

Vergaderjaar 2021–2022

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 1519

Ontvangen ter Griffie op 12 november 2021.

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

De vastgestelde ministeriële regeling vervalt van rechtswege indien de Kamer, op voorstel van vijftig leden uiterlijk 18 november 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, 12 november 2021

Het aantal nieuwe coronabesmettingen en het aantal in het ziekenhuis en op de IC opgenomen COVID-19-patiënten is in de afgelopen week opnieuw fors gestegen. Dit is zeer zorgelijk. De sterke stijging in het aantal besmettingen is te zien in alle leeftijdsgroepen en in alle regio's. Dit betekent dat het kabinet op basis van het 129^e OMT-advies het moeilijke besluit heeft moeten nemen om weer maatregelen te treffen, die ons allen raken. Het ingrijpen is nodig om de huidige besmettingsgraad flink terug te duwen, de oplopende druk op de zorg af te remmen en de bezetting van de bedden door COVID-19-patiënten naar beneden te brengen. Het OMT adviseert het aantal contacten en het aantal besmettingen fors te reduceren, zodat de Rt weer onder de 1 komt.

De komende weken geldt een pakket maatregelen om de besmettingsraad terug te dringen. Gedurende dit tijdelijke pakket gaan we nieuw instrumentarium voorbereiden. Het nieuwe instrumentarium betreft het uitbreiden van de inzet van het CTB; een maatregel om de samenleving zoveel mogelijk open te kunnen houden. Ook wordt de anderhalve meter afstandsnorm opnieuw geïntroduceerd. Tot dat moment geldt het dringende advies om de veilige afstandsnorm nu al in acht te nemen. Het pakket maatregelen dat we nu presenteren gaat met ingang van 13 november 18:00 uur gelden. Voor bepaalde sectoren gelden de maatregelen vanaf 20:00 uur.

Met deze brief informeer ik uw Kamer, mede namens de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.

Aanbieding regelingen en AMvB

Hierbij bied ik u mede namens de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties de navolgende regelingen aan:

- Regeling van 12 november 2021 tot wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met een verplichte sluitingstijd voor winkels en eet-en drinkgelegenheden, een gedeeltelijk evenementenverbod en enkele andere regels¹

Het kabinet doet een beroep op de spoedprocedure van artikel 58c, derde lid, Wpg. Het doorlopen van de standaardprocedure, zoals opgenomen in artikel 58c, tweede lid, Wpg zou tot gevolg hebben dat de regeling op haar vroegst een week na vaststelling en gelijktijdige overlegging aan beide Kamers in werking kan treden op 20 november 2021. De bepalingen dienen gezien de epidemiologische situatie echter zo spoedig mogelijk in werking te treden. De inwerkingtreding van deze regeling is vastgesteld op 13 november 2021 om 18.00 uur. De regeling wordt binnen twee dagen na vaststelling aan beide Kamers der Staten-Generaal overgelegd. De regeling vervalt van rechtswege indien de Tweede Kamer binnen een week na de toezending besluit niet in te stemmen met de regeling.

- Regeling van 12 november 2021 houdende van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19, de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Bonaire de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Sint Eustatius en de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Saba in verband met het vaststellen van uitzonderingen op de veilige afstand van anderhalve meter²

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.

- Besluit houdende wijziging van het Tijdelijk besluit veilige afstand in verband met het vaststellen van de veilige afstand op anderhalve meter³.

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

Toepassing artikel 58s Wpg

Met deze voortgangsrapportage voldoe ik aan de maandelijksse rapportageplicht van artikel 58s Wpg. De situatie is op dit moment dusdanig dat het treffen van maatregelen op grond van de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 nog steeds nodig is. Een toelichting op de maatregelen is in deze brief weergegeven.

Leeswijzer

- In deze brief ga ik in op het OMT-advies, inclusief het verloop van de epidemiologie, de Sociaalmaatschappelijke en Economische Reflectie, de maatregelen, de wetsvoorstellen t.b.v. de verbrede inzet coronatoegangsbewijzen, de effectiviteit van coronatoegangsbewijzen, de wijkgerichte aanpak, de feiten en cijfers over Testen en Traceren en de inzet preventieve hulpmiddelen voor sociale minima (paragraaf 1 t/m 8);
- Ook ga ik in op de opschaling van ziekenhuis- en IC-bedden, extra ondersteuning voor zorgpersoneel en de opvang van dak- en thuisloze mensen (paragraaf 9 t/m 11);

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

- Als laatste ga ik in op de motie Hijink, de resterende vragen uit het WGO Twm van 8 november jl. en de Catshuisstukken (paragraaf 12 t/m 14).

Hiermee voldoe ik aan de volgende moties en toezeggingen:

- De toezegging aan het lid Bikker om uw Kamer te informeren over de veilige opvang voor dak- en thuisloze mensen nu het aantal besmettingen toeneemt;
- De toezegging aan het lid Bikker om te onderzoeken of wetstrajecten ook regionaal ingezet kunnen worden;
- De motie van het lid Van den Berg om met de GGD'en af te spreken mobiele testlocaties in te zetten in de wijken en dorpen waar de vaccinatiegraad achterblijft (Kamerstuk 25 295, nr. 1477);
- De motie van het lid Hijink om een campagne op te zetten waarbij herstelde ongevaccineerde ic-patiënten hun verhaal over het belang van vaccinaties vertellen (Kamerstuk 25 295, nr. 1479);
- De motie van het lid Kuiken om te bekijken of gedurende de coronacrisis de kinderopvang voor ic-medewerkers gratis kan worden om ze daarmee te ontlasten en het werken van meer uren makkelijker te maken (Kamerstuk 25 295, nr. 1480);
- De motie van het lid Westerveld om grootschalig onderzoek te laten verrichten naar de effectiviteit van coronatoegangsbewijzen om verspreiding tegen te gaan afgezet tegen iedereen testen, en de opzet van het onderzoek de Kamer te doen toekomen (Kamerstuk 25 295, nr. 1481);
- De motie van het lid Bikker c.s. om met de betreffende GGD'en zo snel mogelijk in de betreffende stadswijken en dorpen te komen tot permanente test-, informatie- en priklocaties (Kamerstuk 25 295, nr. 1484);
- De motie van de leden Bikker en Westerveld om gratis mondkapjes en testen op passende en geregelde wijze te verstrekken aan die gemeenten waar deze hulpmiddelen het meest van meerwaarde zijn in het licht van toenemende besmettingen en vaccinatiegraad (Kamerstuk 25 295, nr. 1485).

1. OMT-advies

129^e OMT-advies

Het OMT is 10 november jl. bijeen geweest om te adviseren over de situatie rondom de COVID-19-uitbraak⁴. Hieronder wordt eerst een feitelijke weergave van het advies gegeven, waarna de reactie van het kabinet op het advies volgt.

Het OMT-advies bestaat uit de volgende onderwerpen:

1. Verloop van de epidemiologie;
2. Adviezen: maatregelen;
3. Vuurwerkverbod;
4. Bron- en contactopsporing.

Ad 1) Verloop van de epidemiologie

In de afgelopen 7 kalenderdagen (2-9 november) is het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positieve personen gestegen met 42% in vergelijking met de 7 dagen ervoor. Het aantal meldingen nam toe in alle regio's, maar er is wel een grote regionale variatie in het aantal positieve testen. Het aantal meldingen nam in alle leeftijdsgroepen verder toe in de afgelopen week. Het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners betrof de

⁴ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

leeftijdsgroepen 25–29 en 30–39 jaar. Het aantal meldingen vanuit verpleeghuizen en woonzorgcentra nam maar licht toe (+4%), het aantal meldingen in de thuiswonende bevolking vanaf 70 jaar nam met 35% toe.

Het aantal testen bij de GGD-testlocaties laat een geleidelijke stijging zien in de afgelopen weken, over de laatste 7 dagen met complete data (1-8 november) 45% hoger ten opzichte van de week ervoor. Het bijbehorende percentage positieve testen in de GGD-teststraten was 17,2% gemiddeld in de afgelopen 7 kalenderdagen, gelijk aan de week ervoor. Na exclusie van confirmatietesten was 10,7% van alle testen positief in de afgelopen 7 dagen, vergeleken met 10,3% de week ervoor. Hoeveel zelftesten thuis uitgevoerd worden, is onbekend.

Bij deelnemers aan Infectieradar met COVID-19-achtige klachten gaf ongeveer 60% van de deelnemers in de laatste weken aan dat men een test uitvoert of uit laat voeren, in de laatste week was dat ruim 65%. In de meest recente week nam het aandeel van hen dat zich laat testen bij de GGD licht toe. Ongeveer 45% gebruikte alleen een zelftest, bijna 40% liet zich testen bij de GGD en ongeveer 15% deed beide. Van alle personen die zich in de afgelopen week lieten testen bij de GGD, was dat bij 9% naar aanleiding van een positieve zelftest; 87% van positieve zelftesten werd bevestigd bij de GGD-bemonstering. Positieve confirmatietesten van zelftesten bedroegen 43% van alle positieve testen bij de GGD.

De instroom en bezetting op verpleegafdelingen en IC in de ziekenhuizen nam toe. In de afgelopen kalenderweek werden 1.172 opnames in het ziekenhuis geregistreerd, waarvan 205 op de IC, vergeleken met respectievelijk 965 en 146 de week daarvoor (bron: Stichting NICE). In twee weken tijd is het aantal opnames bijna verdubbeld. Op 10 november 2021 was de bedbezetting 1.647: 1.320 in de kliniek en 327 op de IC.

De oversterfte neemt recent toe, en lag in de periode 21 t/m 27 oktober 2021 op ongeveer 250 boven de bandbreedte van de verwachte aantallen. De sterfte was verhoogd in alle leeftijdsgroepen vanaf 55 jaar.

De geschatte opkomst voor ten minste één vaccinatie bedroeg t/m 7 november 2021 87,9% voor de volwassen bevolking, en 84,4% had de volledige vaccinatieserie afgerond. Voor de bevolking vanaf 12 jaar is dit respectievelijk 86,0% en 82,5%. Voor de leeftijdsgroepen jonger dan 40 jaar ligt de vaccinatiegraad op dit moment overall nog onder de 75%. De meest recente schatting van het reproductiegetal R_t , zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is voor 25 oktober jl. op basis van Osiris: gemiddeld 1,19 besmettingen per geval. Bijna alle infecties in Nederland worden momenteel veroorzaakt door de deltavariant.

Ten aanzien van de prognoses ziekenhuis- en IC-opnames, geeft het OMT aan dat op basis van de recente toename in meldingen (in het regressiemodel) een toename van het aantal ziekenhuis- en IC-opnames wordt verwacht voor de komende week, tot maximaal circa 300 ziekenhuisopnames per dag, en 50 tot 60 IC-opnames per dag. Dit model kan slechts circa een week «vooruitkijken», en deze statistische prognose neigt tot een overschatting van het aantal opnames in de komende week.

Op basis van het transmissiemodel dat gefit wordt op het aantal waargenomen IC-opnames per dag, en waar de beschikbare informatie over vaccinaties, de effectiviteit van vaccins, en de geschatte opbouw van immuniteit door doorgemaakte infectie in wordt meegenomen, wordt ook een toename van het aantal IC-opnames en ziekenhuisopnames per dag verwacht, tot maximaal circa 175–200 ziekenhuisopnames per dag, en 30–35 IC-opnames per dag. De onzekerheid over het tijdstip waarop een piek bereikt wordt en de hoogte van de piekwaarde van de IC-bezetting, is aanzienlijk.

Het OMT kreeg vier scenario's gepresenteerd met verschillende percentages van het aantal contacten dat mensen in hun vrije tijd met elkaar maken zonder 1,5 meter afstand te houden of zonder coronatoegangsbewijs (CTB). De onzekerheidsmarges in de prognoses zijn aanzienlijk en voorzichtigheid is geboden in de interpretatie daarvan. Om mobiliteit in Nederland te monitoren kan geen gebruik gemaakt worden van Europese telecomdata. Verschillende andere indicatoren voor mobiliteit geven informatie tot begin november. Alleen *Apple mobility trends* toont een bescheiden daling van het aantal aangevraagde routes na 6 november.

Ten aanzien van niet-immune personen, geeft het OMT aan dat, uitgaande van een geleidelijke afname van bescherming tegen infectie na vaccinatie, wordt uitgekomen op een orde van grootte van 1,5 miljoen mensen van 12 jaar en ouder die in november 2021 niet beschermd zijn tegen een infectie die kan resulteren in ziekenhuisopname. Deze groep omvat zowel niet-gevaccineerden die geen infectie hebben doorgemaakt, als gevaccineerden waarbij het vaccin niet werkt. Dit aantal zal in de komende maanden gaan dalen door extra vaccinatie en door infecties, maar kan ook weer toenemen door afname van bescherming tegen infectie en ziekenhuisopname.

De orde van grootte van nog cumulatief te verwachten aantallen ziekenhuisopnames en IC-opnames is geschat op basis van informatie die nu (november) beschikbaar is over de vaccineffectiviteit, de huidige vaccinatiegraad en infectiehistorie. Uitgaande van een geleidelijke afname van bescherming tegen infectie na vaccinatie, betreft het een orde van 15.000 à 20.000 ziekenhuisopnames, waaronder 3.000–4.000 IC-opnames. Uitgaande van een geleidelijke afname van bescherming tegen infectie na vaccinatie en na herinfectie, en afname van bescherming tegen ziekenhuisopname, betreft het een vergelijkbare orde van grootte: 20.000 à 25.000 ziekenhuisopnames, waaronder 4.000–5.000 IC-opnames. Bovenstaande zijn cumulatieve aantallen die de omvang aangeven van de totaal nog te verwachten ziekenhuis- en IC-opnames in de toekomst. Deze opnames hoeven zich niet noodzakelijk te presenteren tijdens deze golf, maar kunnen ook later plaatsvinden.

Ad 2) Adviezen: maatregelen

Het OMT is door de gedragsunit geïnformeerd over de resultaten van een extra vragenlijstonderzoek over het draagvlak voor en opvolgen van diverse basismaatregelen. De data betreffen de week van de persconferentie, dus grote effecten zijn (nog) niet te verwachten. Wel zijn er enkele signalen. Er is een toename in testen bij klachten, die door de drukte in de teststraten wordt bevestigd. Er is ook een beperkte afname zichtbaar van sociale activiteiten.

Daartegenover staat dat de opvolging van andere basismaatregelen (nog) niet toeneemt (zoals thuiswerken) of een beperkte afname laat zien (bij klachten thuisblijven). Een grote daler is ventileren en luchten van de woning, wat uiteraard samenhangt met de afname van de buitentemperatuur. Onder deelnemers was wel een verhoogd draagvlak voor de 1,5 meter maatregel sinds de laatste persconferentie. Het draagvlak voor de aangescherpte thuiswerknorm was daarentegen gedaald. Al met al zien we hier een gemengd beeld, maar nog geen kanteling. De sociale activiteit ligt een stuk hoger en de naleving van basismaatregelen lager dan toen we eerdere ervaringen wisten te keren. «Blijf thuis bij klachten» zou bij circa 50% opvolging genieten, het zich «laten testen bij klachten» bij circa 40%. Het OMT stelt vast dat de meest essentiële (bronsisolatie) basisregels in circa de helft van de voorkomende gevallen geen opvolging krijgen.

Daarnaast werd het OMT geïnformeerd over een onderzoek van de Dienst Publiek en Communicatie van het Ministerie van Algemene Zaken over de handhaving van het CTB. Meer dan de helft van de deelnemers aan het onderzoek ervaart het CTB als positief. Ze gaven echter aan dat het CTB maar in ongeveer 30% van de gevallen op de juiste wijze gecontroleerd werd (controle QR-code en identiteitsbewijs); bij terrassen van horeca buiten bleek de navolging in circa 65% van de gevallen tekort te schieten.

Duiding beeld door OMT

De modellen die gebruik maken van verschillende databronnen en verschillende methoden, leiden tot prognoses die deels niet congruent zijn. De ene leidt op korte termijn waarschijnlijk tot een overschatting van de zorgbelasting, de andere op wat langere termijn tot een onderschatting. Dit gegeven onderstreept de aanzienlijke onzekerheid met betrekking tot de hoogte en het tijdstip van de piekbelasting in de zorg. Uit de meest recente onderzoeken naar de opvolging van de gedragsmaatregelen komen weinig indicaties naar voren van een kanteling en positieve gedragsverandering. Ook uit het onderzoek naar controle van het gebruik van CTB komen geen gegevens naar voren die zouden wijzen op een significante verandering ten goede, ten opzichte van de periode voorafgaand aan de aanscherping van de maatregelen.

De tussentijdse evaluatie overtuigt het OMT onvoldoende dat het al geldende maatregelenpakket, gegeven bovenstaande, in staat zal zijn om de gewenste afname van de contacten resulterend in infecties (van tenminste 20–25%) te bewerkstelligen en daarmee de transmissie van het coronavirus te beperken, in de context van de huidige, hoge infectiedruk.

Advies van het OMT

Het OMT maakt zich zorgen over het gegeven dat het aantal infecties snel toeneemt, en dat het aantal ziekenhuis- en IC-opnames verder doorstijgt. Vanuit de modelleringen komt naar voren dat er een reductie van ruim 20–25% van de relevante contacten nodig is om de verspreiding van het virus te beheersen en de R_t onder de 1 te laten dalen. De opvolging van de recent ingezette maatregelen lijkt momenteel te beperkt om dit effect te kunnen bewerkstelligen. Daarnaast levert de huidige praktijk van het CTB onvoldoende afdekking van de infectierisico's.

Het OMT is van mening dat er aanvullende maatregelen nodig zijn om transmissie te beperken om daarmee de kans op een overbelasting van de zorg te verkleinen, en te borgen dat kwalitatief goede zorg kan worden geleverd aan zowel COVID-19-patiënten als aan patiënten binnen de reguliere zorg. De verspreiding vindt momenteel in alle regio, settings en onder alle leeftijdsgroepen plaats, zodat generieke maatregelen voor de hand liggen.

Het OMT adviseert derhalve om naast het CTB te placeren, plus de 1,5 metermaatregel toe te passen. Met de huidige opvolging van de basisregels en praktijk van CTB acht het OMT een dergelijke combinatie van maatregelen gewenst. Mocht het invoeren hiervan enige tijd vergen, dan adviseert het OMT om per direct, en totdat CTB met placering plus de 1,5 meter maatregel definitief wettelijk geëffectueerd kunnen worden, een aantal maatregelen te nemen om het aantal contacten de komende weken drastisch omlaag te brengen, om daarmee de incidentie van COVID-19 te laten dalen en de zorg te ontlasten. Het OMT ontraadt daarbij, in het belang van de ontwikkeling van kinderen en jongeren, nu aanvullende maatregelen te treffen in het primair, voortgezet, middelbaar en hoger onderwijs. Daar gelden al aanvullende maatregelen zoals mondneus-maskers en wekelijks tweemaal testen voor ongevacineerden. Ook in de

essentiële detailhandel en voor contactberoepen vindt het OMT aanvullende maatregelen (nog) niet nodig.

Samenvattend: maatregelen die het OMT per direct adviseert tótdat CTB in combinatie met placering plus de 1,5 meter maatregel wettelijk doorgevoerd kan worden:

- Binnenlands reisadvies: reis niet, tenzij strikt noodzakelijk;
- Thuiswerkadvies: werk thuis, tenzij echt niet mogelijk; bij op kantoor werken
- blijkt de 1,5 meter regel slechts in een minderheid van de gevallen uitgevoerd
- te worden, opvolging hiervan verdient direct aandacht;
- Beperk bezoek thuis tot maximaal 4 personen (kinderen <12 jaar niet meegerekend);
- Verbod op evenementen, waarbij kinderfeesten zoals de intocht van Sinterklaas (buiten), kunnen worden uitgezonderd;
- Sluiten of beperkt openstellen (bijvoorbeeld gesloten van 18:00–06:00 uur)
- van niet-essentiële detailhandel, horeca, cultuursector en sportlocaties.

Bij invoering van het CTB met placering plus de 1,5 meter maatregel kan geleidelijk tot heropenen van bovenstaande sectoren worden overgegaan met:

- Goede controle op het CTB met handhaving, waarbij de 2G-maatregel op
- bepaalde plaatsen overwogen kan worden; de 2G-maatregel zou als
- alternatief van het standaard CTB plus 1,5 meter, of iedereen testen voor
- toegang overwogen moeten worden;
- Naast CTB-placering plus de 1,5 meter maatregel toe te passen;
- Eventueel eerst met beperkte capaciteit/bezetting van ruimten te starten.

Ad 3) Vuurwerkverbod

Het OMT kon geen uitspraak doen over het al dan niet instellen van een vuurwerkverbod ten behoeve van de bestrijding van de epidemie. De afweging of een vuurwerkverbod opportuun zou zijn in het kader van ontlasting van de zorg zou moeten worden onderzocht; het OMT beschikt hierbij niet over de relevante gegevens.

Ad 4) Bron- en contactopsporing

Gezien de huidige epidemiologische situatie met een hoge infectiedruk adviseert het OMT quarantaine voor alle huisgenoten van besmette personen (dus inclusief de huisgenoten die als immuun worden beschouwd op basis van volledige vaccinatie of een doorgemaakte infectie). Omdat dit advies mogelijk een aantal praktische consequenties heeft, zal het verder worden uitgewerkt door het RIVM.

Het OMT is daarnaast geïnformeerd over en heeft ingestemd met een plan van GGD GHOR en het RIVM over het waarborgen van de kwaliteit van het bron- en contactopsporing bij een hoge incidentie (landelijk meer dan 7.000 besmettingen per dag). Uitgangspunten van dit plan zijn:

- Alle positief geteste mensen krijgen adviezen over maatregelen en het informeren van contacten (digitaal en waar nodig telefonisch);
- De GGD heeft voldoende capaciteit om adequate maatregelen te nemen bij clusters en opvallende signalen;
- Er wordt aanvullende informatie verzameld bij een steekproef van de meldingen voor surveillancedoeleinden, om zicht te houden op de epidemie.

Het BAO dat 11 november jl. heeft plaatsgevonden, herkent het epidemiologische beeld waarbij zij de grote verschillen tussen de regio's opvallend vinden. Zij vindt de zorgen van het OMT uitlegbaar, ondanks de grote onzekerheid in de prognoses. Het BAO herkent ook dat de naleving van de basismaatregelen niet sterk verbeterd lijkt maar merkt op dat dit mogelijk wat meer tijd nodig heeft. Het BAO is het eens met het OMT-advies om jeugd zoveel mogelijk te ontzien. Een deel van de door het OMT voorgestelde maatregelen hebben grote sociaal maatschappelijke consequenties die bij de afweging van het kabinet goed meegewogen moeten worden. De VNG pleit voor het ontzien van de cultuur- en sportsector bij de te nemen maatregelen vanuit zorgen over fysieke en psychische gevolgen en wijst hierbij op de mondelinge toelichting op de settings van de besmettingen. Het BAO wijst op het belang van draagvlak en op consequenties in de uitvoering, vooral als maatregelen op korte termijn ingevoerd moeten worden.

2. Sociaal Maatschappelijke en Economische Reflectie en maatschappelijk beeld en uitvoeringstoets

Voor de besluitvorming van 12 november 2021 is er, 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 (de «Trojka») 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 (VNG). Ook de gedragsreflectie op het maatregelenpakket van het SCP en RIVM Corona Gedragsunit treft uw Kamer aan in de bijlagen⁵.

Maatschappelijk beeld en reflectie SCP

Het SCP verwijst naar de reflectie van 2 november jl.⁶ en heeft daarop geen aanvullingen. Zij stellen dat enkele sectoren, waaronder de culturele sector, de horeca en evenementenbranche hard zijn geraakt door de crisis en bijbehorende maatregelen. De vrijetijdsbesteding die deze gelegenheden bieden, zijn voor veel mensen belangrijke activiteiten die bijdragen aan ontplooiing, ontspanning, plezier en ontmoeting. In de reflectie van 28 oktober stelt het SCP dat het invoeren van sluitingstijden van de horeca financiële gevolgen voor de getroffen sectoren met zich mee brengt. Het SCP geeft daarnaast aan dat er twijfels bestaan over de effectiviteit van deze maatregelen. Het SCP noemt het van belang dat het doel en de effectiviteit van bestaande maatregelen helder worden onderbouwd en inzichtelijk worden gemaakt. Zij refereert aan een onderzoek van de RIVM Corona Gedragsunit waaruit blijkt dat met name de hygiënemaatregelen nog altijd goed worden nageleefd. Afstand houden van anderen kan in de praktijk echter niet altijd worden gerealiseerd. Ook het thuiswerkadvies blijkt steeds lastiger in praktijk te brengen. Bijna zes op de tien deelnemers van het onderzoek zegt dat het lukt om voldoende afstand te houden, ruim vier op de tien lukt dat dus niet.

Volgens het SCP is het te verwachten dat de mensen die het hardst zijn geraakt door de crisis, in het najaar en de winter nog niet of onvoldoende hersteld zijn. Verdere negatieve gevolgen en ervaringen komen daar

⁵ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 1468.

bovenop stelt het SCP, en kunnen bovendien ook negatieve invloed hebben op het draagvlak en naleving vanuit deze groep. Het SCP geeft aan dat hoe restrictiever het pakket aan maatregelen is en hoe langer dit voortduurt, hoe lager het (gemiddeld) psychisch welbevinden van burgers, en hoe hoger de (gemiddelde) gevoelens van eenzaamheid. De hoge bezettingsgraad van coronapatiënten in de ziekenhuizen leidt tevens tot uitgestelde zorg met nadelige gevolgen voor zowel de gezondheid als kwaliteit van leven. Ook is een aantal groepen in de samenleving harder geraakt door de coronacrisis dan andere groepen. Het SCP wijst erop dat de sociaal-maatschappelijke gevolgen van de crisis zich minder snel herstellen dan de besmettingscijfers. Het is van belang de ontwikkeling in sociaal-maatschappelijke effecten in het oog te houden en rekening te houden met een mogelijk verhoogde vraag naar ondersteuning vanuit het sociaal domein en de geestelijke gezondheidszorg – ook in de periode na de crisis.

Ten behoeve van het draagvlak in de samenleving, vertrouwen in de instituties en het bereiken van ongevaccineerde kwetsbare groepen benadrukt het SCP het belang van heldere, transparante communicatie en toegankelijke informatievoorziening. Ook bevelen zij aan dat er in de communicatie voldoende aandacht wordt besteed aan de betekenis van de gedeelde (en eigen) verantwoordelijkheid van mensen voor hun eigen gezondheid en die van anderen. Bij alle communicatie, zowel over maatregelen als over het vaccinatiebeleid, is het belangrijk aandacht te hebben hoe informatie iedereen bereikt en welke kanalen daarvoor gebruikt kunnen worden. De meer fundamentele boodschap over de uitlegbaarheid van besluiten en het belang van een betrouwbare overheid wordt volgens het SCP bevestigd door onderzoek van het RIVM naar de voorkeuren van mensen over mogelijke opschaling van maatregelen dit najaar. Hieruit komt naar voren dat er moet worden gekozen voor effectieve maatregelen: maatregelen die tot weinig negatieve (lange termijn) effecten leiden. Ook wordt hierin geadviseerd te kiezen voor generieke maatregelen die een specifieke groep of gebied raken.

Tot slot doet het SCP de aanbeveling te waken voor het stigmatiseren van bevolkingsgroepen waarbij voorkomen moet worden dat gehele groepen – zoals op dit moment niet-gevaccineerden – worden weggezet als onwillig, onwetend of onverantwoordelijk. Het SCP adviseert de verschillende perspectieven en zorgen van mensen te erkennen en nadrukkelijk mee te nemen in de communicatie en informatievoorziening. Volgens het SCP zou dit kunnen voorkomen dat tegenstellingen tussen gevaccineerden en niet-gevaccineerden verder worden verscherpt en tot grotere spanning in de samenleving leidt.

Sociaal-maatschappelijke en economische reflectie Trojka

Uit de sociaal-maatschappelijke en economische reflectie van de Ministeries van SZW, EZK en FIN (Trojka) komt naar voren dat contactbeperkende maatregelen om de zorg te ontlasten of besmettingen terug te dringen per definitie een maatschappelijke impact hebben. Zij stellen dat de invoering van sluitingstijden vanuit sociaal-maatschappelijk en economisch perspectief zeer kostbaar en schadelijk is. Zij adviseren in te zetten op alternatieve maatregelen die lagere sociaal-maatschappelijke en economische kosten hebben waaronder een thuiswerkadvies, 2G in hoogrisico settings, een placheringsplicht of een capaciteitsmaximum voor evenementen. De Ministeries van SZW, EZK en FIN geven verder aan dat herinvoering van de 1,5-meter de capaciteit beperkt in sectoren waar dit geldt. Zolang dit niet geldt in CTB-plichtige sectoren zoals de horeca en kunst en cultuur, is de economische impact hiervan relatief beperkt. Vanuit economisch perspectief prefereert de Trojka de 1,5-meter, in sectoren

waar geen CTB geldt, boven de sluitingstijd. Vanuit sociaal-maatschappelijk perspectief heeft de 1,5 meter buiten het CTB-regime echter wel grotere impact op de mentale gezondheid van gezondheid van mensen. Tevens stelt de Trojka dat een CTB-plicht voor niet-essentiële detailhandel en dienstverlening en in de werksfeer gepaard gaan met aanzienlijke sociaal-maatschappelijke en economische kosten, zeker in het licht van de krapte op de arbeidsmarkt. Indien vanuit epidemiologisch perspectief aanvullende maatregelen nodig zijn, geven zij aan vanuit sociaal-maatschappelijk en economisch perspectief een verbreding van de CTB-plicht en invoering van 2G in de huidige CTB-sectoren te prefereren boven een (gedeeltelijke) lockdown.

De Trojka geeft ten aanzien van algemene sluitingstijden aan dat de sociaal-maatschappelijke en economische kosten meer dan evenredig toenemen naarmate de sluitingstijd vroeger is. Sluitingstijden die kort op het einde van de werkdag volgen, zijn daarom uit sociaal-maatschappelijk en economisch perspectief het meest onwenselijk. Sluitingstijden vormen een beperking op het sociale leven van burgers. Dit effect is relatief groot voor mensen met minder flexibiliteit in hun werkuren. Daarnaast vormen sluitingstijden ook voor ondernemers een aanzienlijke beperking in met name de horeca en kunst en cultuur. Hoe vroeger op de avond deze sluitingstijd is, hoe groter de impact hiervan gezien er minder tijd overblijft waarop zij open mogen en de meeste mensen vrije tijd hebben. De Trojka brengt onder de aandacht dat een beperking in de sluitingstijden op plekken waar mensen hoe dan ook komen, zoals in de winkel om inkopen te doen, voor minder spreiding zorgt en dus meer drukte overdag. De SME-impact blijft op die plekken wel beperkt. Ook bestaat er overlap in de beperking van contacten via sluitingstijden en een placheringsplicht. De invoering van een placheringsplicht, een thuisbezoekadvies, thuiswerkadviezen en 2G in hoogrisico settings brengt minder sociaal-maatschappelijke en economische kosten met zich mee dan algemene sluiting. De Trojka wijst tevens op het mentaal welzijn van jongeren dat onder druk staat. Volgens recent onderzoek van de GGD, RIVM en Trimbos Instituut zorgt de situatie rondom het coronavirus voor het uitvergroten van psychische klachten bij jongeren, zoals angst en eenzaamheid. Meer dan van andere leeftijdsgroepen vinden sociale contacten van jongeren in de avonduren plaats. Sluiting van horeca, kunst en cultuur treft jongeren buitensporig hard volgens de Trojka.

De Trojka geeft een uitgebreide reflectie op de verbreding van de inzet van CTB. Zij geven aan dat een CTB-plicht in de niet-essentiële detailhandel en dienstverlening een lastige maatregel is voor ondernemers. Daarnaast trekken zij de uitvoerbaarheid in twijfel. De 56.000 niet-essentiële winkels worden naar schatting door 300 tot 550 miljoen (niet unieke) bezoekers per maand bezocht, veelal voor korte bezoeken. Er moet dus een groot aantal mensen bij toegang tot de winkel gecontroleerd worden op een CTB, terwijl er normaal gesproken geen sprake is van een toegangscontrole. Ook geven zij aan dat er in deze sector schaarste is aan personeel (ruim 36.000 vacatures in het tweede kwartaal van dit jaar), waardoor dit moeilijk te organiseren is. De Trojka wijst op het gebrek aan draagvlak – 80% van de winkeliers ziet de maatregel als onuitvoerbaar. Dit zet vermoedelijk ook de naleving onder druk. Een CTB-plicht voor niet-essentiële detailhandel zal ook leiden tot een verschuiving van offline naar online. Dit zal deels structurele gevolgen hebben, ook voor de leefbaarheid in binnensteden. Ook ontstaat deels een ongelijk speelveld tussen essentiële en niet-essentiële detailhandel aangezien het assortiment deels overlapt. Bovendien stelt de Trojka dat een CTB-plicht in de detailhandel bij zal dragen aan het vergroten van polarisatie, mede omdat – voor zover bekend – een zeer klein deel van de besmettingen terug kan worden gevoerd naar winkels. Vanuit de sector is er een alternatief

aangedragen met een maximale bezetting per vierkant meter winkelopervlak. Volgens de Trojka verdient dit de voorkeur indien dit epidemiologisch een minimaal gelijk effect heeft.

Bij de inzet van CTB in de werksfeer benadrukken de Ministeries van SZW, EZK en FIN dat dit kan leiden tot uitval van werknemers. De consequenties voor werknemers die geen CTB willen overleggen zijn groot omdat ze in veel gevallen hun werk niet meer kunnen doen. Een CTB-regime in de werksfeer betekent voor een groep werkenden dat zij zich iedere dag moeten laten testen. De vraag is of dat in de praktijk realistisch is. In veel sectoren zijn al personeelstekorten. Zo waren er bijvoorbeeld in de horeca eind tweede kwartaal 82 vacatures per 1.000 banen, de hoogste vacaturegraad van alle economische sectoren. De Trojka stelt dat de uitlegbaarheid van CTB in de werksfeer voor sectoren waar nu CTB (zoals de horeca) geldt voor bezoekers groter is. Ook voor werknemers die geen CTB willen overleggen is de impact groot. Werknemers met een nul-urencontract zullen in praktijk minder vaak (of helemaal niet meer) worden opgeroepen en daardoor inkomen verliezen. Ook voor werkenden met een vast contract kan deze maatregel grote sociaal-maatschappelijke gevolgen hebben, omdat er niet altijd vervangend werk te vinden is, waardoor zij de facto hun werk niet meer kunnen uitoefenen. Deze mensen lopen het risico sociaal geïsoleerd te raken. Bovendien bestaat bij het verlaten van de arbeidsmarkt altijd het risico dat dit langetermijneffecten heeft. Wel draagt CTB op de werkvloer bij aan het veiligheidsgevoel van werknemers die nu mogelijk werken met ongevaccineerde en niet-geteste collega's. Op die manier heeft deze maatregel grote kosten voor zowel ongevaccineerde werkenden (testplicht dan wel baan- of inkomensverlies) en ondernemers (zoeken naar vervangend werk, loondoorbetaling). De precieze effecten zijn sterk afhankelijk van de maatvoering. Vanuit sociaal-maatschappelijk en economisch perspectief is een verscherpt thuiswerkadvies (of verbeterde naleving daarvan) te prefereren boven CTB in de werksfeer.

Ook bij het inzetten van CTB in de zorg bestaat het risico tot uitval van ongevaccineerd zorgpersoneel omdat zij hun werk niet meer kunnen doen. Dit vergroot bestaande personeelstekorten. In het tweede kwartaal van 2020 stonden ruim 45 duizend vacatures open in de zorg. De druk op de zorg loopt hierdoor verder op. Daarnaast tast toepassing van CTB in de zorg de bestaanszekerheid van ongevaccineerd personeel aan, zeker als werk op basis van flexcontracten wordt uitgevoerd. Vanuit brancheverenigingen is er weinig draagvlak voor een CTB in de zorg, wat waarschijnlijk de naleving onder druk zet. De Trojka wijst op het positieve effect van CTB in de zorg dat verzorgend personeel veelal werkt met kwetsbare groepen, met een hoog risico om de druk op de zorg te vergroten. Wel kan een CTB voor bezoekers leiden tot gevoelens van eenzaamheid onder patiënten of mensen in verpleeghuizen. Tot slot benadrukt de Trojka aan dat de invoering van 2G (gevaccineerd of genezen) in de huidige CTB-sectoren economisch gezien minder schadelijk is dan beperkende maatregelen zoals sluiting. Zij stellen dat 2G als positief bijeffect heeft dat het de vaccinatiegraad waarschijnlijk meer verhoogt dan het CTB. Het invoeren van 2G heeft echter wel verstrekkende gevolgen voor ongevaccineerden.

3. Maatregelen

In mijn brief van 2 november jl.⁷ heeft het kabinet aangegeven op 12 november te zullen wegen of de huidige maatregelen afdoende zouden zijn om de situatie in de zorg beheersbaar te houden. Zoals destijds aangegeven, staat bij deze weging de ontwikkeling van het 7-daags

⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 1468.

gemiddelde van ziekenhuis- en IC-opnames centraal. Eveneens wordt bij dit weegmoment het effect op het gedrag en de naleving meegenomen, en daarmee op de prognoses van de ontwikkeling van het virus.

Het kabinet is vandaag tot de conclusie gekomen dat de vorige week aangekondigde maatregelen niet afdoende zijn. Het kabinet heeft dit geconcludeerd naar aanleiding van de meest recente cijfers over ziekenhuis- en IC-opnamen en het aantal besmettingen, de druk op de zorg en het 129^e OMT-advies, waarin de onzekerheid over het tijdstip waarop een piek bereikt wordt en de hoogte van de piekwaarde van de IC-bezetting wordt toegelicht.

Het OMT heeft het kabinet geadviseerd om generieke maatregelen te nemen die gevolgd worden door meer gerichte maatregelen, zodra een verbrede inzet van het CTB mogelijk is. Dit is aanleiding voor het kabinet om, met inachtneming van het OMT-advies, de sociaal-maatschappelijke en economische reflectie, het maatschappelijk beeld en de uitvoerings-toets, te besluiten om voor de korte termijn strengere maatregelen te nemen om contacten zoveel als mogelijk te beperken en tegelijkertijd de wetgevingstrajecten, waarmee de verbrede inzet van het CTB mogelijk wordt gemaakt, – een verzwaard pakket – met spoed in gang te zetten. Gezien de stand van de epidemie zullen de strengere maatregelen die er vooral op gericht zijn om de R naar beneden te krijgen door contacten te beperken ingaan op zaterdag 13 november 2021 om 18.00 uur en lopen deze automatisch af op 4 december om 06.00 uur. Op 3 december 2021 zal het kabinet wegen of deze maatregelen voldoende effect hebben gehad op het verloop van het aantal besmettingen en ziekenhuis- en IC-opnames. Daarnaast zal worden bezien of de wetgevingstrajecten voor het verzwaarde basispakket genoeg gevorderd zijn om het vandaag aangekondigde maatregelenpakket te vervangen, of dat een deel van deze generieke maatregelen dient te worden verlengd. De wetsvoorstellen die het kabinet in voorbereiding heeft ten aanzien van verbrede inzet van het CTB, worden nader toegelicht in paragraaf 4 van deze brief.

Het kabinet is zich er van bewust dat met het besluit van vandaag opnieuw een situatie ontstaat die iedereen, van winkelier tot sporter, gevaccineerd en ongevaccineerd en van jong tot oud, hard raakt. Het OMT concludeert echter dat de verspreiding van het virus in alle regio's, settings en onder alle leeftijdsgroepen plaatsvindt en de besmettingen oplopen. Daarom is dit generieke maatregelenpakket nodig. De vandaag aangekondigde maatregelen zullen vergezeld gaan van een aanvullend steunpakket waarover uw Kamer separaat wordt geïnformeerd.

Maatregelen om contacten te beperken per 13 november 2021 18.00 uur

Het OMT adviseert om contactmomenten met 20 tot 25% te reduceren. Het kabinet geeft hier mede invulling aan door in te zetten op het verminderen van contacten in met name de avonduren. Aangezien sluitingstijden grote sociaal-maatschappelijke en economische gevolgen hebben, wordt onderscheid gemaakt tussen essentiële en niet-essentiële detailhandel en essentiële en niet-essentiële dienstverlening. De maatregelen worden hieronder toegelicht.

Naleving basismaatregelen en adviezen van groot belang

Het naleven van de basismaatregelen en adviezen blijft van groot belang. Hierbij gaat het om het dringend advies om thuis te blijven bij klachten en jezelf zo snel mogelijk te testen, het dringend advies om in quarantaine te gaan na een positieve test, het dringende advies om vaak en goed handen te wassen en geen handen te schudden en het dringend advies om te

zorgen voor voldoende frisse lucht. Deze basismaatregelen worden uitgebreid met het dringende advies aan huisgenoten die als immuun worden beschouwd op basis van volledige vaccinatie of een doorge-
maakte infectie, om in quarantaine te gaan na een positieve test van een huisgenoot.

1,5m afstandsnorm weer verplicht, hernieuwd thuisbezoekadvies en aanscherping thuiswerkadvies

Het dringende *advies* om 1,5 meter afstand te houden wordt zo snel mogelijk een *plicht* tot het houden van 1,5 meter afstand. Hiervoor is het opstellen van een AMvB noodzakelijk, die onmiddellijk door het kabinet aan de Staten-Generaal wordt voorgehangen en zo snel mogelijk in werking kan treden. Tot het moment van inwerkingtreding van deze AMvB roept het kabinet iedereen op de 1,5 meter afstand toe te passen. Het onderwijs, sport- en kunst- en cultuurbeoefening, het openbaar vervoer en luchthavens zijn uitgezonderd van de plicht in de AMvB om 1,5 meter afstand te houden.

Bovendien heeft het kabinet besloten het thuisbezoekadvies opnieuw in te voeren. Hierbij is het advies om maximaal 4 personen (m.u.v. personen tot en met 12 jaar) per dag te ontvangen. Mocht dit advies langer noodzakelijk blijken dan nu voorzien dan zijn vieringen (zoals Sinterklaas-avond, Chanoeka en Eerste- en Tweede Kerstdag) hiervan uitgezonderd.

Tot slot wordt het thuiswerkadvies per direct verder aangescherpt naar «werk thuis, tenzij het niet anders kan». Thuiswerken is een effectief middel om besmettingen tegen te gaan, doordat het aantal contacten dat mensen hebben onderweg van en naar de werklocatie en op de werkvloer verminderd wordt. Het kabinet beseft dat veel werkenden al ruim anderhalf jaar grote delen van hun tijd thuiswerken. Het kabinet erkent dat dit niet altijd makkelijk is. Specifieke aandacht voor het welbevinden van thuiswerkers blijft vanuit werkgevers noodzakelijk. Het kabinet blijft de thuiswerkers ondersteunen met tips en informatie die te vinden zijn op www.hoewerktnederland.nl en op www.arboportaal.nl.

Sluitingstijden

De niet-essentiële detailhandel en niet-essentiële dienstverlening dient vanaf zaterdag 13 november gesloten te zijn tussen 18.00 en 06.00 uur. De niet-essentiële dienstverlening bestaat uit pret- en dierenparken, spellocaties, casino's, kinderboerderijen en speeltuinen op publieke plaatsen, recreatief vervoer (zoals rondvaartboten, ballonvaarten en partybussen), zaalverhuur t.b.v. recreatie, sauna's en wellness, zonnebanken, niet-medische contactberoepen en cursussen en training, m.u.v. cursussen en trainingen die noodzakelijk zijn voor beroepsuitoefening.

Vanaf zaterdag 13 november geldt een sluitingsplicht tussen 20.00 en 6.00 uur voor de horeca (m.u.v. de afhaalfunctie). Voor de essentiële detailhandel geldt ook een sluitingstijd tussen 20.00 en 06.00 uur. Dit gaat om winkels die gericht zijn op de primaire levensbehoeften voor mens en dier zoals winkels in de levensmiddelenbranche (waaronder supermarkten), drogisterijen, winkels in zorg- of welzijnshulpmiddelen, opticiens en audiciens en groothandels voor business-to-business. Voor apotheken, tankstations en winkels op luchthavens na de securitycheck geldt geen beperking op de sluitingstijden. Sluitingstijden voor essentiële dienstverlening van de overheid, bibliotheken, post- en pakketservices, reparaties van goederen, verhuur van essentiële goederen en essentiële medische voorzieningen blijven ongewijzigd.

Publieksverbod bij sport

Met ingang van zaterdag 13 november 2021 vanaf 18.00 uur is het niet langer toegestaan om als publiek aanwezig te zijn bij sport. Dit geldt gedurende de gehele dag voor zowel de professionele sport als de amateursport en zowel voor de wedstrijden als de trainingen en lessen. Voor ouders die één of meer kinderen begeleiden, betekent dit niet alleen dat zij een binnenruimte van een sportlocatie uitsluitend mogen betreden als zij beschikken over een CTB, maar ook dat zij niet bij een training, les of wedstrijd mogen blijven kijken. Nadat zij de kinderen hebben gebracht en hebben geholpen met omkleden dienen zij de sportlocatie dus te verlaten. Ook hier geldt dat dit is om het aantal contactmomenten te beperken.

Evenementenverbod tussen 18.00 en 06.00 uur en placheringsplicht

Het kabinet heeft besloten tot een evenementenverbod tussen 18.00 en 06.00 uur. Evenementen vóór 18.00 uur kunnen doorgaan, maar moeten met inachtneming van de daarvoor geldende voorwaarden om 18.00 uur zijn afgelopen. Van dit verbod zijn uitgezonderd sportwedstrijden die zonder publiek kunnen doorgaan, vertoningen van kunst en cultuur en uitvaarten. Bij vertoningen van kunst en cultuur en bij evenementen mogen maximaal 1.250 personen per zelfstandige ruimte aanwezig zijn. Bovendien geldt voor locaties waar een CTB gevraagd wordt een placheringsplicht voor publiek. Dit betekent dat ongeplaceteerde evenementen verboden zijn. Doorstroomevenementen zijn uitgezonderd van het maximum van 1.250 per zelfstandige ruimte en de placheringsplicht.

Beperking groepsgrootte in het mbo en ho

In het mbo en ho wordt, omdat hier de veilige afstand niet gaat gelden, de maximale groepsgrootte van 75 personen per zelfstandige ruimte opnieuw geïntroduceerd. Hiervan worden tentamens en examens uitgezonderd. In het mbo en ho geldt reeds de mondkapjesplicht bij verplaatsing. Deze blijft als risicomitigerende maatregel van kracht.

Funderend onderwijs

Voor kinderen en jongeren is het ontzettend belangrijk dat ze naar school kunnen blijven gaan. Op school kunnen ze zich het beste ontwikkelen en kunnen bovendien de leervertragingen worden ingelopen, die zijn ontstaan vanwege de eerdere scholensluitingen. Het OMT ontraadt daarom ook om aanvullende maatregelen te nemen in het onderwijs. Het kabinet neemt dit advies over. Het is de inzet van het kabinet dat leerlingen verantwoord naar school kunnen blijven gaan.

Quarantaine

Het quarantaineadvies gaat ook gelden voor huisgenoten van besmette personen en voor huisgenoten die als immuun worden beschouwd op basis van volledige vaccinatie of een doorgemaakte infectie. Omdat dit advies mogelijk een aantal praktische consequenties heeft, zal het verder worden uitgewerkt door het RIVM. De LCI richtlijn zal in dier voege worden aangepast. Het kabinet zal ik hierover informeren.

Bron- en contactonderzoek

Het OMT stemt in met het voorstel van GGD GHOR en het RIVM voor het waarborgen van de kwaliteit van het BCO bij hoge incidentie. Onder hoge

incidentie wordt de situatie verstaan dat er landelijk meer dan 7.000 besmettingen per dag zijn. Uitgangspunten van dit plan zijn:

- Alle positief geteste mensen krijgen advies over maatregelen en het informeren van contacten. Dit kan digitaal en, waar nodig, telefonisch.
- De GGD heeft voldoende capaciteit om adequate maatregelen te nemen bij clusters en opvallende signalen.
- Er wordt aanvullende informatie verzameld bij een steekproef van de meldingen voor surveillancedoeleinden, zodat er zicht kan worden gehouden op het virus.

Het doel van BCO is tweeledig: enerzijds het inventariseren van mogelijke bronnen en contacten per index om gericht kleinschalige maatregelen te kunnen nemen. Anderzijds het verzamelen van data op populatieniveau. Bij grootschalige verspreiding in de populatie, waarbij de GGD'en zoals nu al in fase 5 terecht komen, verschuift het doel. Het eerste deel wordt minder zinvol, er is zoveel verspreiding dat het minder essentieel is om verdere verspreiding tegen te gaan- het circuleert sowieso al overal. Dat maakt tegelijkertijd het tweede doel, het verzamelen van data op populatieniveau des te belangrijker, omdat je zo wel gerichte maatregelen kan nemen.

Door dit voorstel wordt BCO zinvoller ingezet bij hoge aantallen besmettingen. De winst zit er in dat met dit voorstel de populatiedata beter op peil blijft dan nu; de meeste GGD'en bellen nu alleen uitslagen door en verzamelen nauwelijks gegevens.

Dit voorstel wordt verder uitgewerkt door het RIVM en GGD GHOR Nederland. Het is nog niet duidelijk wat de ingangsdatum wordt van dit voorstel.

4. Wetsvoorstellen t.b.v. verbrede inzet coronatoegangsbewijzen

Zoals eerder in deze brief vermeld, werkt het kabinet aan gerichte maatregelen om de generieke maatregelen, die per 13 november om 18:00 uur gaan gelden, tijdig te kunnen versoepelen. In mijn stand van zakenbrief aan uw Kamer van 2 november jl.⁸ heb ik u reeds aangegeven dat het kabinet ervoor heeft gekozen een aantal wetswijzigingen in procedure te brengen om verbrede inzet van het coronatoegangsbewijzen mogelijk te maken.

In onderstaande paragraaf geef ik uw Kamer een nadere toelichting op de uitwerking van deze trajecten. Gezien de zorgelijke huidige epidemiologische situatie en na advisering van het OMT (129^e advies), heeft het kabinet er aanvullend toe besloten om ook mogelijke inzet van het coronatoegangsbewijs in het hoger onderwijs, en inzet van het coronatoegangsbewijs op basis van «2G» (gevaccineerd of genezen) voor te bereiden.

Wetsvoorstel verbreding inzet coronatoegangsbewijs naar niet-essentiële detailhandel en niet-essentiële dienstverlening op publieke plaatsen

Momenteel kan het coronatoegangsbewijs ingezet worden als voorwaarde voor de deelname aan activiteiten of toegang tot voorzieningen die zien op: cultuur, evenementen, georganiseerde jeugdactiviteiten, horeca en sport. Bij de Tweede Kamer is vandaag (op 12 november 2021) een wetsvoorstel ingediend waarmee het coronatoegangsbewijs eveneens ingezet kan worden in de niet-essentiële detailhandel en de niet-essentiële dienstverlening op publieke plaatsen (Kamerstuk 35 961). Zoals beschreven in mijn brief aan uw Kamer van 2 november jl. heeft het OMT in zijn 128^{ste} OMT advies namelijk geadviseerd om sectoren waar het

⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 1468.

coronatoegangsbewijs ingezet kan worden, te verbreden. Het coronatoegangsbewijs zou volgens het OMT, naast de reeds aangewezen sectoren, ook gewenst kunnen worden op het terrein van de detailhandel, bij dienstverlening in het kader van bepaalde contactberoepen en dienstverlening in bepaalde publieke ruimtes. Het gaat dan bijvoorbeeld om situaties waar nu een mondneusmasker gedragen dient te worden.

Het wetsvoorstel regelt dat bij ministeriële regeling bepaald kan worden dat het coronatoegangsbewijs ook ingezet wordt bij niet-essentiële detailhandel en niet-essentiële dienstverlening op publieke plaatsen. Hiertoe wordt slechts besloten indien dit onder meer gezien de epidemiologische situatie noodzakelijk is. Essentiële detailhandel en essentiële dienstverlening, zien kort gezegd, op activiteiten en voorzieningen die zijn gericht op de eerste levensbehoeften. Niet-essentieel zijn bijvoorbeeld kleding-, elektronica-, speelgoed- en meubelwinkels, ook kan daarbij gedacht worden aan onder meer pret- en dierenparken, sauna's en bepaalde contactberoepen. Voor een uitgebreidere toelichting op dit wetsvoorstel wordt korthedshalve verwezen naar de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel met memorie dat op 12 november bij de Tweede Kamer is ingediend (Kamerstuk 35 961, nr. 3). Gezien de gewenste spoedige inwerkingtreding van dit wetsvoorstel, verzoek ik uw Kamer het voorstel reeds komende week te behandelen. Het effect daarvan is dat met de verbrede inzet van CTB's in deze sectoren, het huidige generieke maatregelenpakket sneller kan worden afgeschaald.

Wetsvoorstel verbreding inzet coronatoegangsbewijs naar werknemers en bezoekers

Met dit wetsvoorstel worden eveneens de tijdelijke bepalingen in hoofdstuk Va van de Wet publieke gezondheid (Wpg) met de inzet van coronatoegangsbewijzen uitgebreid, maar nu ten aanzien van personen die beroeps- of bedrijfsmatig werkzaamheden verrichten en bezoekers. Na nadere verkenning is besloten om met dit wetsvoorstel specifiek te regelen dat:

- In CTB-plichtige sectoren een CTB-*plicht* opgelegd kan worden aan werknemers, op locaties waar de CTB-plicht reeds geldt voor bezoekers of klanten. Via een ministeriële regeling wordt nader bepaald voor welke CTB-plichtige sectoren deze plicht gaat gelden en onder welke voorwaarden. Differentiatie naar gebieden en werklocaties is hierbij mogelijk.
- In andere sectoren kan aan werkgevers een *bevoegdheid* gegeven worden tot toepassing van het CTB op werklocaties aan zowel werknemers als bezoekers, na instemming van de ondernemingsraad of personeelsvertegenwoordiging. Hierbij geldt wederom dat via een ministeriële regeling nader wordt bepaald voor welke sectoren deze bevoegdheid gaat gelden en onder welke voorwaarden. Ook hierbij is differentiatie naar gebieden en werklocaties mogelijk. Mocht de bestrijding van de epidemie dit vergen, kan de overheid besluiten tot het alsnog via ministeriële regeling opleggen van een CTB-plicht aan werknemers en/of bezoekers.

De inhoud van de ministeriële regelingen wordt nader bepaald door actuele OMT-adviezen, alsmede een sociaal-maatschappelijke economische reflectie. Ik streef ernaar om dit wetsvoorstel, gezien deze complexe afweging op 19 november naar de Tweede Kamer te sturen, opdat wij de week erna in uw Kamer kunnen behandelen.

Wetswijziging en AMvB inzet coronatoegangsbewijs in het onderwijs (mbo en ho)

Er is nog niet besloten om CTB's in het middelbaar beroepsonderwijs en hoger onderwijs in te gaan voeren en het kabinet acht dit vooralsnog ook niet wenselijk. Wel worden een wetswijziging en AMvB aan uw Kamer voorgelegd om dit mogelijk te maken, zodat het in te voeren is, mocht dat in een later stadium noodzakelijk zijn om het onderwijs open te kunnen houden. De overheid kan vervolgens per ministeriële regeling bepalen om dit daadwerkelijk te verplichten voor het hoger onderwijs. Voor het primair en voortgezet onderwijs is mogelijke inzet van een CTB overigens niet aan de orde.

Wetsvoorstel inzet coronatoegangsbewijs op basis van 2G

Met dit wetsvoorstel wordt het mogelijk om het coronatoegangsbewijs ook alleen op basis van een bewijs van vaccinatie of een bewijs van herstel van een infectie te verschaffen. Daarmee beoogt het kabinet invulling te geven aan het 126^e advies van het OMT om in bepaalde situaties of settings een verzwaaard CTB in te kunnen zetten. Het kabinet beoogt de afbakening van de sectoren waar een dergelijk verzwaaard CTB gevraagd kan worden, nader uit te werken bij ministeriële regeling.

Een verzwaaard CTB in de vorm van een CTB gebaseerd op alleen een vaccinatiebewijs of een herstelbewijs lijkt een bijdrage te kunnen leveren aan de bestrijding van de epidemie, gezien de ervaringen die verschillende Europese landen om ons heen er al mee hebben. Zoals uit eerste berekeningen van bijvoorbeeld de TU/Delft blijkt, zou de inzet van een «2G CTB» een belangrijke maatregel kunnen vormen in het terugdringen van het aantal besmettingen, helpen in het verminderen van de druk op de zorg, en het beschermen van de kwetsbaren, waaronder ongevacineerden. Het kabinet denkt hierbij met name aan de inzet van een CTB met 2G bij ongeplaceerde settings en is voornemens de ondernemer daarbij de keuze te geven tussen de 2G optie en een 3G optie met placering.

Zoals het OMT ook aangeeft bij het advies over de invoering van een verzwaaard CTB, realiseert het kabinet zich dat de keuze voor een dergelijk toegangsbeleid een complexe afweging is waarbij ook vele andere maatschappelijke afwegingen meegewogen dienen te worden. Ik streef ernaar om dit wetsvoorstel, gezien deze complexe afweging op 19 november naar de Tweede Kamer te sturen, opdat wij de week erna in uw Kamer kunnen behandelen.

5. Effectiviteit coronatoegangsbewijzen (motie Westerveld)

De Kamer heeft met de motie Westerveld verzocht om de effectiviteit van coronatoegangsbewijzen, afgezet tegen iedereen testen (1G) te onderzoeken.⁹

Het gevraagde onderzoek is niet het eerste onderzoek naar de effectiviteit van het CTB. Zo heeft TU/Delft het risico-taxatiemodel ontwikkeld op basis van de Fieldlab Evenementen. Met dit model kan de effectiviteit van verschillende regimes van coronatoegangsbewijzen modelmatig vergeleken worden. De TU/Delft heeft dit model onder andere gebruikt om het aantal mogelijke besmettingen op het Amsterdam Dance Event (ADE) en de Formule 1 Grand Prix (F1) in Zandvoort in te schatten. Op basis van het risicomodel concluderen de onderzoekers dat het 3G CTB het aantal

⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 1481.

besmettingen en ziekenhuisopnames met tientallen procenten reduceert, afhankelijk van de setting waarin het coronatoegangsbewijs wordt ingezet en uiteraard afhankelijk van de infectiedruk. Uit de modellering blijkt dat dit reducerende effect kan worden vergroot door iedereen (gevacineerd en ongevaccineerd) te testen of de 2G variant in te zetten.

Ook het OMT geeft in haar 126^e advies aan dat het risico op besmetting tijdens een evenement kleiner wordt met de inzet van het CTB (Bijlage bij Kamerstuk 25 295, nr. 1451). Vervolgens geeft het OMT in haar 128^e advies aan dat het gebruik van het CTB een gunstige invloed heeft op – het verkleinen van – de te verwachten ziekenhuisopnames. Het OMT is verzocht om nader te reflecteren op de effectiviteit van de uitvoeringsmodaliteiten van het CTB in relatie tot de setting en infectiedruk. Ik zal aanvullend onderzoek laten verrichten door een onafhankelijke partij, omdat de modelmatige aanpak van TU/Delft wél de effectiviteit kan voorspellen, maar de effectiviteit niet daadwerkelijk meet met de volgende onderzoeksvraag: hoe effectief is het CTB in het tegengaan van de verspreiding van het virus? Met dit onderzoek wil ik inzicht krijgen in de effectiviteit van het CTB op de beleidsdoelen van de corona-aanpak, alsmede de verschillen in effectiviteit van 3G, 2G en beide uitvoeringsmodaliteiten aangevuld met het testen van iedereen voorafgaand aan toegang (1G). Hierbij zullen internationale onderzoeken worden meegenomen.

6. Wijkgerichte aanpak

In mei 2021 zijn de GGD'en gestart bezig met extra inspanningen zoals fijnmazig vaccineren om gericht de vaccinatiegraad te verhogen. We zien dat dit goed werkt. Dat willen we – ook gezien de hoge besmettingscijfers – samen met de GGD'en verder uitbreiden en intensiveren in die gemeenten en wijken waar de noodzaak tot het beschermen van mensen groot is. Naast het fijnmazig vaccineren doen we dit ook door het laagdrempelig verstrekken van persoonlijke beschermingsmiddelen, zelftesten, het neerzetten van testlocaties dichtbij de mensen, communicatie en voorlichting, naleving en handhaving om de mensen te beschermen daar waar de noodzaak het grootst is. Ik ga daar hieronder nader op in.

In overleg met het RIVM en de GGD GHOR zijn 30 gemeenten geïdentificeerd, waar we verwachten dat het uitbreiden en intensiveren van de bestaande aanpak voor vaccineren en testen een verschil kan maken in het beschermen van mensen. Bij die selectie hebben we gekeken naar de vaccinatiegraad, het totaal aantal mensen dat nog niet gevaccineerd is, het aantal besmettingen én het aantal mensen dat in het ziekenhuis wordt opgenomen. In deze selectie zijn zowel een aantal grote steden opgenomen als middelgrote-en kleinere gemeenten in onder andere Limburg, de zogenaamde Biblebelt, Flevoland en Zuid-Holland. Met de betrokken GGD'en, gemeenten en met partijen zoals Sociaal Werk Nederland ben ik in gesprek hoe we deze aanpak de komende drie maanden het best kunnen vormgeven en ondersteunen om juist die mensen te bereiken die op andere manieren lastig bereikt kunnen worden dan wel het meest hulp nodig hebben. Met het intensiveren van de aanpak in deze gemeenten en een aantal wijken in de grote steden, worden – naar schatting – 800.000 12-plussers bereikt die nog geen prik hebben gehad. Met het identificeren van deze gemeenten en de aanpak om hier gericht te intensiveren en een vorm van regie te organiseren,

voldoe ik aan de toezegging aan lid Bikker van de Christen Unie tijdens het debat van 3 november jl. over een regionale aanpak¹⁰.

Vaccineren en testen

Welke acties lopen op lokaal niveau?

De GGD'en staan een wijkgerichte aanpak voor en bepalen hun strategie op basis van vaccinatiedata en besmettingscijfers op postcode-4-niveau en op basis van doelgroepenanalyse. Deze aanpak is voor alle wijken van aandacht, waaronder de 30 gemeenten, hetzelfde. De regionale GGD'en werken samen met gemeenten en maatschappelijke instellingen om mensen te bereiken die nog niet gevaccineerd zijn. Daarnaast werkt de GGD op steeds grotere schaal samen met andere partners in het zorgdomein, om de informatie over de werking, effectiviteit en bijwerkingen van het vaccin via meerdere afzenders te verspreiden. Zo werken veel regio's al actief samen met huisartsen, specialisten (in ziekenhuizen) en apothekers, maar ook verloskundigen ontvangen informatiepakketten van de GGD, zodat zij met hun cliënten het gesprek kunnen aangaan over vaccineren. Deze instellingen en partners helpen om de mensen die nog niet gevaccineerd zijn te informeren. De ervaring leert namelijk dat mensen die niet goed geïnformeerd zijn, zich niet melden bij de vaccinatielocaties. Het bereiken en goed informeren van deze mensen is de belangrijkste stap om mensen te laten kiezen voor vaccinatie.

Mensen met vragen over het vaccin kunnen ook altijd bij de vaccinatielocaties van de GGD en informatiepunten in de wijken terecht en er wordt in wijken van aandacht voorlichting gegeven aan specifieke doelgroepen. Op iedere vaccinatielocatie is een arts aanwezig die vragen kan beantwoorden en uitleg kan geven over de werking en eventuele bijwerkingen van het vaccin. De aanpak is hetzelfde, maar de oplossing kan per gemeente en wijk verschillen afhankelijk van de analyse. Dit is dus maatwerk. Enkele zeer succesvolle voorbeelden, maar verschillende vormen van samenwerking tussen GGD'en en maatschappelijke partners zijn de vaccinatielocatie in het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam-Zuid en de pop-up vaccinatielocatie in de Adventkerk in Amersfoort. In Rotterdam helpen de specialisten van het ziekenhuis bij de toeleiding van mensen bij de vaccinatiestraten door de mensen onder andere goed te informeren. In Amersfoort heeft de samenwerking met betrokken partners geleid tot een toestroom van mensen die gevaccineerd wilden worden naar deze pop-up locatie in de kerk.

De goede voorbeelden van vaccinatie zijn een inspiratie voor de verdere uitbreiding van deze fijnmazige aanpak. Hoe de test-, vaccinatie- en informatiestraten precies vorm worden gegeven, waar ze komen te staan en welke interventies gedaan kunnen worden, is telkens een regionale afweging op basis van data en inhoudelijke gesprekken met maatschappelijke partners. Soms kiezen GGD'en er bewust voor om juist niet met een permanente vaccinatielocatie in de wijken met een lage vaccinatiegraad aanwezig te zijn. In de zogenaamde Biblebelt gemeenten is gebleken dat het vaak effectiever is om in een aangrenzende gemeente een vaccinatielocatie te openen om de anonimiteit van de mensen die een vaccinatie komen halen te kunnen waarborgen. De GGD'en bepalen in goed overleg met de gemeenten en lokale partners (sleutelfiguren) waar geschikte locaties geopend kunnen worden gegeven de benodigde capaciteit enerzijds en het verhogen van de vaccinatiegraad in wijken van aandacht anderzijds.

¹⁰ Handelingen II 2021/22, nr. 17, Debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus.

Momenteel kunnen mensen zich op 23 locaties zowel laten testen als vaccineren. Aanvullend ben ik met de GGD'en in gesprek om op deze locaties laagdrempelig zelftesten en mondkapjes voor sociale minima te verstrekken.

De fysieke combinatie van testen en vaccineren verlaagt de drempel om te laten vaccineren. Dat kan ook door middel van mobiele test- en vaccinatiebussen, zoals voorgesteld in de motie van het lid Van den Berg.¹¹ Om laagdrempelig te testen en te vaccineren, zetten GGD'en regelmatig mobiele test- en vaccinatiebussen in of richten kleinere test- en vaccinatie-locaties op in de wijk. Denk hierbij aan een samenwerking met een buurthuis of gemeenschapshuis. Door middel van deze bussen of kleinere locaties, zorgen GGD'en voor maatwerk zodat er bij brandhaarden getest kan worden of zodat de afstand tot een test- of vaccinatie-locatie verkleind wordt. Op dit moment zetten de GGD'en circa 25 bussen in voor testen, vaccineren of een combinatie van testen en vaccineren. Deze inzet varieert dagelijks afhankelijk van de behoefte.

Welke acties willen we nog meer doen?

Ook in het najaar en volgend jaar zullen GGD'en zich blijven inzetten voor het verhogen van de vaccinatiegraad, waarbij de nadruk nog meer zal komen te liggen informeren en attenderen. In lijn met de motie van het lid Bikker c.s.¹² zullen de GGD'en in alle gebieden van aandacht, waaronder de 30 gemeenten, samen met maatschappelijke partners en de gemeenten onderzoeken hoe en of het behulpzaam en mogelijk is om ook laagdrempelig eerste vaccinaties te zetten bij de pop-up vaccinatie-locaties voor de boosterprik.

Zelftesten en mondkapjes

Met de GGD'en ben ik in gesprek over de mogelijke verspreiding van zelftesten en mondkapjes. Zo bekijk ik of en hoe het mogelijk is om gratis mondkapjes en zelftesten beschikbaar te stellen bij test- en vaccinatie-locaties in de aangewezen 30 gemeenten, specifiek gericht op minima. Zodra duidelijk is waar mondkapjes gewenst zijn, wordt met de ontvangende partij overlegd hoe het transport zal plaatsvinden. In overleg met de ontvanger kunnen de mondkapjes worden afgeleverd of opgehaald bij de centrale opslag.

Communicatie en Voorlichting

Wat gebeurt er al

In 800 postcodegebieden waar de vaccinatiegraad achterblijft, is de campagne «Prikken zonder Afspraak» zichtbaar op sociale media (Facebook en Instagram), via advertenties in apps, op Spotify online radio en via buitenreclame. Centraal staat hoe eenvoudig het is om je prik te halen: «Kijk op prikkenzonderafpraak.nl voor een priklocatie bij jou in de buurt en haal je eerste prik wanneer het jou uitkomt.»

We voorzien organisaties die dichtbij mensen uit kwetsbare wijken staan van actueel informatiemateriaal over de coronavaccinatie in verschillende talen. Deze organisaties, zoals Pharos, GGD'en, het Rode Kruis en het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA), verspreiden de informatie onder hun achterban.

¹¹ Kamerstuk 25 295, nr. 1477.

¹² Kamerstuk 25 295, nr. 1484.

Steffie.nl/corona is een online module met eenvoudige uitleg over verschillende corona-onderwerpen. Deze online module wordt als hulpmiddel gebruikt door organisaties die veel met kwetsbare mensen werken en met mensen met een migratie-achtergrond zoals wijkcentra, Dokters van de Wereld en GGD'en.

Wat gaan we doen

Anderstalige campagne «Prikken zonder afspraak»

Om mensen met een migratie-achtergrond te bereiken in de wijken waar de vaccinatiegraad achterblijft, is de website prikkenzonderafpraak.nl nu in 11 talen beschikbaar. Volgende week start een campagne in deze talen, die de bijbehorende doelgroepen naar de website in de voorkeurstaal leidt. Hier kunnen zij een priklocatie in de buurt opzoeken, maar ook informatie en antwoorden vinden op vragen of twijfels.

Twijfels over vaccineren

De campagne Prikken zonder Afspraak richt zich vooral op de ongevaccineerden die vanwege fysieke barrières nog geen vaccinatie hebben gehaald. Er is ook een groep ongevaccineerden die twijfelt en meer emotionele, functionele en sociale barrières ervaart. We willen deze groep binnen de wijken waar de vaccinatiegraad achterblijft, direct aanspreken en helpen aan de juiste informatie. Hiervoor werken we aan een nieuw platform waar de belangrijkste twijfels worden geadresseerd en een overzicht met plekken waar mensen een gesprek kunnen aangaan met een specialist over hun twijfels. Met wijkgerichte communicatie in verschillende talen willen zoveel mogelijk mensen attenderen op dit platform.

Dialoog platform

Parallel ontwikkelt GGD GHOR Nederland een dialoogplatform gericht op het «in gesprek gaan» over twijfels en vragen ten aanzien van vaccinatie en het informeren hierover. Hierbij wordt uitleg geven over het beschermen van de eigen gezondheid en die van de sociale omgeving. Op dit platform kan het gesprek plaatsvinden én de juiste informatie onafhankelijk en vertrouwd bij de doelgroep worden gelegd.

Dit gesprek en de informatie is voor iedereen die:

- o nog niet gevaccineerd zijn of wel gevaccineerd zijn maar nog vragen hebben (Twijfelaars, uitstellers en afstellers);
- o ter ondersteuning van de mensen die zelf willen informeren of in gesprek willen gaan met de hiervoor genoemde groep huisartsen, apothekers etc.;
- o mensen die willen informeren maar niet de kennis of capaciteit hebben en dus iets nodig hebben om naar te verwijzen (familie, vrienden, werkgevers, politici, scholen etc.).

Handreiking desinformatie

We ontwikkelen een handreiking over desinformatie voor mensen die in hun beroepsuitoefening of op een andere manier in aanraking komen met desinformatie bij hun contacten. Deze handreiking is op lokaal niveau te gebruiken door bijvoorbeeld jongerenwerkers. De belangrijkste vraag die wordt uitgewerkt in de handreiking: hoe om te gaan met desinformatie en mensen die een andere overtuiging hebben?

Inzet van sleutelfiguren

Mensen met een migratie-achtergrond die de Nederlandse taal niet goed beheersen, willen we ook op lokaal niveau opnieuw informeren over corona gerelateerde onderwerpen zoals vaccinatie, testen, de basismaatregelen en het coronabewijs. Hiervoor gaan we samenwerken met de voorlichters van Inclusia. De voorlichters van Inclusia zijn sleutelfiguren binnen migrantennetwerken. Inclusia is een netwerk opgebouwd uit ongeveer 250 sleutelpersonen uit het hele land in diverse wijken uit verschillende gemeenschappen. In de afgelopen jaren heeft Inclusia deze positie opgebouwd en hun voorlichters worden gezien als betrokken en betrouwbaar. Daarnaast zijn we in gesprek of deze sleutelfiguren ook voorlichting kunnen geven over testen en het gebruik van het coronatoegangsbewijs. Zij informeren hun achterban in de eigen taal op basis van door ons aangereikte informatie tijdens bijeenkomsten in onder andere moskeeën en buurthuizen en waar nodig online. Verder wordt er nog onderzoek gedaan naar wijken met kwetsbare en moeilijk te bereiken mensen om te onderzoeken welke boodschap aansluit bij de belevingswereld van de mensen in die wijken.

Informatiemateriaal in begrijpelijke taal

Op dit moment voorzien we organisaties die dichtbij mensen uit kwetsbare wijken staan van actueel informatiemateriaal over de coronavaccinatie in verschillende talen. Dit materiaal gaan we uitbreiden met informatie over andere corona-onderwerpen zodat organisaties zoals Pharos, GGD'en, het Rode Kruis en het COA, dit verder kunnen verspreiden.

Ook komt er een aanvulling op de online module Steffie.nl/corona. Hierin geven we een eenvoudige uitleg over de stand van zaken van het coronavirus en wat we op dit moment doen om de verspreiding van het virus tegen te gaan. Steffie is een belangrijk hulpmiddel om mensen uit kwetsbare wijken te informeren.

Prikpakketten

In samenwerking met de GGD GHOR inventariseren we de *best practices* van de lokale GGD'en op het gebied van communicatie rondom vaccinatie. Met als doel dit naar landelijk niveau op te schalen. Een mogelijke uitkomst is een soort «Promotiepakket» waar alle GGD'en gebruik van kunnen maken om hun vaccinatielocaties onder de aandacht te brengen.

Verhogen beschermingsgraad

We onderzoeken welke boodschappen we kunnen inzetten om op een positieve en niet-polariserende manier mensen te overtuigen om bij te dragen aan het verhogen van de beschermingsgraad. Hierin nemen we alle middelen mee om een hoge beschermingsgraad te bereiken zoals vaccineren, maatregelen en testen. Ook kunnen mensen terecht bij bibliotheken voor voorlichting en hulp.

Testwijzer

Sommige mensen weten niet zeker wat ze moeten doen als het gaat om testen. Wat voor een test is er nodig, en waar kunnen ze een test krijgen. Daarom wordt er een klikbaar stroomschema ontwikkeld dat uitgaat van een activiteit die iemand wil gaan doen (weekendje weg met vrienden, reizen, naar een evenement), of hij of zij gevaccineerd is, en of hij of zij klachten heeft. Antwoorden op de vragen leiden tot een uitspraak of er

getest kan/moet worden, en zo ja, of een zelftest volstaat of waar een professionele test kan worden afgenomen. De opzet zal vergelijkbaar zijn met die van de quarantainecheck, zie [quarantainecheck.rijksoverheid.nl](https://www.rijksoverheid.nl/quarantainecheck).

De testwijzer brengen we op lokaal niveau onder de aandacht via coronabrede communicatiemiddelen en kanalen.

Naleving en handhaving

Het kabinet kreeg indicaties dat de naleving van het coronatoegangs-bewijs achterbleef. Niet overal wordt goed en volledig (dus QR-code en ID-bewijs) gecontroleerd. Om beter in beeld te krijgen waar deze problemen spelen, heeft het kabinet een peiling onder bezoekers van locaties uitgevoerd. Dit is een peiling onder ongeveer 1.000 mensen. Deze peiling heeft plaatsgevonden in de eerste week van november en is herhaald in de tweede week van november. Daaruit komt een beeld naar voren dat er 7 op de 10 bezoekers gevraagd is om een QR-code laat zien, aan iets minder dan de helft daarvan wordt ook het ID-bewijs gevraagd. Op basis van de peiling zien we dat in locaties waar als standaard toegangscontrole is zoals bioscopen, de naleving hoger is dan op plaatsen waar mensen in- en uit kunnen lopen. In de vergelijking tussen de eerste peiling en de tweede peiling zien we dat er in de sectoren waar het coronatoegangsbewijs al langer verplicht is dat er vaker naar de QR-code wordt gevraagd. Maar de controle op het ID-bewijs verandert niet. De peiling wordt om de 14 dagen herhaald. De resultaten van de peilingen deelt het kabinet ook met de leden van het Veiligheidsberaad. Op basis van de peilingen wordt ook bijgestuurd in de handhaving op plaatsen waar dat achterblijft. Ook zijn de Ministeries van VWS, OCW en EZK in gesprek met de brancheorganisaties waar coronatoegangsbewijs geldt om te bespreken hoe de controle kan worden verbeterd.

Gemeenten handhaven risicogericht en steekproefsgewijs het coronatoegangsbewijs. Risicogericht betekent op plekken waar de risico's op besmettingen het grootst geacht worden. Dit kan bijvoorbeeld op plekken met een lage vaccinatiegraad. Risicogericht betekent in gebieden waar veel mensen bij elkaar komen, omdat daar de (besmettings)risico's het hoogst zijn. Dit is in het Veiligheidsberaad zo afgesproken en wordt aan de hand van de peilingen daar ook nog eens ook benadrukt. In het Veiligheidsberaad wordt de stand van zaken van handhaving regelmatig besproken en daar is ook besproken dat gemeenten hier nog een stap naar voren doen.

7. Feiten en cijfers over Testen en Traceren

Vanwege de stijging in het aantal besmettingen is er afgelopen week ook een flinke stijging in de testvraag te zien. Hoewel week 45 nog niet volledig afgerond is, geeft dit wel een indicatie van de stijging van de testvraag. Afgelopen week werden er gemiddeld per dag ca. 82.000 testen afgenomen bij de GGD. Dat is een verdubbeling in twee weken tijd. Dit vergde een enorme opschaling bij de GGD-en. Deze opschaling is, ondanks ziektes onder het eigen personeel en de krappe arbeidsmarkt gelukt. De komende week gaan de GGD-en door met opschalen. De prognose laat zien dat tussen de 100 en 120 duizend testen per dag nodig zijn, de GGD-en zijn hier op voorbereid. Hierdoor zijn de doorlooptijden van afname tot uitslag ook toegenomen naar gemiddeld 35,5 uur. Vorige week was dit nog 30 uur. De afspraak is gemiddeld binnen 48 uur, daarmee blijft de doorlooptijd binnen de norm van 48 uur.

Tabel 1. Feiten en cijfers Testen en Traceren week 43–45.

Indicator	Week 43 (ma-zo)	Week 44 (ma-zo)	Week 45 (ma-do)
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen (GGD-testlocaties en klinische testen) ^{1, 2}	313.943 totaal per week 44.849 gemiddeld per dag	448.686 totaal per week 64.098 gemiddeld per dag	<i>Nog geen data beschikbaar</i>
To taal aantal afgenomen COVID-19 testen bij GGD testlocaties ¹	277.641 testen per week 39.663 gemiddeld per dag	412.384 testen per week 58.912 gemiddeld per dag	326.409 testen van 8 t/m 11 november 81.602 gemiddeld per dag van 8 t/m 11 november
Percentage sneltesten van het totaal aantal afgenomen testen bij de GGD ¹	3,2%	3,2%	<i>Nog geen data beschikbaar</i>
Totaal aantal afgenomen testen voor toegang en percentage positief ³	370.516 testen per week 0,5% positieven in testen voor toegang	402.372 testen per week 0,7% positieven in testen voor toegang	<i>Nog geen data beschikbaar</i>
Het aantal meldingen positieven en percentage positieve testresultaten ³	53.979 meldingen bij het RIVM 49.704 positieven uit de GGD-testlocaties 17,2% positieven in GGD-testlocaties	76.790 meldingen bij het RIVM 71.895 positieven uit de GGD-testlocaties 17,2% positieven in GGD-testlocaties	<i>Nog geen data beschikbaar</i>
Percentage mensen met nieuwe klachten dat bereid is zich te laten testen ⁴	33% (meting 26 oktober – 1 november)	33% (meting 26 oktober – 1 november)	<i>Nog geen data beschikbaar</i>
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en de testafname ¹	10,5 uur	12,6 uur	15,5 uur (gemiddeld van 8 t/m 11 november)
Gemiddelde tijd tussen de testafname en testuitslag ¹	16,2 uur	17,5 uur	20 uur (gemiddeld van 8 t/m 11 november)
Gemiddelde tijd tussen inplannen testafspraak en testuitslag ¹	26,7 uur	30,2 uur	35,5 uur (gemiddeld van 8 t/m 11 november)
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en testuitslag voor prioritair testen (zorgpersoneel en onderwijs via GGD-testlocaties) ¹	24,7 uur	26,3 uur	<i>Nog geen data beschikbaar</i>

¹ Bron: CoronIT en Dienst Testen lab-uitvraag (09/11/2021).

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

³ Bron: Epidemiologische situatie Nederland, RIVM (09/11/2021).

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

8. Inzet preventieve hulpmiddelen voor sociale minima

Het dragen van een mondkapje en het doen van een zelftest zijn preventieve handelingen die de verspreiding van het virus kunnen mitigeren. Daarom onderzoek ik, zeker met de oplopende besmettingen en de toenemende druk op de zorg, of en hoe eventuele financiële drempels voor sociale minima voor het dragen van een mondkapje en het doen van een zelftest verlaagd kunnen worden. Zelftesten en mondkapjes zijn breed beschikbaar en betaalbaar te verkrijgen in bij onder andere de winkels, supermarkten en drogisterijen. Het is belangrijk dat iedereen toegang heeft tot persoonlijke beschermingsmiddelen en zelftesten, want we zien dat een uitslag van een zelftest vaak een aanleiding is om naar de GGD-teststraat te gaan, en dat zelftesten bij symptomen erg sensitief zijn zoals ik in mijn vorige brief reeds meldde. Het kabinet zet in op het bereiken van sociale minima via bestaande netwerken van gemeenten, GGD'en en sociaal maatschappelijke organisaties.

Naast de inzet van zelftesten en mondkapjes in het hoger en middelbaar beroepsonderwijs en via het Armoedefonds en Voedselbank Nederland, bekijk ik momenteel of en hoe we ervoor kunnen zorgen dat er zelftesten en mondkapjes vanuit de voorraad kosteloos kunnen worden verstrekt op plekken waar dat van maatschappelijke en/of sociale meerwaarde is. Zodra duidelijk is waar mondkapjes gewenst zijn, wordt met de ontvangende partij overlegd hoe het transport zal plaatsvinden. In overleg met de ontvanger kunnen de mondkapjes worden afgeleverd of opgehaald bij de centrale opslag.

Momenteel ben ik in gesprek met verschillende partijen om de verstrekking zo gericht en doeltreffend mogelijk te doen, hierbij zal ik gebruik maken van de bestaande netwerken van gemeenten, GGD'en en sociaal maatschappelijke organisaties. Hiermee geef ik invulling aan de motie van de leden Bikker en Westerveld.¹³

- Het Armoedefonds heeft sinds de zomer via aangesloten organisaties ruim 300.000 zelftesten verspreid aan sociale minima via ruim 200 organisaties. Ik heb het Armoedefonds eerder maximaal 500.000 zelftesten toegezegd. Om de verstrekking gedurende de winterperiode te kunnen continueren stel ik op hun aangeven aanvullend 250.000 zelftesten beschikbaar. Mocht het Armoedefonds behoefte hebben aan mondkapjes, dan maken we dat mogelijk.
- Voedselbank Nederland heeft sinds de zomer via aangesloten voedselbanken ruim 1,1 mln. zelftesten verspreid aan sociale minima. Ik heb de voedselbanken eerder 1,5 mln zelftesten toegezegd. In een deel van de regio's zijn op dit moment nog voldoende zelftesten beschikbaar. De andere regio's geven aan behoefte te hebben aan extra zelftesten. Om aan deze behoefte tegemoet te komen, stel ik de gewenste 65.000 zelftesten beschikbaar. Ik blijf periodiek met Voedselbank NL de vraag monitoren om zo te zorgen dat de verstrekking van zelftesten gedurende de winterperiode gecontinueerd blijft. Vanuit de Voedselbank is aangegeven dat er behoefte is aan extra mondkapjes. De Voedselbank en het BureauLCH bekijken hoe deze zending zo snel mogelijk bij de regionale voedselbank terecht komt.
- Met gemeenten wordt gekeken of zij een rol kunnen hebben in de verspreiding van mondkapjes en zelftesten voor inwoners met een minimum inkomen of uitkering. Aanvullend bekijk ik met gemeenten of er in hun wijken andere punten zijn waar verstrekking van meerwaarde is, zoals in buurt- of wijkcentra.
- Voorts ben ik hierover in gesprek met verschillende maatschappelijke organisaties zoals het Rode Kruis.

9. Opschaling ziekenhuis- en IC-bedden

Sinds begin oktober zien we in de ziekenhuizen een voortdurende stijging van de bezetting door COVID-patiënten, zowel op de klinische verpleegafdelingen als op de IC. De verwachting van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS), op basis van de beschikbare data, is dat deze stijging van de COVID-bezetting voor de komende week zal aanhouden. Op dit moment (stand vrijdag 12 november 2021) zijn volgens het LCPS in totaal 1.755 patiënten met COVID-19 in de Nederlandse ziekenhuizen opgenomen. Hiervan liggen 353 COVID-patiënten op de IC en 1.402 COVID-patiënten in de kliniek. Vorige week (2 november 2021) was dit aantal nog 240 COVID-patiënten op de IC en 1.072 COVID-patiënten in de kliniek. Vanwege het groeiende aantal coronapatiënten, is op 10 november 2021 fase 2C uit het geactualiseerde «Opschalingsplan

¹³ Kamerstuk 25 295, nr. 1485.

COVID-19»¹⁴ afgekondigd door de ROAZ-voorzitters. Hiermee zal de totale capaciteit op de IC opgeschaald worden naar 1.150 bedden.

De Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) stelt dat ook de druk op de Spoedeisende hulp (SEH) oploopt door de toename van het aantal COVID-19-patiënten. De meeste patiënten die op de COVID-afdelingen of de IC terecht komen, worden eerst gezien op de SEH. Doordat de doorstroming van patiënten steeds meer stopt, vanwege volle IC's of verpleegafdelingen, raakt de SEH volgens de NVSHA overbelast. Hieronder zal ik ingaan op de zorgen die door de NVSHA worden geuit en geef ik aan welke acties ik in gang heb gezet zodat de zorg voor alle patiënten zo goed mogelijk in stand blijft. Hiermee voldoe ik tevens aan het verzoek van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 5 november 2021, waarbij ik werd gevraagd in te gaan op welke maatregelen worden genomen om het vastlopen van de spoedeisende zorg te voorkomen.

Spreiding COVID-patiënten

De bovenregionale patiëntenspreiding door het LCPS is sinds de uitbraak van de COVID-pandemie een belangrijke factor gebleken bij het zo goed mogelijk op peil houden van zowel de toegankelijkheid als de kwaliteit van COVID en non-COVID zorg. De aanhoudende hoge druk op de zorg benadrukt het belang van doorstroming en patiëntenspreiding om de toegankelijkheid van de zorg zo optimaal mogelijk te houden. In regio's met een hoge instroom van COVID-19-patiënten is momenteel soms sprake van vollopende verpleegafdelingen, IC's en SEH's waardoor soms noodgedwongen presentatiestops afgekondigd moeten worden. Deze situaties dragen ertoe bij dat ziekenhuizen hun BOSS-bedden vaker in moeten zetten. Dat zijn noodbedden voor acute hulp die normaliter vrij worden gehouden voor patiënten met ernstig traumaletsel na bijvoorbeeld een verkeersongeluk. De samenwerking binnen en tussen de ROAZ-regio's op basis van het «*fair share*-principe» is en blijft een belangrijk uitgangspunt bij bovenregionale patiëntenspreiding om zo de gezamenlijke draagkracht te optimaliseren, overbelaste regio's te ontlasten en de druk op de reguliere zorg evenwichtig te verdelen.

De afgelopen week is er echter sprake geweest van een onbalans tussen overplaatsingsverzoeken en aangeboden bedden. We zagen dat het LCPS, ondanks herhaaldelijke verzoeken aan de ziekenhuizen om bedden beschikbaar te stellen, dringend noodzakelijke spreiding niet kon realiseren. Vanuit de toezichthouders, de Nederlandse zorgautoriteit (NZA) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), is daarom in een brief van 5 november 2021, die ik als bijlage bij deze brief meestuur¹⁵, het dringende verzoek gedaan aan de ROAZ-voorzitters en hun regio's om zich te houden aan de afspraken die zijn gemaakt in het geactualiseerde Opschalingsplan COVID-19 van de LNAZ en de bijbehorende verdeelsleutel (of *fair share*). Volgens de toezichthouders moet een aantal regio's en ziekenhuizen nog stappen zetten om die gelijke spreiding mogelijk te maken. Ik heb deze week overleg gehad met de IGJ en de NZa en hen verzocht erop toe te zien dat de afspraken uit het Opschalingsplan worden nageleefd en dat patiënten worden gespreid. De toezichthouders zijn in alle regio's het gesprek aangegaan over alle aspecten rond bezetting en spreiding, zoals de *fair share*, opschaling, afschaling, instroom en uitstroom, en worden regio's gericht aangesproken wanneer zij structureel over- of onderbezet zijn. Dit heeft er in de praktijk toe geleid dat de spreiding verbeterd is en regio's vroegtijdig inspelen op de prognoses van

¹⁴ <https://www.lnaz.nl/nieuws/opschalingsplan-covid-19-geactualiseerd>.

¹⁵ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

het LCPS en tijdig zowel klinische bedden als IC-bedden aanbieden voor bovenregionale spreiding, wanneer zij op grond van de analyses van het LCPS nog ruimte hebben om COVID-19-patiënten over te nemen.

De hoge instroom van COVID-patiënten zorgt ook voor knelpunten in andere sectoren van de keten, zoals verpleeghuizen, huisartsposten en verloskunde. De toezichthouders benoemen daarom ook het belang van solidariteit en samenwerking in de hele zorgketen. Zo monitort de NZa de regionale toegankelijkheid en spreekt de zorgverzekeraars aan waar dat nodig is om de samenwerking in de regio te stimuleren. Ook wordt het gesprek over de instroom (patiënten langer thuishouden met zuurstofondersteuning en monitoring) en uitstroom (patiënten sneller naar VVT-sector of thuis) nadrukkelijker gevoerd met de toezichthouders en de regio's. Indien hierbij concrete knelpunten in beeld zijn, kunnen de IGJ en NZa ondersteunen bij het oplossen daarvan.

Doorstroom naar de VVT-sector

De uitstroom vanuit de ziekenhuizen naar onder andere de VVT-sector is van belang om de druk op de ziekenhuiszorg te verlichten en de zorg toegankelijk te houden. Daarom is er geen sprake meer van een «waakvlamniveau» als het gaat om beddenscapaciteit in het eerstelijnsverblijf. Deze eerstelijnsbedden zijn bedden die beschikbaar zijn voor COVID-19-patiënten die (nog) 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. GGD-GHOR meldt dat op dit moment een capaciteit beschikbaar is van 249 eerstelijnsverblijfbedden, waarvan er 195 bedden bezet zijn. Binnen 72 uur kunnen er landelijk nog eens 59 bedden opgeschaald worden, waardoor het totaal aantal beschikbare tijdelijke bedden op 308 uitkomt (cijfers 12 november 2021). In de verschillende regio's wordt momenteel gewerkt aan opschaling van het aantal eerstelijnsbedden. De regio's Zuid-Holland Zuid, Utrecht, Drenthe en Limburg zijn vanwege aanhoudende druk inmiddels al opgeschaald. In laatstgenoemde regio is situatie rondom doorstroming zorgelijk, omdat opschaling lastig blijkt vanwege personeelsproblematiek in de VVT-sector. Er wordt intensief (samen)gewerkt om deze problematiek en de doorstroming te verbeteren. Er is inmiddels samenwerking tussen de VVT- en GGZ-sector opgezet, er wordt waar mogelijk taakdifferentiatie toepast en de regio kijkt naar de inzet van ondersteunde initiatieven, zoals het Rode Kruis en de Nationale Zorgreserve.

Steuninzet door Defensie

In voorgaande golven van de pandemie heeft Defensie belangrijke ondersteuning kunnen leveren in specifieke situaties in de zorg. De mogelijkheden hiervoor zijn begrensd. Vanwege de toenemende pandemische druk is op verzoek van VWS het driehoeksoverleg VWS-GGD-Defensie per 9 november 2021 weer geactiveerd. Aangezien ondersteuning door Defensie een «last resort» is, wordt bij ondersteuningsverzoeken vanuit zorgaanbieders (of regio's) eerst nagegaan of andere mogelijkheden door de betreffende zorgaanbieder al zijn benut. Als blijkt dat deze mogelijkheden onvoldoende opleveren, kan via de GGD/Veiligheidsregio een verzoek worden gedaan voor steunverlening bij het Landelijk Operationeel Coördinatie Centrum (LOCC). Deze verzoeken worden besproken door Defensie, GGD/GHOR en VWS in het driehoeksoverleg.

De ziekenhuizen hebben de afgelopen maanden enorm veel werk verzet om reguliere zorg, COVID zorg en inhaalzorg te verlenen. Door de huidige stijging van het aantal COVID-19-patiënten in de ziekenhuizen is het helaas weer noodzakelijk om een deel van de reguliere zorg verder af te schalen. Dit komt bovenop de opgave van de zorg die de afgelopen periode niet is doorgegaan en nog ingehaald moet worden. Dit is zorgelijk en is slecht nieuws voor patiënten die (nogmaals) worden geconfronteerd met uitstel van hun behandeling. De maatregelen die nu worden genomen, moeten deze sterke stijging van het aantal COVID-19 patiënten in ziekenhuizen afremmen en voorkomen dat de reguliere zorg nog verder moet worden afgeschaald. Tegelijkertijd is het verder afschalen van een deel van de reguliere zorg noodzakelijk om in Nederland de toegang tot de acute zorg (COVID en non-COVID) en de kritiek planbare zorg te borgen. Zo kunnen we permanente gezondheidsschade en verlies van levensjaren zo veel als mogelijk voorkomen. In oktober 2020 is met dit doel voor ogen het «Tijdelijk beleidskader voor het waarborgen acute zorg in de COVID-19 pandemie» (hierna: tijdelijk beleidskader) opgesteld¹⁶. Het kader is nog steeds van kracht en blijft waardevol voor afwegingen die artsen en ziekenhuizen moeten maken rondom het afschalen en opschalen van zorg.

In overleg met veldpartijen en de NZa is wel besloten dat er een aanvulling op dit tijdelijk beleidskader nodig is. Deze aanvulling is specifiek gericht op de kritiek planbare zorg waarvoor ook IC-capaciteit nodig is in het behandeltraject (zoals bepaalde hartoperaties). Kritiek planbare zorg is zorg met een hoog risico op permanente gezondheidsschade of verlies van levensjaren als deze langer dan 6 weken wordt uitgesteld. De IC-afhankelijke kritiek planbare zorg staat onder druk door de toename van het aantal COVID-19-patiënten in de ziekenhuizen en op de IC's in combinatie met de inhaalzorg-opgave, het zo lang mogelijk in stand houden van de reguliere zorg en de langdurige druk op zorgprofessionals. In de aanvulling kan bijvoorbeeld opgenomen worden dat bij het spreiden van COVID-19-patiënten binnen een regio er nadrukkelijk rekening gehouden wordt met de toegankelijkheid van de IC-afhankelijke kritiek planbare zorg in die regio. De aanvulling op het tijdelijk beleidskader wordt momenteel besproken met alle betrokken partijen. Naar verwachting kan ik uw Kamer hier op korte termijn over informeren.

10. Meer ondersteuning van zorgpersoneel zoals aanbieden van kinderopvang

Het lid Kuiken diende op 3 november jl. een motie in¹⁷, gericht op maatregelen om zorgprofessionals te ontlasten en hen in staat te stellen meer uren te werken. Op vier manieren wordt reeds ingezet op het ontlasten van het zorgprofessionals:

1. Met crisismaatregelen, gericht op het opschalen van de IC-capaciteit en de beschikbaarheid van tijdelijke extra zorgcapaciteit;
2. Met aandacht voor herstel en de zeggenschap van zorgprofessionals;
3. Met het aanbod van mentale ondersteuning van zorgprofessionals om verzuim en uitval te voorkomen;
4. Met structurele maatregelen gericht, op de beschikbaarheid van voldoende en tevreden medewerkers voor de zorg, bijvoorbeeld vanuit het Actieprogramma «Werken in de Zorg».

¹⁶ Kamerstuk 29 247, nr. 317.

¹⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 1480.

Ik licht e.e.a. hieronder nader toe en ga in op wat ik n.a.v. de motie Kuiken heb ondernomen.

Crisismaatregelen

Met diverse initiatieven draag ik bij aan een vermindering van de druk op de zorg. Zo is er € 500 miljoen beschikbaar voor het IC-opstalingsplan voor de ziekenhuizen en de Universitair Medisch Centra. Deze gelden kunnen onder meer worden ingezet voor de versnelde start van de opleiding Basis Acute Zorg waarmee verpleegkundigen eerder inzetbaar zijn op een deel van de zorgtaken die op de IC plaatsvinden.¹⁸ Tevens kunnen vanuit de beschikbaarheidsbijdrage (jaarlijks € 180 miljoen) gespecialiseerd verpleegkundigen – waaronder IC-verpleegkundigen – worden opgeleid¹⁹, zodat meer gekwalificeerd personeel beschikbaar komt voor de IC's. Daarnaast is in de afgelopen periode met verschillende crisismaatregelen ingezet op het tijdelijk vergroten en het verbeteren van de doorstroom van de zorgcapaciteit in de keten:

- Via de organisatie Extra Handen voor de Zorg zijn circa 6.300 mensen ingezet bij zorgorganisaties in nood.
- Door de Nationale Zorgklas zijn circa 5.000 mensen opgeleid voor ondersteunende taken, ruim 1.700 volgen een erkende opleiding gericht op duurzame instroom.
- Met de subsidieregeling Coronabanen is voor ruim 7.200 mensen subsidie verstrekt aan zorgorganisaties, voor ondersteunende banen die zorgprofessionals ontlasten.
- Defensie is in het Universitair Medische Centrum Utrecht (UMCU) actief geweest voor de opschaling van klinische zorg en IC capaciteit om landelijke patiëntenspreiding mogelijk te maken (160 militairen). Daarnaast is tijdens de piek in 2020 door Defensie in 12 zorginstellingen in de langdurige zorg inzet gepleegd.

Momenteel ben ik bezig met de inrichting van een Nationale Zorgreserve. Tot het moment dat de zorgreserve operationeel is, kunnen zorgorganisaties via www.nationalezorgreserve.nl een beroep doen op het huidige reservistenbestand. Ten behoeve van de werving van zorgreservisten loopt een nationale campagne en een searchopdracht via uitzendbureaus. Voor de Nationale Zorgreserve is vanaf 2022 € 5 miljoen structureel vrijgemaakt.

Herstel en zeggenschap van zorgprofessionals

De aanhoudend hoge werkdruk noodzaakt tot aandacht en ruimte voor herstel van zorgprofessionals. Dit komt ook naar voren uit de gesprekken die ik met werkgevers- en beroepsorganisaties voer. Ik ben in gesprek met het zorgveld om te vernemen welke plannen zij concreet hebben om herstel en zeggenschap te bevorderen. Over de uitkomsten van deze overleggen zal ik uw Kamer, zoals toegezegd in de stand van zakenbrief van 2 november jl.²⁰, informeren.

¹⁸ In 2020 zijn er 74 verpleegkundigen gestart met de zes maanden durende BAZ-opleiding. Cijfers over de eerste zeven maanden van 2021 laten zien dat er in deze periode 190 verpleegkundigen zijn ingestroomd.

¹⁹ In 2019 behaalden 339 IC-verpleegkundigen hun diploma, in 2020 waren dit er 360 en in 2021 zijn er tot augustus 186 diploma's IC-verpleegkunde behaald. In 2019 stroomde er 440 verpleegkundigen in naar de opleiding tot IC-verpleegkundige, in 2020 waren dit er 463 en in 2021 zagen we over de eerste zeven maanden van het jaar een instroom van 296 IC-verpleegkundigen in spe.

²⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 1468.

Voor de langere termijn is van belang het werk in de zorg aantrekkelijker te maken en te houden. Hoe binnen zorgorganisaties, in de dagelijkse praktijk, zeggenschap en vermindering van werk- en regeldruk precies vorm krijgt, moet in het gesprek tussen werkgevers en werknemers worden bepaald.

Mentale ondersteuning van zorgprofessionals

Naast de voorzieningen die zorgorganisaties zelf aan hun medewerkers bieden, faciliteert VWS een landelijk ondersteuningsaanbod om zorgprofessionals die daar behoefte aan hebben, mentale ondersteuning te bieden. Zo is via ARQ IVP «Psychosociale ondersteuning voor zorgprofessionals» beschikbaar. Onder de noemer «Samen sta je sterker» zijn op vrijwillige basis coaches beschikbaar om zorgprofessionals een luisterend oor en mentale coaching te bieden. Bij het «Steunpunt Coronazorgen» van ARQ IVP in samenwerking met het RIVM, GGD GHOR en Nivel, kunnen zorgprofessionals en hun leidinggevenden terecht voor informatie en tips over zelfzorg, omgaan met agressie, stress, angst en eenzaamheid. Zorgprofessionals die te maken hebben met langdurige klachten door COVID, kunnen terecht bij C-support voor nazorg en ondersteuning. Daarnaast hebben de Stichting Centrum Werk Gezondheid en C-support op verzoek van het Ministerie van SZW het programma «COVID-19 en werk» opgesteld. Doel van dit programma is dat mensen met langdurige coronaklachten aan het werk kunnen blijven, nu en in de toekomst. Ook zorgprofessionals kunnen hierop een beroep doen.

Structurele maatregelen

Dit alles gebeurt naast de structurele inspanningen gericht op voldoende en tevreden medewerkers in de zorg:

- Met de beschikbaarheidsbijdragen investeren we in de medische- en verpleegkundige vervolgopleidingen (€ 1,3 miljard, waaronder € 180 miljoen voor de vervolgopleidingen voor verpleegkundigen).
- Met SectorplanPlus investeren we in extra zij-instroom en behoud van personeel (ca. € 430 miljoen over de jaren 2019–2022, dit wordt nog met een jaar verlengd).
- Met de kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuizen is ca. € 200 miljoen per jaar beschikbaar voor het om- en bijscholen van personeel door ziekenhuizen en Universitair Medisch Centra.
- Met het Stagefonds investeren we in voldoende en kwalitatief goede stages (€ 112 miljoen per jaar).
- We investeren in de regionale samenwerking tussen zorgorganisaties via RegioPlus (ca. € 18 miljoen per jaar) gericht op meer instroom, beter opleiden en anders werken.
- We investeren in het initiatief Het potentieel pakken (€ 7,4 miljoen per jaar); gericht op meer uren werken en het wegnemen van belemmeringen die daarmee samenhangen.
- We investeren in keuze-informatie voor jongeren via YouChooz en voor reeds werkenden via de Zorginspirator (€ 1,9 miljoen per jaar).
- Met het programma Ontregel de Zorg wordt gewerkt aan het merkbaar verminderen van administratieve lasten (€ 2 miljoen per jaar).

Aanvullend naar aanleiding van de motie Kuiken

Om in deze golf die dingen te doen waar zorgprofessionals mee geholpen zijn, en die er ook aan bijdragen dat zij meer uren kunnen en willen gaan werken en breder en flexibeler inzetbaar zijn, is inzicht nodig in de specifieke behoeften in de eigen organisatie. Werkgevers zijn aan zet om vanuit goed werkgeverschap de randvoorwaarden te scheppen waarbinnen medewerkers mogelijkheden ervaren om meer uren te gaan

werken. VWS biedt randvoorwaarden met kennis, middelen en monitoring.

Ik blijf hier in mijn contacten met de werkgevers(organisatie) aandacht voor vragen, bijvoorbeeld in het bestuurlijk overleg met brancheorganisaties en met het actief onder de aandacht brengen van goede voorbeelden via het Actie Leer Netwerk. Bijvoorbeeld over de inzet van ondersteunende medewerkers die verpleegkundigen op de werkvloer taken uit handen kunnen nemen en hen zo kunnen ontzorgen of de inzet van studenten aan opleidingen in de gezondheidszorg.

Naar aanleiding van de motie heb ik het Ministerie van SZW verzocht de branchepartijen in de kinderopvang te vragen hun achterban op te roepen om – waar dat kan – voorrang te geven aan zorgpersoneel, wanneer zij tijdelijk meer opvang willen afnemen, wanneer de zorgprofessional op de wachtlijst staat, of uitbreiding van het contract nodig is. Dit verzoek is inmiddels aan hen gedaan en brancheorganisaties hebben aangegeven dat zij graag gehoor willen geven aan dit verzoek maar hierin wel ernstig beperkt worden door het grote personeelstekort in de kinderopvang. Het staat werkgevers vrij om in individuele gevallen voorzieningen te treffen voor extra kosten die medewerkers maken om meer uren inzetbaar te zijn. Ik zal u nader informeren over de vervolgstappen.

11. Opvang dak- en thuisloze mensen

Het RIVM heeft geadviseerd om de opvang voor dak- en thuisloze mensen weer om te bouwen conform de 1,5 meter maatregel en dit aan te houden tot 1 april 2022. De lange duur van deze maatregel geldt specifiek voor locaties waar dak- en thuisloze mensen worden opgevangen, omdat van deze groep bekend is dat zij tijdens pandemieën kwetsbaarder zijn dan de algemene bevolking. Hiertoe heeft het Ministerie van VWS op vrijdag 12 november een richtlijn gepubliceerd die gemeenten en opvanginstellingen oproept om de opvang weer op deze manier in te richten. In het commissiedebat GGZ/suicidepreventie/MO van 9 november jl. heeft het lid Westerveld gevraagd wat de Staatssecretaris gaat doen in het kader van veilige opvang voor dak- en thuisloze mensen nu het aantal besmettingen toeneemt. De Staatssecretaris van VWS heeft toegezegd hier zo snel mogelijk op terug te komen naar aanleiding van het recente advies van het RIVM. Hiermee voldoe ik aan de toezegging van de Staatssecretaris aan het lid Bikker.

12. Motie Hijink

Het lid Hijink heeft in een motie van 3 november jl.²¹ voorgesteld om een campagne op te zetten waarbij herstelde ongevaccineerde IC-patiënten hun verhaal over het belang van vaccinaties vertellen.

In de intensieve langlopende massamediale communicatiecampagne wordt ingegaan op allerlei vragen, drempels en motivaties van mensen die twijfelen over vaccinatie tegen COVID-19, daarin komt ook aan bod waarom vaccinatie belangrijk is. Zelf ga ik ook in gesprek met ongevaccineerde ziekenhuispatiënten tijdens werkbezoeken aan ziekenhuizen en IC-afdelingen; over dergelijke bezoeken worden berichten geplaatst via verschillende kanalen. Ik zie het belang van deze verhalen en ervaringen. Ze kunnen niet vaak genoeg verteld worden. Ook media brengen deze verhalen in beeld.

²¹ Kamerstuk 25 295, nr. 1479.

Ervaring leert echter dat het heel lastig is om mensen te vinden die zich willen uitspreken over vaccineren in de communicatiecampagne van de rijksoverheid. Er is inmiddels helaas een aantal mensen dat gebukt gaat onder sociale media terreur omdat ze medewerking hebben verleend aan de communicatiecampagne van de rijksoverheid. Daarom is de insteek voor de communicatie over dit onderwerp verbreed: aan het woord komen «omstanders» zoals de medisch specialist, de verpleegkundige of bijvoorbeeld een familielid, naast de patiënt zelf.

In de boodschap wordt de nadruk gelegd op het persoonlijke verhaal zonder angstgevoelens op te roepen. Wat hebben deze mensen gezien, gehoord, meegemaakt? Waarom vinden ze vaccineren (nu) belangrijk? Welke twijfels hadden ze? Er wordt opgeroepen om het gesprek aan te gaan, met huisarts, familie of vrienden en er wordt verwezen naar beschikbare informatie op de website.

Het concept en de in te zetten communicatiemiddelen en media waarin ongevaccineerde ziekenhuispatiënten – of mensen in hun omgeving – direct of indirect een rol spelen, worden momenteel uitgewerkt. Ik wil hierbij ook experts uit de zorg betrekken. Gezien het naderende eind van het jaar zijn massamedia (radio, televisie, buitenreclame) nauwelijks nog in te kopen. Maar voldoende bereik en effect kan worden gehaald met advertenties, (betaalde) sociale media en gesponsorde inhoud op online platforms en in printmedia.

13. Resterende vragen uit WGO Twm van 8 november jl.

De vragen die maandag 8 november jl. onbeantwoord zijn gebleven zijn schriftelijk beantwoord en opgenomen in de bijlage²².

14. Catshuisstukken

In de brief van 8 december 2020 heeft het kabinet aangegeven de presentaties die voorliggen in de informele overleggen over de coronacrisis in het Catshuis openbaar te maken.²³ De stukken worden op de website²⁴ van rijksoverheid gedeeld voor zover daar geen zwaarwegende belangen²⁵ in de weg staan. Hier zijn vanaf heden ook de stukken die besproken zijn in het Catshuis dd. 11 november 2021 raadpleegbaar.

15. Slot

Al met al een ingrijpend pakket wat we vandaag presenteren. Op 3 december gaan we dit hele pakket en alle andere huidige regels opnieuw beoordelen.

Ondertussen houden we de vinger aan de pols en wordt er hard doorgevoerd aan een nieuw type maatregelen waarmee we het virus de komende maanden kunnen vertragen, op een manier die past bij de fase waarin de meeste mensen volledig zijn gevaccineerd.

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

²² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

²³ Kamerstuk 25 295, nr. 771.

²⁴ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-tijdlijn/uitgelicht-catshuisstukken/openbaarmaking-catshuisstukken>.

²⁵ Hierbij is onder meer te denken aan derden belang, het belang van de staat, de persoonlijke levenssfeer en de internationale betrekkingen.