetenschappers en (dwars)denkers over een perspectief voor Nederland na de coronacrisis worden eind mei afgerond. Aanvullend op het dialoogtraject is de rijksoverheid in gesprek met maatschappelijke organisaties (inclusief jongerenorganisaties), bedrijven en denktanks. Zo is aan de Nationale Denktank een advies gevraagd over kansengelijkheid in het onderwijs en de wendbaarheid van de creatieve industrie en cultuursector naar aanleiding van de coronacrisis.[81] En TechTegenCorona schreef in opdracht een advies over hoe technologie, data en innovatie een rol kunnen spelen in een sterker Nederland na de coronacrisis.[82] De ideeën voor mogelijke herstel- en vernieuwingsopties worden gedeeld via de website www.watisjouwidee.nl.»

---

[81] https://nationale-denktank.nl/blog/de-ndt-lenteschool-denkt-in-opdracht-van-de-rijksoverheid-na-over-nederland-na-de-coronacrisis/

[82] https://techtegencorona.nl/wp-content/uploads/2021/04/Riding-the-Wave-NL-groeit-dankzij-tech-en-data-.pdf

21. Toezeggingen Eerste Kamer

Toezegging uitzondering mondkapjesplicht bij liplezen

Zoals toegezegd aan de Eerste Kamer op 26 oktober jl. kunnen mensen die zijn aangewezen op liplezen en mensen die die communiceren met mensen die zijn aangewezen op liplezen, uiteraard hun mondkapje afzetten om te communiceren. Dit is in de Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19 opgenomen als specifieke reden voor de uitzondering voor het dragen van een mondkapje. In de communicatie over de mondkapjesplicht wordt deze uitzondering benadrukt, zoals bv. op de website van de rijksoverheid. Ook in de nen-specificatie voor mondkapjes is hier aandacht voor. Daarmee is deze toezegging afgedaan.

Afdoening toezegging interpellatiedebat in Eerste Kamer

Op 20 april 2021 heeft de Minister van Justitie en Veiligheid met de Eerste Kamer een interpellatiedebat gevoerd over de uitvoering van de motie-Nicolaï over toetsing of terecht een beroep kon worden gedaan op het vijfde lid van artikel 58p Wet publieke gezondheid (Kamerstuk 35 695, E). In deze motie wordt aan de regering verzocht om ter toelichting van het bepaalde in dat lid aan de vervoerder en alle andere bij de toepassing betrokkenen schriftelijk aan te geven dat in concreto de toetsing of terecht een beroep kon worden gedaan op die bepaling dient te geschieden door de Nederlandse autoriteiten bij binnenkomst in Nederland. De Minister van Justitie en Veiligheid heeft in dat debat aangegeven dat hierover gecommuniceerd is met de vervoerders en daarbij de toezegging gedaan het verslag van dit overleg nog een keer ter bevestiging naar de bij het overleg aanwezige vervoerders te sturen. Hierbij meld ik u dat aan deze toezegging door de Minister van Infrastructuur en Waterstaat invulling is gegeven. In de Stuurgroep Veilig & Gezond met de luchtvaartsector van 29 april jl. is artikel 58p, vijfde lid, Wpg opnieuw aan de orde geweest. Het proces is nogmaals toegelicht en ook dit verslag zal met de overige betrokkenen van de sector worden gedeeld.

22. Publicatie Catshuisstukken

In de brief van 8 december jl.[83] heeft het kabinet aangegeven de presentaties die voorliggen in de informele overleggen over de coronacrisis in het Catshuis openbaar te maken. De stukken worden op de website[84] van rijksoverheid gedeeld voor zover daar geen zwaarwegende belangen[85] in de weg staan. Hier zijn vanaf heden ook de stukken die besproken zijn in het Catshuis dd. 9 mei 2021 raadpleegbaar.

23. Slot

Als het meezit kunnen we vanaf volgende week verder versoepelen en daarmee komt het einde van alle maatregelen weer een stapje dichter bij. De prognoses op korte termijn, waaronder de effecten van vaccinatie en doorgemaakte infecties stemmen positief, maar kennen nog ruime onzekerheidsmarges. Het kabinet wil niets liever dan meer ruimte geven, maar wil voorkomen dat we teveel versoepelen en later een stap terug moeten zetten.

---

[83] Kamerstuk 25 295, nr. 771

[84] https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-tijdlijn/uitgelicht-catshuisstukken/openbaarmaking-catshuisstukken

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

Ons gedrag blijft daarbij cruciaal. Als we nu voorzichtig zijn en blijven, beschermen we de ruimte die we samen aan het herwinnen zijn, en biedt dat perspectief op een zomer met sociale activiteiten en vakanties.

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