

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

**Bezoekadres**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
www.rijksoverheid.nl

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

**Bijlage(n)**  
11

**Uw brief**

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de  
datum en het kenmerk van  
deze brief.*

Datum 14 december 2021  
Betreft Stand van zakenbrief covid-19

Geachte voorzitter,

De huidige epidemiologische situatie heeft twee gezichten. Aan de ene kant is het eerste effect van de maatregelen te zien, het aantal besmettingen daalt. De bezetting van het aantal ziekenhuis- en IC- bedden heeft het plafond bereikt en de daling lijkt ingezet.

Aan de andere kant neemt de verspreiding van de omikronvariant snel toe. Deze ontwikkeling is zorgelijk voor de komende periode, ook al is nog veel over deze variant onbekend.

Vrijdag 10 december jl. kwam het OMT bijeen. Gezien de zorgwekkende ontwikkelingen rondom de COVID-19-situatie, adviseert het OMT om de maatregelen zoals die nu gelden in stand te houden. Aanvullend heeft het kabinet op advies van het OMT besloten de basisscholen, scholen voor speciaal (basis) onderwijs en de buitenschoolse opvang in de week van 20 december te sluiten.

Naar het zich laat aanzien verspreidt omikron zich sneller door een combinatie van grotere besmettelijkheid en een afgenomen effectiviteit van de vaccinatie en doorgemaakte infectie. Of deze variant meer ziekmakend is, is nu nog niet te zeggen. Het OMT schetst de verwachting dat de omikronvariant de komende weken de deltavariant over zal nemen als dominante virusvariant. De kennis neemt iedere dag toe. Daarom wil het OMT aanstaande vrijdag 17 december de epidemiologische situatie opnieuw beoordelen en ons begin volgende week adviseren over mogelijke maatregelen.

Hoewel de bescherming van de huidige vaccinatie tegen deze variant mogelijk aanzienlijk lager is, wijzen eerste resultaten van onderzoek in Engeland naar de effecten van een recente booster uit dat hierdoor de bescherming wordt teruggebracht tot een hoog niveau. Daarom is besloten om het zetten van boosterprikken te versnellen. Iedere 18-plusser krijgt uiterlijk in de tweede helft van januari een boosterprik aangeboden.

Met deze brief informeer ik uw Kamer, mede namens de minister van Justitie en Veiligheid en de minister voor Basis- en Voortgezet Onderwijs en Media, over de huidige stand van zaken rondom de ontwikkelingen van COVID-19.

*Aanbieding regelingen*

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

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

- Regeling van 14 december 2021 tot wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met verlenging van de maatregelen, waaronder een verplichte sluitingstijd, en sluiting van het primair onderwijs en de buitenschoolse opvang.

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 21 december 2021. De huidige maatregelen vervallen echter van rechtswege met ingang van 19 december 2021. Naar ons oordeel kan daarom de uitgestelde inwerkingtreding van ten minste een week – die uitgangspunt dient te zijn bij de vaststelling van maatregelen op basis van hoofdstuk Va Wpg – in deze zeer dringende omstandigheden niet worden afgewacht. De inwerkingtreding van deze regeling is vastgesteld op 19 december 2021. De regeling wordt binnen twee dagen na vaststelling aan beide Kamers der Staten-Generaal overlegd. De regeling vervalt van rechtswege indien de Tweede Kamer binnen een week na de toezending besluit niet in te stemmen met de regeling.

*Toepassing artikel 58s Wpg*

Met deze voortgangsrapportage voldoe ik aan de maandelijkse 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*

- Onder 'Zicht op en inzicht in het virus' ga ik in op: het OMT-advies inclusief het epidemiologisch beeld; de Sociaalmaatschappelijke en Economische Reflectie; de maatregelen en de aanpak van deze en komende winter(s), gevolgd door het coronatoegangsbewijs/Digitaal Corona Certificaat, reizen en quarantaine, testen en traceren, vaccins, wijkgerichte aanpak, innovatieve behandelingen, ventilatie en digitale ondersteuning (paragraaf 1 t/m 12).
- Onder 'Zorgen dat de zorg het aankan' ga ik in op: de zorg voor patiënten in de keten (paragraaf 13).
- Onder 'Bescherming van mensen met een kwetsbare gezondheid' ga ik in op: bescherming kwetsbare personen (paragraaf 14).
- Onder 'Andere onderwerpen' ga ik in op: de communicatie, de arbeidsmarkt, het Caribisch deel van het Koninkrijk, het afdoen van moties, toezeggingen en verzoeken en de Catshuisstukken (paragraaf 15 t/m 19).

Hiermee voldoe ik aan de volgende moties en toezeggingen:

- De toezegging aan het lid Omtzigt dat in een OMT-adviesaanvraag specifiek gevraagd wordt naar de consequenties voor het beleid dat permanent opgebouwde immuniteit niet bereikt wordt vanwege de afname van immuniteit;
- De toezegging aan het lid Agema dat in de EPI-vraag voor het OMT zou worden nagevraagd of er meer mensen naar de GGD komen omdat zij

graag een 'positief' verklaring willen hebben zodat ze een geldig herstelbewijs kunnen verkrijgen;

- De toezegging aan het lid Karakus om in het plan van aanpak van deze en komende winter(s) terug te komen op de vijf scenario's van WRR/KNAW;
- De toezegging aan de leden Baay-Timmerman en De Bruijn-Wezeman over respectievelijk fraude met QR-codes en de mogelijkheid tot het tijdelijk intrekken van vaccinatiebewijzen bij een positieve testuitslag;
- De toezegging aan het lid Gündoğan om te kijken of het mogelijk is om communicatie over de basisregels uit te breiden naar de gemeenten waar de besmettingen in algemene zin het hoogst zijn of het snelst stijgen;
- De toezegging aan het lid Karakus om een overzicht aan te bieden over dat wat er omtrent communicatie wordt gedaan;
- De toezegging aan het lid Hijink om te zorgen dat zelftesten op een nuttige manier worden ingezet voor de datum verloopt;
- De toezegging aan het lid De Vries om navraag te doen bij de NZa naar signalen over financiële belemmeringen voor verwijzingen naar zelfstandige behandelcentra (ZBC's).
- De toezegging aan het lid Van Esch om te kijken of internationale reizen in lijn met nationale reizen moeten worden ontraden;
- De toezegging aan het lid Van den Berg om in de eerstvolgende voortgangsbrief om informatie te verstrekken over de hoeveelheden van welke geneesmiddelen die zijn ingekocht en om informatie te verstrekken over de werkzaamheid van deze middelen;
- De toezegging aan het lid Omtzigt om, gekeken naar de verpleeghuiszorg, een vergelijking te maken tussen Nederland en België;
- De toezegging aan uw Kamer om voor tweede helft winter een taskforce op te zetten, niet alleen op het thema van de centrering van zorgcapaciteit in een regio maar ook op het thema van het optimaliseren van de inzet van zorgpersoneel, en uitkomsten betrekken bij herijking aanpak;
- De toezegging aan het lid Bikker om in het eerste kwartaal van 2022 met een kabinetsreactie te komen over de scenario's van de WRR en de KNAW;
- De motie van de leden Van Haga en Van der Plas om te garanderen dat ongevaccineerde mensen niet geweigerd zullen worden voor een behandeling in het ziekenhuis (Kamerstuk 35 925, nr. 95);
- De motie van de leden Paternotte en Pouw-Verweij om contact te leggen met de koepel van de drogisterijen om te zorgen dat bij elke verkochte zwangerschapstest ook voorlichting over vaccinatie aangeboden wordt, (Kamerstuk 25 295, nr. 1565);
- De motie van het lid Paternotte c.s. om toe te gaan werken naar de instelling van een profijtbeginsel bij het testen voor toegang, uitgaande van een eigen bijdrage en om hierbij een regeling te creëren voor Nederlanders die niet gevaccineerd kunnen worden, en ook af te zien van deze eigen bijdrage in het zeldzame geval dat testen voor toegang ongeacht vaccinatie-status noodzakelijk wordt (Kamerstuk 25 295, nr. 1398);
- De motie van het lid Westerveld c.s. om via apotheken gratis zelftesten te verstrekken aan mensen die hierin zelf niet kunnen voorzien (Kamerstuk 25 295, nr. 1577);
- De motie van het lid Bikker c.s. om te verkennen welke mogelijkheden er zijn om de huidige testcapaciteit uit te breiden met de LAMP-apparatuur,

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

productielijnen die op voorraad zijn en productielijnen in de veredelingssector, en deze mogelijkheden in te passen in het testbeleid (Kamerstuk 25 295, nr. 1586);

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

- De motie van de leden Bikker en Westerveld om te onderzoeken op welke manier de antigeentests op voorraad bij het ministerie zo goed mogelijk besteed kunnen worden (Kamerstuk 25 295, nr. 1587);
- De motie van het lid Den Haan c.s. om te inventariseren welke organisaties, zoals verenigingen van studenten geneeskunde en doktersassistenten, kunnen helpen bij het booster, en zo snel mogelijk met een plan te komen om deze organisaties in te zetten (Kamerstuk 25 295, nr. 1602);
- de motie van het lid Paternotte c.s. over het maximaal ondersteunen van huisartsen in wijken met een lage vaccinatiegraad om informatie te geven over vaccinaties en bekijken of er een koppeling gemaakt kan worden tussen GGD en HIS voor overzicht van wel of niet gevaccineerden (Kamerstuk 25 295, nr. 1471);
- De motie van het lid Bikker c.s. om met de betreffende GGD'en zo snel mogelijk in stadswijken en dorpen met een lage vaccinatiegraad te komen tot permanente test-, informatie- en priklocaties (Kamerstuk 25 295, nr. 1484);
- De motie van het lid Van der Staaij c.s. om zo spoedig mogelijk maatregelen te treffen om een dergelijk tekort te voorkomen, en daarbij uitdrukkelijk aandacht te besteden aan het beschikbaar stellen van voldoende extra noodvoorraad zuurstofconcentratoren en het zo nodig concentreren van zorg voor coronapatiënten die thuis zuurstof behoeven, en de Kamer hierover te informeren (Kamerstuk 25 295, nr. 1596);
- De motie van het lid Gündoğan c.s. om in het volgende OMT-advies het nut en de noodzaak van het breed inzetten van medische FFP2-mondneusmaskers in het tegengaan van besmettingen onder — en daarmee het beschermen van — zorgpersoneel te betrekken (Kamerstuk 25 295, nr. 1595);
- De motie van het lid Grinwis c.s. om de economische gevolgen van het verplichten van het coronatoegangsbewijs, zoals omzetverlies, te monitoren bij bedrijven in de sectoren die hiermee te maken hebben, (Kamerstuk 35 420, nr. 393);
- De motie van het lid Agema om tijdens de eigen communicatie steeds weer het ventileren tijdens bezoek te benadrukken (Kamerstuk 25 295, nr. 1569);
- De motie van het lid Agema c.s. om te onderzoeken of de huidige ventilatierichtlijnen in het Bouwbesluit voor scholen, horeca, winkels, kantoren, bedrijven et cetera toereikend zijn om verspreiding van het coronavirus tegen te gaan (Kamerstuk 25 295, nr. 1352);
- De motie van het lid Van Esch om zo snel mogelijk een langetermijnstrategie met de Kamer te delen waarbij rekening wordt gehouden met de vijf toekomstscenario's en de bijbehorende korte- en langetermijnbeleidsopaties worden geschetst (Kamerstuk 25 295, nr. 1533);
- De motie van het lid Paternotte c.s. om het mogelijk te maken om een test bij aankomst in bijzondere gevallen te verplichten (Kamerstuk 25 295, nr. 1566);
- De motie van het lid Westerveld om grootschalig onderzoek te laten verrichten naar de effectiviteit 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 de leden Van der Voort en Backer om zowel de informatievoorziening als het bestrijden van desinformatie betreffende corona en het coronabeleid te intensiveren en daarover deze kamer te rapporteren (Kamerstuk 35 899, nr. L);
- De motie van het lid Den Haan c.s. om de techniek van CoronaCheck-app aan te passen zodat mensen die gevaccineerd zijn en toch corona krijgen geen groen vinkje krijgen in hun CoronaCheck-app in de periode dat zij in isolatie moeten (Kamerstuk 25 295 nr. 1540);
- De motie van de leden Den Haan en Omtzigt om bij de decemberbrief een voorstel te doen voor terugkeer naar een meer normale besluitvorming (minder/geen Catshuis-overleg, minder gebruik van de crisisstructuur en meer middellangetermijnplanning) en bij de besluitvorming ook experts te betrekken die daarbij passen (Kamerstuk 35 961, nr. 16);
- De motie het lid Hijink c.s. om in samenwerking met de zorgorganisaties en met sociale partners zo snel mogelijk te verkennen op welke wijze de ondersteuning van zorgverleners op de werkvloer kan worden bevorderd (Kamerstuk 25 295, nr. 1573);
- De motie van het lid Van den Berg c.s. om op zo kort mogelijke termijn ervoor te zorgen dat er met pilots van meer geconcentreerde coronazorg wordt gestart (Kamerstuk 25 295, nr. 1571);
- De motie van het lid Den Haan c.s. over het inventariseren van mogelijke hulp bij de boostercampagne (Kamerstuk 25 295, nr. 1602);
- De motie van het lid Westerveld om het debat om het gesprek aan te gaan met geneeskundestudenten aangaande hun inzet bij de GGD (Kamerstuk 25 295, nr. 1602).
- De motie van het lid Paternotte c.s. om met spoed te kijken welke maatregelen binnen de kaders van fysiek onderwijs kunnen helpen virusverspreiding tegen te gaan, en uiterlijk volgende week de Kamer hierover te berichten (Kamerstuk 35 925, nr. 47).

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

## Zicht op en inzicht in het virus

### 1. OMT-advies

#### 133<sup>e</sup> OMT-advies

Het OMT is 10 december jl. bijeen geweest om te adviseren over de situatie rondom de COVID-19-uitbraak. 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. Update diverse virusvarianten
3. Adviezen
4. Inzet FFP-2 maskers
5. Isolatieuur en her-testen bij personen recent teruggekeerd uit Zuidelijk Afrika

Ad1) Verloop van de epidemiologie

In de afgelopen 7 kalenderdagen is het aantal meldingen van SARS-CoV-2-

positieve personen ongeveer gelijk gebleven in vergelijking met de 7 dagen ervoor. Er is nog steeds een grote regionale variatie in het aantal positieve testen, de regio's met het hoogste aantal meldingen waren Zeeland en Limburg-Zuid.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

Het regionale beeld van de hoge incidentie van positieve testen komt in grote lijnen overeen met de gemeten virusvrachten in de rioolwatersurveillance. In week 48 is de landelijk gewogen gemiddelde virusvracht met 27,6% gedaald. Wel blijven de virusvrachten in het hele land nog steeds op een heel hoog niveau. In Infectieradar werd een afname van het aandeel personen met COVID-19-achtige klachten waargenomen.

Het aantal meldingen per 100.000 inwoners daalde in alle leeftijdsgroepen licht. Het aantal meldingen was net als een week eerder het hoogst in de leeftijdsgroep 0-12 jaar, gevolgd door de leeftijdsgroepen 30-39 en 40-49.

Het aantal meldingen bij personen bekend als bewoners van verpleeghuizen en woonzorgcentra voor ouderen nam niet verder toe. Bewoners van een verpleeghuis of woonzorgcentrum voor ouderen worden nu merendeels als zodanig geclassificeerd op basis van postcode en leeftijd. Dit kan echter leiden tot een onderregistratie van besmettingen in verpleeghuizen en woonzorgcentra. Voor instellingen voor de gehandicaptenzorg is dit zeker het geval.

Het aantal testen bij de GGD-testlocaties nam sinds eind vorige week plotseling af. Dit is waarschijnlijk het gevolg van het veranderd beleid waarbij zelftesten bij milde klachten gebruikt kunnen worden. Dit leidt ook tot een toename van het aandeel mensen dat naar de GGD-testlocatie komt vanwege een positieve zelftest, en hiermee tot een toename in het percentage positieve testen. In de lopende kalenderweek is tot nu toe 55% van alle positieve testen afkomstig van een bevestigingstest. Bij personen getest in het kader van het coronatoegangsbewijs (CTB) steeg het percentage positieve testen licht; het betrof 1,7% in de afgelopen kalenderweek vergeleken met 1,3% in de week ervoor. Het is mogelijk dat een deel van de mensen die zich hier liet testen, dit niet deed vanwege een CTB, maar vanwege kortere wachttijden dan bij de GGD of ter bevestiging van een positieve zelftest.

De instroom in het ziekenhuis en op de IC van personen met een positieve test op SARS-CoV-2 lijkt over de piek heen. De bezetting neemt nog niet af, maar dit loopt uiteraard achter. Gemiddeld werden over de laatste week 272 personen per dag opgenomen op een verpleegafdeling en 38 op de IC. Op 9 december 2021 was de totale bedbezetting 2.830: 2.204 op de verpleegafdelingen in het ziekenhuis en 626 op een IC in Nederland, naast 18 op een IC in Duitsland (bron: LCPS).

De oversterfte was verhoogd in de periode 29 november – 5 december, in totaal overleden 4300 personen, 1250 meer dan verwacht op basis van de gemiddelde sterfte in de jaren vóór corona. De absolute oversterfte is het hoogst bij de oudere leeftijdsgroepen (≥80 jaar) (bron: CBS).

De geschatte opkomst voor ten minste één vaccinatie bedroeg t/m 8 december 2021 88,8% voor de volwassen bevolking, 85,5% had de volledige vaccinatieserie afgerond. Voor de bevolking vanaf 12 jaar was dit respectievelijk 87,0% en

83,7%. Bij personen met een positieve test die tot nu toe zijn gemeld in december, was van 65% de vaccinatiestatus bekend. Van hen was 52% zeker niet gevaccineerd. Voor november zijn deze percentages 71% en 49%, en voor oktober 86% en 50%, respectievelijk.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

#### Ad2) Update diverse virusvarianten

Er zijn tot 10 december 2021 bij het RIVM 80 definitief bewezen (op basis van sequencen) omikronbesmettingen gemeld. Dit betreft 71 personen met een reisgeschiedenis naar zuidelijk Afrika, 3 contacten van personen geïnfecteerd met omikron en 6 personen bij wie nog geen directe of indirecte link met een bron kon worden vastgesteld. Het optreden van besmettingen zonder dat een besmettingsbron kan worden vastgesteld en de aanwezigheid van omikron in de aankomende kiemsurveillancedataset, duidt op zogenaamde community-transmissie in Nederland, naast de directe import door reizigers.

De ontwikkelingen met betrekking tot SARS-CoV-2-varianten, en omikron in het bijzonder, worden op de voet gevolgd via internationale netwerken waarin de 2 SARS-CoV-2-referentielaboratoria bij RIVM en Erasmus MC en de RIVM modelleringsgroep deelnemen. Alhoewel er nog veel onduidelijk is over de precieze eigenschappen van de omikronvariant en de betekenis hiervan voor het verloop van de epidemie, begint zich een beeld af te tekenen waarbij omikron een aanzienlijk groeivoordeel ten opzichte van de deltavariant heeft. De eerste studies duiden op een verminderde effectiviteit van opgebouwde immuniteit door vaccinatie of eerder doorgemaakte infectie als component hierin. Of de variant daarnaast ook een verhoogde besmettelijkheid en ziektelast kent, is nog niet duidelijk. De huidige verwachting is dat de omikronvariant binnen afzienbare termijn (in januari) dominant zal worden in Nederland.

In de nationale kiemsurveillance zijn nu in totaal 67.489 monsters gesequencet. De data voor week 47 zijn nog aan verandering onderhevig, een doorkijk in de data duidt erop dat de variant in ieder geval drie keer aanwezig is in de complete dataset.

In de regio Amsterdam wordt door de GGD en het Amsterdam UMC met een dagelijkse steekproef van ongeveer 200 coronapositieve monsters uit één GGD-teststraat via een omikronspecifieke PCR in combinatie met sequencen de aanwezigheid van de variant gemonitord. In deze monitoring was op basis van de PCR op 3 december een aandeel van 0,5% omikronvariant, op 6 december van 1,2%, op 7 december van 2,6%, op 8 december van 2,1%, op 9 december van 3,2% en op 10 december een aandeel van 3,1%. Deze aantallen zijn bevestigd op basis van sequencen tot en met de bemonstering van 9 december.

Er waren drie GGD-teststraatlaboratoria die reeds gebruikmaakten van een PCR-carteridgetest waarmee een aanwijzing verkregen kan worden voor de aanwezigheid van de omikronvariant. Een retrospectief overzicht van de resultaten met deze PCR-test is opgevraagd bij deze laboratoria inclusief de nog aanwezige verdachte monsters om een eventuele aanwezigheid van de omikronvariant te bevestigen. Uit dit onderzoek waren twee omikronvariantinfecties met monsterafname op 19 en 23 november vastgesteld. Op dit moment zijn geen extra omikronvariantbesmettingen uit dit retrospectieve onderzoek bijgekomen.

Daarnaast sturen deze drie laboratoria nu iedere week verdachte monsters naar het RIVM voor sequencen. Hierin zijn tot nu toe drie besmettingen bevestigd.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

Via het nationale sequentienetwerk SeqNeth wordt wekelijks een uitvraag gedaan bij alle laboratoria in Nederland naar de eventuele implementatie van een PCR-test specifiek voor bepaalde mutaties in de omikronvariant en de aantallen van de met deze test geanalyseerde op omikronverdachte monsters. Deze data worden op wekelijkse basis verzameld. Definitieve vaststelling van omikron moet in de huidige epidemiologische context nog plaatsvinden op basis van sequencen. In totaal is data van 9 laboratoria verkregen. In deze dataset lijkt er een lichte stijging in het aandeel van omikronverdachte monsters te zijn in week 48 versus week 47.

Reizigers uit hoogrisicogebieden worden op Schiphol verzocht zich te laten testen. Uit de vliegtuigen in de periode van 27 november tot 9 december jl. hebben 969 personen zich direct bij aankomst laten testen. Tot nu toe is bij 34 personen definitief een omikronbesmetting vastgesteld. Voor een deel van de monsters is de sequentieanalyse nog gaande. Daarnaast worden reizigers uit zuidelijk Afrika die sinds 22 november jl. zijn teruggekeerd, opgeroepen om zich te laten testen via de GGD. Analyse hiervan vindt continu plaats in Nederlandse laboratoria.

#### *Reproductiegetal en ziekenhuis- en IC-opnames*

De meest recente schatting van het reproductiegetal  $R_t$ , zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is voor 25 november jl. op basis van Osiris: gemiddeld 0,97. Dit is vergelijkbaar met de waarde die vorige week werd gerapporteerd. De schatting van het reproductiegetal op basis van het aantal nieuwe ziekenhuisopnames per dag kent een aanzienlijk grotere onzekerheid, dit reproductiegetal is gemiddeld 1,00. Het reproductiegetal berekend op basis van nieuwe IC-opnames is gemiddeld 0,99.

De prognose op korte termijn op basis van het regressiemodel dat uitgaat van het beloop van de meldingen, toont dat de komende week het aantal ziekenhuis- en IC-opnames gaat dalen. Ook de simulaties met een transmissiemodel dat wekelijks gefit wordt op het aantal waargenomen IC-opnames per dag, en waar de beschikbare informatie over vaccinaties (CIMS, GGD'en), de effectiviteit van vaccins, en de geschatte opbouw van immuniteit door doorgemaakte infectie in wordt meegenomen, toont dat de bezetting van ziekenhuizen en de IC met COVID-19-patiënten een piek heeft bereikt.

Een verkenning van de mogelijke implicaties van toename van de nieuwe omikronvariant laat zien dat er nog veel onzekerheid is. Die geldt allereerst voor de relatieve toenamesnelheid ten opzichte van de deltavariant. Er worden verdubbelingstijden van 2 tot 3 dagen gerapporteerd uit Zuid-Afrika en het Verenigd Koninkrijk, en dat duidt op een mogelijk zeer snelle toename van het aandeel omikron in het aantal infecties. In die landen zijn er relatief weinig maatregelen genomen die de snelheid van verspreiding beogen te beperken. Er is onzekerheid of die relatieve groei wordt bereikt door ontsnapping aan de immuniteit die is opgewekt door natuurlijke infectie of vaccinatie of door een hoger besmettend vermogen of door een combinatie van deze twee. De eerste simulaties waarin mogelijke combinaties worden berekend, suggereren dat de omikronvariant, ook bij voortzetting van de

huidige maatregelen, een mogelijke golf van infecties kan veroorzaken in de komende maanden met een grotere omvang dan de golf die we achter de rug hebben. Er is echter nog grote onzekerheid hoe ernstig infecties door omikron verlopen en wat de kans op ziekenhuisopname is na infectie met de omikronvariant. Als vaccinatie minder goed beschermt tegen ziekenhuisopname na infectie met omikron dan bij de deltavariant, is belangrijk in welke mate de bescherming is afgenomen, en hoe één en ander zich vertaalt naar een nieuwe golf van ziekenhuisopnames. Het OMT hoopt de komende week over meer gegevens te beschikken om voor de Nederlandse situatie en context, een meer gedetailleerd beeld te kunnen geven over deze ontwikkelingen, en mogelijkheid de toename te mitigeren met interventies.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

### Ad3) Adviezen

Het OMT concludeert uit de gepresenteerde data en modellen over het verloop van de epidemie dat we voor de korte termijn over de huidige piek met de deltavariant heen lijken en dat het aantal besmettingen en het aantal opnames in ziekenhuizen en op de IC zal gaan dalen. De effecten van de maatregelen van 13 november zijn daarmee zichtbaar geworden. De effecten van de maatregelen van 28 november op de instroom in het ziekenhuis en op de IC zullen pas in de komende week zichtbaar worden. Indien de effecten daarvan optreden, wat de verwachting is, dan leidt dit tot een voorzichtig gunstig beeld met betrekking tot de golf veroorzaakt door deltavariant.

Zoals in het vorige advies is aangegeven, verwacht het OMT dat het pakket van maatregelen van 28 november, bovenop de effecten van de maatregelen van 13 november, het reproductiegetal verder kan doen dalen. Dit is uiteraard steeds afhankelijk van de mate waarin opvolging aan de maatregelen wordt gegeven. Het aantal nieuwe meldingen, de belasting van de hele zorgketen en de opnames in de ziekenhuizen en op de IC's zijn nog steeds hoog; te hoog om de afschaling van de reguliere zorg al terug te kunnen draaien. Gezien deze ontwikkelingen, adviseert het OMT om de maatregelen zoals die nu gelden in stand te houden tot ten minste na de feestdagen en de eerste week van januari.

Een tweede beeld is de situatie met betrekking tot de omikronvariant. Uit de eerste signalen vanuit de surveillance blijkt dat deze variant in Nederland aanwezig is. De verwachting is dat de omikronvariant in de komende weken de plaats van de deltavariant zal overnemen. De eerste modelmatige verkenning van de mogelijke implicaties van de omikronvariant, kent veel onzekerheden. Eén van de aan het OMT gepresenteerde modellen laat een mogelijk hoge piek in besmettingen en daarmee ook ziekenhuis- en IC-opnames in januari zien. Vanwege de onzekerheden, wil het OMT de komende week gebruiken om de situatie opnieuw te beoordelen, omdat er waarschijnlijk belangrijke gegevens over ziekmakend vermogen beschikbaar komen. Ondertussen wordt zo veel mogelijk informatie over de nieuwe variant verzameld en welke invloed deze variant zal hebben op de epidemie, zoals de mate van besmettelijkheid, transmissie, kans op herinfectie, ziektelast en daarmee het effect op ziekenhuisopnames, en de bescherming door de huidige vaccins of door natuurlijke immuniteit om daarmee tot een meer betrouwbare inschatting te kunnen komen. Ook de rol van boosters zal dan worden beoordeeld, of eerder als daarover gegevens beschikbaar komen.

Naast de huidige maatregelen adviseert het OMT om:

- adviezen op te stellen en te communiceren over hoe men met kerst en de feestdagen het best om kan gaan met bijvoorbeeld het ontvangen van bezoek en het bezoeken van oudere familieleden, gebruik van zelftesten, hanteren van de basisregels, ed.;
- te benadrukken dat het ongewenst is om avondactiviteiten naar overdag of de vroege morgen te verplaatsen aangezien dat dit het effect van de avondlock-down beïnvloedt;
- te heroverwegen de basisscholen in december toch een week eerder te sluiten en in deze week over te gaan op het geven van online thuisonderwijs; zo wordt de in het vorige OMT-advies genoemde thuisbubbel voor de kerst en de feestdagen bereikt, om zoveel mogelijk besmettingen tijdens de kerstdagen naar oudere familieleden te voorkomen. Uiteraard is het nut van een gezinsbubbel afhankelijk van de wijze van opvang van de kinderen, die opvang zou dan zeker niet bij de grootouders moeten worden gelegd. Verder zou, net zoals bij eerdere keren, aandacht moeten zijn voor opvang van kinderen voor ouders met cruciale beroepen en de eerdere adviezen met betrekking tot de uitzondering voor de kwetsbare kinderen in speciaal onderwijs;
- maximaal in te zetten op de boostervaccinatie, zodat voor kerst ten minste de groep 60+ is gevaccineerd en zo snel mogelijk daarna kan worden gestart met de groep 60-;
- actief in te blijven zetten op een vaccinatiegraad in Nederland van meer dan 95%;
- het gebruik van CTB op dit moment niet aan te scherpen naar 2G of het CTB uit te breiden naar andere sectoren, maar de huidige maatregelen te continueren en vast te houden aan de basisregels onder andere met betrekking tot de veilige afstand;
- drukte in OV en met name treinen te voorkomen. In eerdere OMT-adviezen (103 en 109) is hier op gewezen. Vanwege drukte kan de afstand tot medereizigers en personeel niet altijd in acht worden genomen. Het vaker inzetten van kortere treinen helpt niet om de afstand tussen reizigers en personeel voldoende te houden. Deze situatie is onwenselijk en dit contrasteert met de algemene boodschap en basisregels om drukke plekken te vermijden;
- het mogelijk te maken dat personen een positieve zelftest gemakkelijk (digitaal) kunnen melden aan de GGD. In eerdere OMT-adviezen (110 en 132) is aangegeven dat om zicht te houden op het verloop van de epidemie en de effecten van maatregelen, een adequate registratie van het aantal positieve zelftesten (die niet in de GGD-teststraat worden geconfirmeerd) essentieel is;
- na te denken over scenario's hoe in de zorg om te gaan met een eventuele volgende piek op de IC en in het ziekenhuis vanwege de omikronvariant. Het OMT adviseert om verdere opschaling in de ziekenhuizen voor te bereiden; dit te staken indien nieuwe data over het effect van de omikronvariant op ziekenhuisopnames toch gunstig blijken (d.w.z. omikron weinig ziekmakend blijkt).

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

Het OMT benadrukt dat voortschrijdend inzicht ten aanzien van de omikronvariant, ten aanzien van besmettelijkheid, ziekmakend vermogen en verminderde bescherming van vaccinatie of doorgemaakte infectie, ertoe kan leiden dat eerder dan nu de planning is, al specifieke adviezen over bestrijding worden uitgebracht.

**Ad4) Inzet FFP2-maskers**

Om verspreiding in de zorg te voorkomen, is het belangrijk om bij de huidige hoge incidentie van SARS-CoV-2 preventief medische mondneusmaskers in te zetten in alle binnenruimtes met patiënten/cliënten en in situaties waarbij de 1,5 meter afstand houden voor medewerkers onderling niet mogelijk is. Hiervoor zijn voldoende medische mondneusmaskers voorradig.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

Afhankelijk van de locatiegebonden context en de aard van de blootstelling bij een patiënt/cliënt, kan voor een chirurgisch mondneusmasker type IIR of een FFP2-masker worden gekozen, zoals is beschreven in de richtlijnen die zijn besproken in eerdere OMT-adviezen (79 en 97). De huidige epidemiologische situatie is geen reden voor het OMT om het eerder ingestelde mondneusmaskerbeleid te wijzigen. Het dragen van een mondneusmasker is onderdeel van een samenhangend pakket van infectiepreventiemaatregelen. Deskundigen op het gebied van veilig en gezond werken en infectiepreventie, kunnen op basis van een risico-inschatting beoordelen welke beheersmaatregelen passend zijn en of aanscherping nodig is.

**Ad5) Isolatieperiode en her-testen bij personen recent teruggekeerd uit zuidelijk Afrika**

Aan het OMT is een voorstel voor aanpassing van werkwijze met betrekking tot isolatieperiode en her-testen bij personen recent teruggekeerd uit zuidelijk Afrika ter accordering voorgelegd.

Het voorstel houdt in:

- Alle COVID-19-positief geteste personen die terugkeren en asymptomatisch zijn, vanuit zuidelijk Afrika, op dag 5 na terugkeer nogmaals testen met PCR en bij een positieve uitslag ten minste nog 5 dagen in isolatie laten gaan, gerekend vanaf de tweede testafname.
- Personen die na terugkeer symptomen ontwikkelen dienen direct getest te worden en gaan bij een positieve uitslag in isolatie tot ten minste 10 dagen na terugkeer, én 7 dagen na de eerste ziektedag én 1 dag klachtenvrij.

Het OMT kan zich vinden in dit voorstel en adviseert hierbij om deze aanpak niet te beperken tot reizigers uit zuidelijk Afrika, maar het te laten gelden voor alle reizigers uit landen met een VOC. Verder zal het OMT in een volgend overleg meer in detail kijken naar het brede beleid voor testen, isolatie en quarantaine met betrekking tot reizigers en in het kader van de opkomst van de omikronvariant, en nagaan welke aanpassingen gezien de actuele ontwikkelingen gewenst zijn.

**BAO-advies**

Het BAO, dat op 13 december bijeengekomen is, heeft kennis genomen van het OMT advies. Het BAO begrijpt dat er nog veel onzeker is over de omikronvariant maar dat wat er nu bekend is, niet geruststellend is. Dit zal opnieuw veel van de samenleving vragen bij het langer moeten naleven van maatregelen.

Het BAO vindt het advies om de maatregelen op korte termijn in stand te houden navolgbaar. Het BAO onderschrijft het risico van kinderen op de lagere school die slechts enkele dagen na afloop van de schoolweek kerst vieren met eventueel kwetsbare familieleden zoals grootouders. Het BAO is echter van mening dat onduidelijk is of het sluiten van scholen daar een oplossing voor is, omdat veel kinderen, vanwege werk van ouders, dan toch elders moeten worden opgevangen.

Daarnaast heeft het sluiten van scholen, ook al is dat maar een week, ook negatieve gevolgen, bijvoorbeeld voor kinderen uit kwetsbare gezinnen. Het BAO vraagt aandacht voor de uitvoeringsaspecten van aanpassingen in vaccinatie en testbeleid.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

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

Voor de besluitvorming van 14 december 2021 is er, naast het epidemiologisch beeld en OMT-advies, zoals gebruikelijk 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 bijlagen.

### *Maatschappelijk beeld en reflectie SCP*

Het SCP stelt dat veel maatregelen ingrepen op de kern van het sociale leven van jongeren, terwijl contacten met leeftijdsgenoten juist voor hen belangrijk zijn vanwege de ontwikkeling van hun identiteit. De afname in het psychisch welbevinden en toename van enige tot sterke eenzaamheidsgevoelens was bij jongeren en jongvolwassenen het grootst. Het SCP verwacht dat nieuwe forse beperkingen een versterkt negatief effect kunnen hebben, omdat de effecten van eerdere maatregelen nog niet geheel zijn hersteld. Het SCP geeft aan dat scholen een belangrijke sociaal-maatschappelijke functie hebben. Dit geldt vooral voor de kinderen in zorgwekkende gezinssituaties. Juist de laatste week voor de kerstvakantie staat in de meeste scholen in het teken van sociale activiteiten en gezelligheid. Tegelijkertijd zijn er ook grote zorgen onder docenten, ouders en sommige leerlingen zelf vanwege het hoge aantal besmettingen onder kinderen, en de veilige leer- en werkomgeving. Het verlengen van de kerstvakantie zal op deze korte termijn voor een deel van de werkende ouders lastig op te vangen zijn. Niet iedereen heeft de mogelijkheid om een week extra vakantie van het werk op te nemen.

Het SCP geeft aan dat er veel zorgen zijn over de gevolgen van de crisis voor jongeren en jongvolwassenen. De gezondheidsrisico's van het virus zijn voor hen tot nu toe lager gebleken dan voor oudere leeftijdsgroepen, maar de gevolgen van de genomen maatregelen blijken aanzienlijk. Het is belangrijk dat jongeren, onderwijzend personeel en ouders steun krijgen bij hun zorgen of mentale klachten. Hier wordt tot nu toe onvoldoende op geanticipeerd volgens het SCP. Er verschijnt tevens steeds meer onderzoek dat wijst op problemen rond toegenomen isolement, drugs- en alcoholgebruik en gebrek aan perspectief onder jongeren en jongvolwassenen. Het SCP refereert naar onderzoek van het RIVM naar de voorkeuren van mensen over mogelijke opschaling van maatregelen dit najaar. Volgens het RIVM volgen drie belangrijke principes uit de redeneringen van mensen: kies effectieve maatregelen, kies maatregelen die tot weinig negatieve (lange termijn) effecten leiden en kies generieke maatregelen in plaats van maatregelen die een specifieke groep of gebied raken. De gevolgen van de

maatregelen kunnen wel groter zijn voor specifieke groepen. Daarom adviseert het SCP om gericht flankerend beleid te voeren en om daarbij lokale partners (gemeenten, instellingen, bedrijven, sociaal domein) te steunen om op een verantwoorde manier werk, voorzieningen of hulp zoveel mogelijk overeind te houden. Voor aanbevelingen en goede praktijken op dit gebied verwijzen zij naar de advisering door de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving en de rapportages van onder meer de Commissie Halsema (2020) en de VNG-Commissie Depla (2021).

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

Het SCP wijst er tevens op dat bij eerdere forse ingrepen een gezamenlijke dreiging werd ervaren in het rondwaren van het coronavirus. Die dreiging wordt momenteel door een deel van de bevolking in mindere mate ervaren (o.a. vanwege de vaccinatiegraad). Dit zet de naleving van maatregelen onder druk, maar kan ook de wrijving in de samenleving doen toenemen. In combinatie met in eerdere adviezen gesignaleerde stigmatisering van groepen kunnen de sociale spanningen toenemen. Zij adviseren hiermee rekening te houden, zodat tegenstellingen niet onbedoeld worden aangewakkerd, en om in naleving en communicatie een duidelijke en voorspelbare overheid te zijn. Het SCP noemt het belangrijk dat maatregelen gedragen worden door de samenleving en dat er gedeeld eigenaarschap wordt ervaren (het collectieve actie vraagstuk dat het SCP meermaals aan de orde stelde). Indien dit niet gebeurt, is het risico groot dat mensen de regels, vooral als zij minder dreiging voor hun gezondheid ervaren, nog minder vanuit zichzelf zullen naleven. Het is tevens van belang dat maatregelen vooraf en samen met sectoren worden besproken, en worden getoetst op uitvoerbaarheid.

Het SCP geeft mee dat bij veel onderwerpen, zoals bijvoorbeeld opvattingen over vaccinatieplicht of de mate waarin de overheid al dan niet strenger moet ingrijpen, de Nederlandse bevolking niet in twee kampen (voor of tegen) in te delen is. Er is een grote variëteit aan meningen, maar het is de meest scherpe tegenstelling die snel naar voren komt in het publieke debat. Veelal is er ook grote groep die in het midden zit. Het SCP verzoekt daar in uitingen over polarisatie in de samenleving rekening mee te houden. Polariserend veronderstelt twee tegenover elkaar staande groepen. Het SCP stelt dat de werkelijkheid ingewikkelder in elkaar zit en dat daarom de woordkeuze van belang is.

Het SCP benadrukt het advies om helder en transparant te communiceren over de besluitvorming, meer voorspelbaar te zijn in gehanteerde oplossingsrichtingen die ten grondslag liggen aan de te nemen besluiten als het virus opleeft, en de aanpak van de maatschappelijke effecten van het coronavirus onderdeel te maken van langetermijnbeleid dat zich richt op reeds bestaande maatschappelijke vraagstukken die door COVID-19 nog zichtbaarder zijn geworden. Zij wijzen op verschillende onderzoeken die hebben laten zien dat mensen het steeds lastiger vinden om te begrijpen waarom sommige gedragsregels in de ene situatie wel gelden en in de andere situatie niet. Het blijft tevens belangrijk het doel en de effectiviteit van bestaande of nieuwe maatregelen helder te onderbouwen. Daarbij dienen alle afwegingen bij de keuzes inzichtelijk te zijn, ook inzichten over gedrag en samenleving, zeker als effectiviteit van maatregelen onzeker is. Deze informatie moet voor iedereen te begrijpen en toegankelijk zijn. Als dit niet het geval is, kan dit het draagvlak voor beleid ondermijnen en kan toenemend onbegrip maatschappelijke tegenstellingen verscherpen.

Ten aanzien van afstandsonderwijs geeft het SCP aan dat de maatschappelijke effecten van het afstandsonderwijs groot zijn. Zij adviseren daarom het open houden van scholen zoveel mogelijk te prioriteren. Over een eventuele vervroeging of verlenging van de kerstvakantie op scholen adviseren zij nadrukkelijk de uitvoerbaarheid en gevolgen ervan te toetsen bij de onderwijssector. Tot slot wijst het SCP op de risico's van stigmatisering van groepen die in crisissituaties ontstaat. Stigmatisering kan tegenstellingen tussen bevolkingsgroepen verder verscherpen en leiden tot grotere spanningen en sociale wrijving in de samenleving. Zij adviseren om ook de opvattingen van de grote middengroep in ons land serieus te nemen en nadrukkelijk mee te nemen in de communicatie en informatievoorziening.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

*Sociaal-maatschappelijke en economische reflectie Trojka*

Uit de sociaal-maatschappelijke en economische reflectie van de ministeries van SZW, EZK en FIN (Trojka) blijkt dat verlenging van de kerstvakantie in het onderwijs vanuit sociaal-maatschappelijk en economisch (SME-) perspectief onwenselijk is. Zij geven aan dat veel leerlingen eerder achterstanden hebben opgelopen en onderwijs niet kunnen missen. De structurele schade is reeds groot op het vlak van onderwijs en psychische gezondheid. Met name de leerachterstanden zijn niet zomaar te herstellen met flankerend beleid. Daarnaast stelt de Trojka dat een langere kerstvakantie leidt tot extra belasting van ouders en kinderopvanginstellingen. Uit eerdere ervaringen blijkt dat ongeveer 50% van de kinderen toch opgevangen moet worden op school vanwege cruciale beroepen, wat de effectiviteit van de maatregel ondergraaft. Het alternatief van opvang thuis maakt dat ouders met jonge kinderen lastig thuis kunnen werken. Zij zullen andere oplossingen zoeken zoals opvang door de grootouders of in andere verbanden, hetgeen de doelstelling verder ondergraaft. De Trojka concludeert dat het vanuit SME-perspectief niet proportioneel is om scholen te sluiten en daarmee thuisbezoek door ouderen tijdens de kerstdagen mogelijk te maken. Vanuit SME-perspectief is het wenselijker om familiediners uit te stellen tot nieuwjaarsavond en tevens in te zetten op het gebruik van zelftests.

De Trojka stelt ten aanzien van een verruiming van de sluitingstijden dat deze grote SME-baten heeft, mits deze verruiming duurzaam is. De huidige avondlockdown brengt hoge SME-kosten met zich mee, constateert de Trojka. Het hele economische en sociale leven buiten de thuissituatie is immers stilgelegd na een reguliere werkdag. Veel ondernemers kunnen niet meer op volle kracht ondernemen. Sluiting om 17.00 uur betekent voor veel ondernemers doordeweeks een de facto sluiting, omdat zij het moeten hebben van de avonduren. Ook zijn de mogelijkheden voor sociaal verkeer, sport en ontspanning aanzienlijk ingeperkt, vooral voor werkenden met weinig flexibiliteit in werkuren. Het mentaal welzijn van veel mensen (met name jongeren) staat al onder druk en dat werkt door op andere terreinen. Kwetsbare jongeren zijn meer gaan drinken en blowen tijdens de pandemie, door eenzaamheid, stress, angst of recalcitrantie (Antenne Regiomonitor). Een kwart van de jongeren is psychisch ongezond blijkt uit cijfers van het CBS. De Trojka pleit voor een verruiming van de sluitingstijden naar 20.00 uur vanwege grote SME-baten en tevens een betere spreiding van bezoekersstromen. Tegelijkertijd constateert de Trojka dat de schade van jobbeleid groot is. Nu versoepelen om vervolgens op korte termijn weer aan te moeten scherpere leidt tot extra SME-kosten. De ministeries van SZW, EZK en FIN geven daarom aan dat versoepelen vanuit SME-perspectief alleen wenselijk is als

dit vanuit epidemiologisch perspectief duurzaam kan. De samenleving heeft behoefte aan rust en stabiliteit en steeds weer omschakelen vergt mentaal veel van de samenleving. Ditzelfde geldt voor ondernemers die steeds weer hun bedrijfsvoering moeten aanpassen en personeel moeten inroosteren. Jojobeleid doet daarom ook afbreuk aan het draagvlak voor huidige en toekomstige maatregelen.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

Tot slot geeft de Trojka aan dat het verhogen van de immuniteit via vaccinatie een hoeksteen blijft voor voorkoming van overbelasting van de zorg en ingrijpende vrijheid beperkende maatregelen, zoals een avondlockdown. Zij verwijzen naar verschillende landen (Duitsland, Oostenrijk, Italië, de Verenigde Staten) die nieuw beleid hebben aangekondigd om de vaccinatiegraad verder te verhogen en veilige opening te faciliteren, waaronder 2G en financiële prikkels. Hoewel dergelijke opties verstrekkend zijn, verdienen ze volgens de Trojka een gedegen overweging met het oog op de hoge gezondheidskosten en SME-kosten van overbelasting van de zorg en lockdowns.

### 3. Maatregelen

Sinds 28 november 2021 geldt in Nederland een *lockdown* in de avond. Dit betekent dat in de avond strengere maatregelen gelden dan overdag. Deze lockdown bestaat uit een generiek pakket aan maatregelen dat hoofdzakelijk ziet op het sluiten van locaties tussen 17.00 uur en 05.00 uur. Dit pakket heeft als doel om het aantal contacten en reisbewegingen te verminderen. Hiermee wordt beoogd te komen tot een acceptabele belasting van de zorg, kwetsbaren in de samenleving te beschermen en zicht houden op en inzicht hebben in de verspreiding van het virus. Het OMT heeft in haar 133<sup>e</sup> advies aangegeven dat verwacht wordt dat het pakket dat geldt sinds 28 november jl., bovenop de effecten van de maatregelen die gelden sinds 14 november jl., het reproductiegetal verder kunnen doen dalen. Uiteraard hangt dit sterk af van de mate waarin opvolging wordt gegeven aan de maatregelen en adviezen. Het OMT constateert ook dat het aantal nieuwe besmettingen, de belasting van de hele zorgketen, waaronder de opnames in de ziekenhuizen en op de IC's, nog steeds te hoog zijn. Bovendien geeft het OMT een zorgwekkend signaal af over de ontwikkeling van de nieuwe virusvariant omikron, waarbij het OMT aangeeft dat er nog veel onzekerheden zijn, zoals toegelicht in paragraaf 1.

Gegeven het epidemiologische beeld, het effect van het huidige maatregelenpakket en de onzekerheden ten aanzien van de omikronvariant, adviseert het OMT om de maatregelen zoals die op dit moment gelden, in stand te houden tot ten minste na de feestdagen en de eerste week van januari. Daarnaast geeft het OMT aan dat de opkomst van de omikronvariant het belang onderstreept van schoolsluiting in het primair onderwijs, ten einde de overdracht van het coronavirus te vertragen en dus de besmettingskans van kinderen te verminderen. Het kabinet neemt deze adviezen over en heeft vandaag besloten om het huidige maatregelenpakket voort te zetten tot 15 januari 2022 05.00 uur. Het primair onderwijs en de buitenschoolse opvang (hierna: BSO) zijn, in aanvulling op de kerstvakantie, in week 51 gesloten. Dit wordt hieronder nader toegelicht. Het volgende besluitvormingsmoment is voorzien op 14 januari 2022. Zoals genoemd in paragraaf 1 van deze brief heeft het OMT aangegeven indien nodig, eerder dan nu de planning is, te komen tot een aanvullend advies. Het kabinet zal deze

situatie nauw blijven monitoren en wanneer noodzakelijk op een eerder moment besluiten tot eventuele aanvullende maatregelen.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

Met de verlenging van het maatregelenpakket wordt ook het steunpakket verlengd. Uw Kamer ontvangt vandaag in een separate brief hierover nadere informatie.

*De basisscholen en BSO zijn dicht in week 51*

In het 133<sup>ste</sup> advies heeft het OMT opnieuw geadviseerd om te heroverwegen de basisscholen in december een week eerder te sluiten en eventueel in deze week over te gaan op het geven van online thuisonderwijs, zo kan de thuisbubbel voor de kerst en de feestdagen worden bereikt, om zoveel mogelijk besmettingen tijdens de kerstdagen naar oudere familieleden te voorkomen. Het kabinet heeft tot op heden het effect op de verspreiding van het virus afgezet tegen de nadelige effecten voor leerlingen, scholen en ouders/verzorgers en heeft om die reden niet eerder besloten om de kerstvakantie met een week te vervroegen. Het OMT benadrukt in zijn aanvullend advies op het 133<sup>ste</sup> advies het belang van schoolsluiting in het primair onderwijs vanwege de opkomst van de omikronvariant. Het OMT maakt zich daar grote zorgen over. Naar aanleiding van het aanvullend OMT-advies en met het oog op de kerstdagen, heeft het kabinet besloten om de basisscholen en de scholen voor speciaal (basis)onderwijs, van 20 tot en met 24 december te sluiten (week 51), datzelfde geldt voor de buitenschoolse opvang (BSO). Daarnaast krijgen ouders het dringend advies om in de thuisbubbel te blijven. De BSO gaat na 24 december weer open. De opening van de BSO wordt meegewogen in de algehele besluitvorming van het kabinet, mede op basis van het aankomende OMT-advies.

Het kabinet is zich ervan bewust dat er de afgelopen maanden veel op de scholen is afgekomen. Leraren, schoolleiders, besturen en pedagogisch professionals geven aan dat zij tegen de grenzen van de mogelijkheden aanlopen en de werkdruk deze periode als erg hoog hebben ervaren. Het kabinet vindt dan ook dat het besluit van het sluiten van de scholen niet moet leiden tot onwerkbaar situaties of extra werkdruk voor het onderwijspersoneel en pedagogische professionals. Daarom is er geen verplichting tot onderwijs op afstand, wel om in noodopvang te voorzien. Scholen en BSO wordt gevraagd dit per maandag 20 december te organiseren, maar er is een uitloop naar dinsdag 21 december voor die organisaties die iets meer tijd nodig hebben.

Het kabinet realiseert zich tevens dat dit besluit extra inspanning vraagt van ouders/verzorgers. Voor hen geldt het dringende advies om de kinderen in een thuisbubbel te houden. Werkgevers wordt met klem gevraagd om rekening te houden met werknemers die werk en zorg voor hun kinderen moeten combineren. Voor kinderen in een kwetsbare positie en kinderen van wie één of beide ouders/verzorgers werken in een cruciale beroepsgroep, geldt dat ouders een beroep kunnen doen op noodopvang bij de basisschool en de BSO (vanaf uiterlijk dinsdag 21 december).

Deze maatregel wordt aangevuld met het dringende advies van het kabinet om te zorgen dat kinderen zoveel mogelijk in thuisbubbel blijven, en dus ook zo min mogelijk op pad gaan in de week voor kerst (geen uitjes en bezoeken aan bioscopen, pretparken, dierentuinen etc.). Scholen leveren noodopvang tijdens de schooluren en de BSO gedurende de reguliere openingstijden van de BSO voor kinderen van ouders die een contract met de BSO hebben.

Deze maatregel geldt specifiek voor basisscholen en scholen voor speciaal (basis)onderwijs vanwege het feit dat besmettingen hier momenteel relatief hoog zijn, met name door feit dat kinderen (nog) niet gevaccineerd zijn. Voor scholen in het voortgezet (speciaal) onderwijs handhaven we tot de kerstvakantie het huidige pakket aan maatregelen.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

Het kabinet vraagt ouders om met de kinderopvangorganisatie samen een oplossing te vinden voor de kinderopvanguren van deze 4 dagen. Daar het vooralsnog gaat om maximaal vier/vijf dagdelen buitenschoolse opvang, wordt niet voorzien in een tegemoetkomingsregeling voor deze sluitingsperiode. Mocht het kabinet besluiten om de BSO gedurende een langere periode te sluiten, dan zal het kabinet bekijken of ouders – naar analogie van de eerder tegemoetkomingsregelingen tijdens de twee sluitingen van de kinderopvang – een tegemoetkoming kunnen ontvangen. Het kabinet roept ouders op om wijzigingen in hun kinderopvanggebruik door te blijven geven aan Toeslagen. Dit om terugvorderingen of nabetalingen achteraf te minimaliseren.

#### *Adviezen*

Op 26 november jl. zijn de adviezen die gelden ter bestrijding van COVID-19 aangevuld en aangescherpt. Dit geldt voor het thuisbezoekadvies, het contactadvies voor personen van 70+, het zelftestadvies, het buitenlands reisadvies en het thuiswerkadvies. Deze adviezen luiden:

- Ontvang maximaal 4 gasten per dag thuis (kinderen tot en met 12 jaar uitgezonderd) en ga zelf maximaal één keer per dag op bezoek.
- Contactadvies 70+ wordt aangescherpt: Beperk contacten, ook met (klein)kinderen en houd 1,5 meter afstand, ook van hen. Het kabinet heeft er, op advies van het OMT, voor gekozen om geen uitzondering te maken voor de feestdagen.
- Ontvang je bezoek of ga jezelf op bezoek, doe van te voren een zelftest.
- Buitenlands reisadvies: 'Volg de reisadviezen van Buitenlandse Zaken'.
- Thuiswerkadvies: 'Werk thuis. Kan dat niet: houd op werk altijd 1,5 meter afstand'. Dit wordt onderstaand nog nader toegelicht.
- Het binnenlands reisadvies wordt aangescherpt, en luidt vanaf nu 'Blijf zoveel mogelijk thuis. Toch de deur uit: beperk je contacten en houd afstand.'

Deze adviezen en de maatregelen gelden ook tijdens de feestdagen. Dit is een harde boodschap, maar gezien de epidemiologische situatie is dit onvermijdelijk. Feestdagen zijn traditiegetrouw juist het moment om samen te komen. Het kabinet is zich er dan ook terdege van bewust dat dit maatregelenpakket en de geldende adviezen een enorme beperking opleveren voor het viereen van de feestdagen zoals velen gewend zijn. Het kabinet roept echter iedereen nadrukkelijk op om zich te houden aan de maatregelen en opvolging te geven aan de adviezen. Dit omdat het vanwege de epidemiologische situatie noodzakelijk is om zo het aantal besmettingen te voorkomen, kwetsbaren te beschermen en de zorg voor iedereen toegankelijk te houden.

#### *Thuiswerken*

Thuiswerken blijft een effectief middel om besmettingen tegen te gaan, doordat het aantal contacten dat mensen hebben onderweg naar en op het werk wordt verminderd. Recente RIVM metingen laten een stijgende lijn zien in de opvolging

van het thuiswerkadvies. Zo is het percentage van de werktijd van mensen die kunnen thuiswerken en ook daadwerkelijk thuiswerken, gestegen van 53% (eind oktober) naar 66,5% (eind november). Het aandeel volledig thuiswerkenden onder werkenden voor wie het mogelijk is om thuis te werken steeg van 58,3% (eind oktober) naar 64,9% (eind november). Het kabinet spreekt zijn waardering uit naar al die werkgevers en werknemers die gehoor geven aan het dringende advies van het kabinet. Er is echter nog ruimte voor verbetering. Tegelijkertijd beseft het kabinet dat veel mensen grote delen van hun tijd al heel lang thuiswerken. Dat is niet altijd makkelijk. Specifieke aandacht voor het welbevinden van thuiswerkers blijft noodzakelijk. Daarom blijft het kabinet het thuiswerkadvies met tips en informatie onder de aandacht brengen via [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl), [www.hoewerktnederland.nl](http://www.hoewerktnederland.nl), [www.zowerkthet.nl](http://www.zowerkthet.nl) en via sociale media. Werknemers die echt niet thuis kunnen werken roept het Kabinet op de drukte te mijden en buiten de spits te reizen.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

Sinds 15 november jl. heeft de Inspectie SZW 165 meldingen ontvangen rond thuiswerken. Daarbij kan het gaan om een breed scala aan daadwerkelijke onderwerpen, zoals werkenden die niet voldoende middelen krijgen om goed thuis te werken, collega's die ondanks ziekte toch naar werk komen, werkenden die niet de ruimte krijgen om thuis te werken, etc. Per melding wordt bezien of en afhankelijk van de aard van de melding hoe deze wordt opgepakt. De Inspectie heeft regelmatig telefonisch contact met werkgevers. Vrijwel altijd blijkt dat telefonisch contact effectief is om een gedragsverandering te bewerkstelligen

#### *Naleving, controle en handhaving*

In het debat over ontwikkelingen rondom het coronavirus van 1 december jl. is aan uw Kamer een plan van aanpak voor naleving, controle en handhavingmogelijkheden toegezegd. Dit plan ontvangt u vandaag in een separate brief van de minister van Justitie en Veiligheid.

#### **4. Aanpak voor deze en komende winter(s)**

##### *Aanleiding*

Hoe het virus zich deze winter en de komende jaren precies gaat ontwikkelen is onzeker, maar één ding is wel zeker: we zullen moeten leren leven met het virus. De mate waarin en hoeveel last we daarvan hebben, is moeilijk te voorspellen. De vaccins werken goed (zeker met de boostervaccinaties), maar toch moeten we nadenken over mogelijke maatregelen. Ook hebben we te maken met de nieuwe variant omikron, waarvan de kenmerken en gevolgen op dit moment nog onzeker zijn. Wat we wel al weten, is dat deze variant zich veel sneller verspreidt dan de op dit moment dominante deltavariant. Tegelijkertijd is het belangrijk om na bijna twee jaar met het coronavirus onder ons ook het instrumentarium te herijken. Het kabinet onderschrijft de roep vanuit de samenleving en vanuit beide Kamers om een perspectief voor de lange termijn in de bestrijding van corona en om voorbereid te zijn in geval van een nieuwe pandemie.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kamerstukken 25 295, nr. 1533 en 35 961, nr. 16; toezegging aan het lid Omtzigt over meenemen nadere analyse, ook t.a.v. situatie in andere delen van Europa in langetermijnstrategie; toezegging om herijking lange termijn en een reflectie op genoemde 5 thema's te doen i.s.m. alle betrokken partijen; toezegging aan het lid Karakus om in plan van aanpak terug te komen op scenario's WRR KNAW; toezegging om voor tweede helft winter een taskforce op te zetten, niet alleen op het thema van de centrering van

Gegeven de genoemde onzekerheden en het feit dat het virus langere tijd onder ons zal zijn, werkt het kabinet aan een aanpak die, met inbegrip van alle onzekerheden, op langere termijn duurzaam kan zijn. Deze aanpak heeft tot doel zo veilig en zo open mogelijk deze winter en de periode daarna door te komen, waarbij de vier doelstellingen, die het kabinet hanteert in de bestrijding van COVID-19 in elk geval centraal blijven staan: (1) een acceptabele belasting van de zorg, (2) het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving, (3) zicht houden op en inzicht hebben in de verspreiding van het virus en (4) het beperken van economische en maatschappelijke schade. In deze brief schets ik het proces om tot een aanpak voor de lange termijn te komen. Het kabinet onderscheidt hierbij drie sporen:

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19



*Figuur 1: Lange termijn aanpak.*

- Herijking van de huidige aanpak COVID-19 (korte termijn): In het eerste spoor wil het kabinet voor de tweede helft van deze winter (korte termijn, Q1 2022) komen tot een herijking van de huidige aanpak corona. Hierover zal ik uw Kamer eind januari 2022 informeren. Deze herijking zal tevens als basis dienen voor het tweede spoor.
- Plan paraatheid COVID-19 (lange termijn): In het tweede spoor wil het kabinet een plan van paraatheid COVID-19 voor de volgende winter en daarna (lange termijn, Q2-Q4 2022 en verder) uitwerken. Wat is nodig ná deze winter? De door de KNAW en de WRR opgestelde scenario's van 2 september jl. bieden ons daarvoor goede handvatten. Hierover zal ik uw Kamer in februari 2022 informeren.

zorgcapaciteit in een regio maar ook op het thema van het optimaliseren van de inzet van zorgpersoneel, en uitkomsten betrekken bij herijking aanpak; toezegging aan het lid Bikker dat het kabinet in het eerste kwartaal van 2022 terugkomt met een kabinetsreactie op de scenario's van de WRR en de KNAW.

- Pandemische paraatheid: Het derde spoor richt zich niet op COVID-19, maar op het voorbereiden voor toekomstige pandemieën, een zogenaamde pandemische paraatheid (lange termijn). Hierover zal ik uw Kamer in het eerste kwartaal van 2022 informeren.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

In onderstaande paragrafen worden voor elk spoor het voorgestelde proces en aanpak toegelicht. Tot slot wordt de toekomstige inzet van het juridische instrumentarium toegelicht, als onderdeel van het plan paraatheid COVID-19 voor de lange termijn (spoor 2).

#### *Aanpak Corona korte en middellange termijn (spoor 1 en 2)*

Om tot een aanpak voor deze en komende winters te komen, zullen we voorbereid moeten zijn op verschillende scenario's. In de Kamerbrief van 14 september jl.<sup>2</sup> staat een drietal scenario's door het kabinet omschreven, als onderdeel van de Aanpak Najaar 2021<sup>3</sup>: 1) Endemische fase, 2) Oplevingen, 3) Doorbraak van opgebouwde immuniteit. Deze scenario's zijn opgesteld op basis van de adviezen van het OMT over de verwachte onzekerheden over het verloop van het virus afgelopen najaar (116<sup>e</sup> en 117<sup>e</sup> OMT-advies) en de vijf scenario's, zoals door de KNAW en WRR genoemd in hun advies "*Navigeren en anticiperen in onzekere tijden*" (2 september jl.). Het verloop van het virus bepaalt met welk scenario wij te maken krijgen. Het is aan ons om voor nu en op de lange termijn voorbereid te zijn op het meest waarschijnlijke scenario en dat van een aanpak te voorzien. Op dit moment hebben we te maken met scenario 2, waarbij we weten dat we met oplevingen te maken zullen krijgen. De mate waarin mogelijke oplevingen plaatsvinden is onzeker, evenals de mogelijke effecten die de nieuwe omikronvariant kan hebben.

Tegen de achtergrond van een onzeker verloop van het virus, vergt een aanpak in de bestrijding van COVID-19 een balans tussen 1) het beschermen van kwetsbare mensen, 2) beheersbare druk op de zorg, 3) een open samenleving en 4) bescherming van individuele vrijheden. We moeten met elkaar een groot aantal vraagstukken beantwoorden rondom diverse thema's, zoals de inzet van maatregelen, de organisatie van de zorgcapaciteit en het op peil houden van de dijkbewaking.

Veel van deze thema's kennen dilemma's en vergen lastige afwegingen, met name daar waar deze individuele vrijheden en verantwoordelijkheden en het collectief belang elkaar raken. Op welke manier kunnen we elkaar blijven ontmoeten en samen dingen doen zonder dat de toegankelijkheid van de zorg afneemt en individuele vrijheden moeten worden ingeperkt? De afgelopen periode heeft laten zien dat het belang van het idee dat zowel de zorg als de samenleving voor iedereen toegankelijk is, breed wordt gedeeld en gevoeld. Echter, de realiteit is ook dat het niet mogelijk is om alles te doen. Niet aan alle belangen kan op hetzelfde moment tegemoet gekomen worden, zolang we het virus moeten bestrijden. We zullen de dilemma's moeten benoemen en daarin keuzes moeten maken. Als we de samenleving open willen houden en geen maatregelen willen treffen die een (gedeeltelijke) *lockdown* tot gevolg hebben, zijn we dan bereid voor een verdergaande inzet van het coronatoegangsbewijs (CTB) op basis van 2G (gevaccineerd of genezen) te kiezen? Of zijn andere instrumenten of innovaties voorhanden die ons bescher-

<sup>2</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1422.

<sup>3</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1409.

men als we de samenleving open willen houden? Deze dilemma's moeten ook vanuit grondwettelijk oogpunt worden gezien: in hoeverre mag het individuele recht van de één het recht van een ander beperken? Ook willen we dat de zorg toegankelijk blijft voor iedereen: voor patiënten mét een coronabesmetting, maar ook voor andere patiënten én voor diegenen die al lange tijd op zorg wachten. Het kabinet wil in de afwegingen van de genoemde dilemma's en belangen kijken wat we met elkaar kunnen doen om te komen tot een aanpak voor de tweede helft van deze winter (korte termijn, Q1 2022) en daarna (lange termijn, Q2-Q4 2022 en verder). Daarom herijkt het kabinet de huidige aanpak op basis van de volgende vijf thema's:

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

1. Interventiesystematiek cf. de huidige aanpak met leidende signaalwaarden
2. Maatregelen en instrumenten
3. Zorgcapaciteit
4. Normalisering besluitvormingsproces
5. Communicatie en gedrag

*Maatschappelijke klankbordgroep en betrokkenheid diverse partijen*

Het kabinet wil deze herijking en de verschillende sporen daarbinnen nadrukkelijk doen samen met een brede vertegenwoordiging uit de samenleving. Hiervoor wordt een maatschappelijke klankbordgroep ingericht met vertegenwoordigers van onder andere werknemers, werkgevers, gemeenten, onderwijs, zorg, horeca, evenementen, cultuur, sport, jongeren, ouderen en mensen met een beperking. Ik ga met deze vertegenwoordigers de komende weken in gesprek over genoemde dilemma's en welke stappen we met elkaar kunnen zetten om tot een duurzame aanpak te komen.

In onderstaande paragrafen wordt voor elk van de vijf thema's het voorgestelde proces toegelicht. Uw Kamer wordt eind januari geïnformeerd over de opbrengst van deze herijking op de vijf thema's en welke elementen betrokken zullen worden bij de actualisatie van de huidige aanpak (spoor 1). De planning is om uw Kamer vervolgens eind februari 2022 te informeren over de opbrengst van de herijking t.b.v. spoor 2.

*Thema 1: Interventiesystematiek*

In de huidige Aanpak Najaar wordt uitgegaan van twee leidende indicatoren: het aantal ziekenhuisopnames (7-daagsgemiddeld) en het aantal IC-opnames (7-daagsgemiddeld).

Op basis van deze indicatoren wordt Nederland ingedeeld in risiconiveau "waakzaam", "zorgelijk" of "ernstig". Daarnaast worden ook contextfactoren meegewogen in de besluitvorming, zoals het aantal gehospitaliseerde gevaccineerde en niet-gevaccineerde personen, het aantal besmettingen, de immuniteitsontwikkeling in de samenleving, de beschikbare ruimte op de IC op dat moment, de druk op de zorgketen als geheel en de sociaal maatschappelijke en economische situatie. Momenteel gelden de volgende signaalwaarden:

	<b>Waakzaam</b>	<b>Zorgelijk</b>	<b>Ernstig</b>
Ziekenhuisopnames (7daagsgemiddeld)	< 40	40 – 100	> 100

IC-opnames (7daagsgemiddeld)	< 10	10 – 25	> 25	Kenmerk 3295279-1021660-PDC19
---------------------------------	------	---------	------	----------------------------------

Tabel 1: signaalwaarden.

Deze signaalwaarden zijn van belang voor de timing van ingrijpen door het kabinet. Hoe het kabinet besluit in te grijpen, is afhankelijk van de contextfactoren en het advies van het OMT. Er is besloten de huidige leidende indicatoren en signaalwaarden te herijken. Daartoe wordt de mogelijkheid onderzocht van het meer nadrukkelijk meewegen van andere factoren, zoals de omvang van de uitgestelde zorg of het toevoegen van een vroegsignaleringsindicator 'positieve testen' in combinatie met het reproductiegetal. In dat kader wordt reflectie georganiseerd met onder andere het RIVM, GGD, het SCP, het CPB en andere experts op dit gebied. De uitkomsten van deze reflectie zullen ter advies aan het OMT worden voorgelegd. Hiermee voldoe ik aan de toezegging die ik in het debat van 1 december jl. aan uw Kamer heb gedaan om het OMT te vragen te reflecteren op de signaalwaarden van de interventiesystematiek.

#### *Thema 2: Maatregelen en instrumenten*

Om tijdig, adequaat en weloverwogen in te kunnen grijpen moeten we goed zicht houden op het virus en bezien hoe we de komende jaren op een efficiënte en innovatieve manier onze systematiek van de dijkbewaking gaan organiseren.<sup>4</sup> In de bestrijding van COVID-19 zijn diverse maatregelen met bijbehorende instrumenten ontwikkeld als onderdeel van deze dijkbewaking: 1) monitoring, 2) testen en traceren, 3) vaccineren en 4) maatregelen. Met inzet van deze maatregelen en instrumenten wordt verspreiding van het virus tegengegaan en het verloop van het huidige virus gemonitord en eventuele nieuwe varianten opgespoord.

Ons belangrijkste doel is zorgen dat de beschermingsgraad op peil blijft om zoveel mogelijk te voorkomen dat mensen ernstig ziek worden of komen te overlijden. Daarbij is de vraag welke inzet nodig is op vaccinatie en boosters om de bescherming op peil te houden? Welke maatregelen zijn we bereid te nemen als de vaccinatiegraad stukt? De Gezondheidsraad en het OMT zijn reeds verzocht te adviseren over de vaccinatiestrategie COVID-19 op de middellange termijn (vanaf 2022). Bij de opzet van een toekomstige coronavaccinatiecampagne wordt rekening gehouden met de lessen van het afgelopen jaar en met de verkenning van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving naar het vaccinatiestelsel in Nederland.

Daarnaast zetten we in op maatregelen die nodig zijn, gegeven de epidemiologische situatie op dat moment. De huidige maatregelen vallen uiteen in de volgende soorten: basismaatregelen (hygiënemaatregelen), bronmaatregelen (bijvoorbeeld isolatie, thuisblijven en testen bij klachten, reismaatregelen en quarantaine), contactbeperkende maatregelen (zoals de veilige afstand van 1,5 meter) en de inzet van coronatoegangsbewijzen. We ontkomen er waarschijnlijk niet aan om als samenleving een aantal van onze gewoonten te veranderen in de

<sup>4</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1356.

wetenschap dat het virus onder ons blijft. Daarbij rijst de vraag wat nodig is om de basis- en bronmaatregelen na te blijven leven? Wat vraagt dit van ons gedrag? Het gaat hier naar verwachting om gedragsaanpassingen die relatief weinig inbreuk doen op ons dagelijks leven maar die wel een wezenlijke bijdrage kunnen leveren aan het voorkomen van besmettingen. Maar zijn we bereid ons gedrag duurzaam aan te passen? En hoe maken we het met elkaar makkelijker om ons gedrag duurzaam aan te passen en hoe pakt hierin iedereen zijn verantwoordelijkheid?

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

Wanneer deze basis- en bronmaatregelen niet voldoende blijken te zijn, welke aanvullende maatregelen moeten dan worden ingezet? Kiezen we dan voor het treffen van contactbeperkende maatregelen of de inzet van coronatoegangsbewijzen (2G en 3G) om sectoren weer verantwoord te openen? Als we kiezen om te leven met de inzet van contactbeperkende maatregelen, gaan we dan op zoek naar andere verdienmodellen waarin geen overheidssteun meer nodig is en kijken hoe de sociale effecten kunnen worden beperkt? We moeten ook verder kijken. Zijn er bijvoorbeeld ook alternatieve manieren of innovatieve maatregelen denkbaar om verspreiding van het virus te voorkomen en zo kwetsbare mensen te beschermen en de zorg toegankelijk te houden voor iedereen? En welke wetgeving is noodzakelijk om maatregelen in de komende winters te kunnen nemen? Bij de inzet en herijking van deze maatregelen dient ook nadrukkelijk oog te zijn voor de uitvoerbaarheid, evenals de mate van naleving en de rol van handhaving, zeker op langere termijn. Bovendien heeft de coronacrisis zichtbaar gemaakt hoe belangrijk een gezonde leefstijl is. Overgewicht bij COVID-19-patiënten vergroot de kans op een ongunstig ziektebeloop met opname in het ziekenhuis tot op de IC tot gevolg. Mede omdat kleine veranderingen in de leefstijl binnen enkele weken een positief effect kunnen hebben op het immuunsysteem, is de 'Fit op jouw manier' campagne ingezet. Juist voor de lange termijn werpt een gezonde leefstijl zijn vruchten af voor de belastbaarheid van de zorg. Daarom zal ook in de komende jaren het inzetten op gezondheid en mentale weerbaarheid van belang zijn en onverminderd prioriteit moeten krijgen, met speciale aandacht voor de groepen met gezondheidsachterstanden.

#### Herijking inzet van maatregelen en instrumenten

Voor de tweede helft van deze winter (korte termijn, Q1 2022) herijkt het kabinet de huidige maatregelen en instrumenten en kijkt of innovaties toegevoegd kunnen worden. Het kiezen welke maatregelen we inzetten vergt lastige afwegingen, met name daar waar de afwegingen individuele vrijheden en het collectief belang raken en waar maatregelen belangrijke neveneffecten hebben, zoals op economie en welzijn. Op welke manier kunnen we elkaar blijven ontmoeten en samen dingen doen zonder dat de toegankelijkheid van de zorg afneemt en individuele vrijheden moeten worden ingeperkt? De volgende maatregelen en instrumenten worden in ieder geval betrokken: basismaatregelen, contactbeperkende maatregelen, inzet van CTB's, vaccineren, testen en traceren, reismaatregelen en monitoring. Hierbij is nadrukkelijk aandacht voor het op- en afschalen van instrumentarium en maatregelen. Dit dient in nauwe afstemming met uitvoeringsorganisaties te gebeuren, waaronder de GGD en Dienst Testen. Ook is ons gedrag van belang en welke inzet van onder andere communicatie daarbij nodig is.

### Overleg met betrokkenen

Voor het ontwikkelen van een nieuwe aanpak is inspanning en kennis van eenieder nodig. Voor duurzame aanpassing van gedrag en maatregelen maken we allereerst gebruik van praktijkervaringen uit sectoren, onderzoeken en data, ook uit het buitenland. Welke maatregelen worden effectief bevonden, welke zijn lang vol te houden, welke maatregelen hebben relatief veel/weinig impact op de samenleving etc.? Deze inzichten bieden een basis voor de actualisatie van de aanpak voor de tweede helft van deze winter en de komende winters. Parallel aan deze inventarisatie organiseren we voor de kerst en begin 2022 een aantal sessies met creatieve en kritische denkers, wetenschappers, onderwijs, zorg en andere sectoren, jongeren, ouderen en kwetsbare groepen om van gedachten te wisselen over hoe de komende winters door te komen en nieuwe, innovatieve en creatieve ideeën daarvoor op te halen. Ook staat hierbij centraal wat door organisaties extra wordt gedaan om de inzet van iedereen en gewenst gedrag te bevorderen (bijv. inzet voor het verhogen van de vaccinatiegraad, uitdragen van het belang van testen en thuis blijven bij klachten, handen wassen, afstand houden, ventileren). De opbrengsten van deze sessies en genoemde inventarisatie worden vertaald in een aanpak voor de tweede helft van de winter, en een aanpak voor komende winter(s).

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

### *Thema 3 – Zorgcapaciteit*

In de afgelopen 1,5 jaar van deze coronacrisis is er veel gebeurd in de zorg. De ziekenhuizen hebben circa 90.000 COVID-19-patiënten opgevangen, waarvan 16.000 op de IC. Een enorme opgave die door de inzet van professionals, bestuurders en betrokken partijen mogelijk is gemaakt. Continu is geleerd van elkaar door ervaringen te delen en zijn verbeteringen doorgevoerd. Zorgverlening die alleen mogelijk was (en is) door samenwerking in de gehele zorgketen. Om deze stroom van COVID-19-patiënten op te kunnen vangen heeft het kabinet fors geïnvesteerd in de opschaling van zorgcapaciteit. Zo is er, op basis van het Opschalingsplan COVID-19 van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)<sup>5</sup>, in de eerste piek opgeschaald naar 1.550 IC-bedden met bijbehorende klinische bedden. Ook zijn er maatregelen doorgevoerd op het vlak van onder meer de opleiding van personeel, vervoer, coördinatie, monitoring en informatiedeling. Voor de uitvoering van het plan is er voor de jaren 2020-2022 circa €500 miljoen beschikbaar gesteld. Ook is er ingezet op opschaling van tijdelijke COVID-19-bedden buiten het ziekenhuis, welke voornamelijk zijn gerealiseerd in de sector van verpleeghuizen en verzorgingstehuizen (VV-sector) Daarnaast is het Landelijk Centrum Patiëntenspreiding (LCPS) opgericht, dat sinds 25 maart 2020 al meer dan 4.600 bovenregionale verplaatsingen van COVID-19-patiënten heeft gerealiseerd, is er beademingsapparatuur en beschermingsmateriaal ingekocht en is zowel de samenwerking in de hele zorgketen als de internationale samenwerking versterkt. Ook is een tijdelijk beleidskader opgesteld met afspraken over het verantwoord afschalen van de reguliere zorg.

De beschikbaarheid van voldoende zorgprofessionals is op dit moment een belangrijke beperkende factor bij het anticiperen op de extreme zorgvraag. Ook gegeven het feit dat er al voor de coronacrisis sprake was van een tekort en er onder meer al langere tijd onvoldoende werd opgeleid (dus niet conform ramingen capaciteitsorgaan). Op allerlei manieren is dan ook ingezet op het creëren van

<sup>5</sup> [www.lnaz.nl/cms/files/opschalingsplan\\_covid-19\\_def.pdf](http://www.lnaz.nl/cms/files/opschalingsplan_covid-19_def.pdf)

tijdelijk extra personele capaciteit voor ondersteunende werkzaamheden en mensen met een medische achtergrond. Zo zijn ruim 6.300 mensen ingezet bij zorgorganisaties in nood via Extra Handen voor de Zorg, hebben ca. 5.000 mensen een opleiding tot zorgondersteuner gevolgd aan de Nationale Zorgklas en is met de subsidieregeling 'Coronabanen in de Zorg' subsidie verleend voor ca. 7.200 banen, waarmee organisaties functies creëren die zorgprofessionals ontlasten. Daarnaast is op verschillende manieren de mentale gezondheid van zorgprofessionals ondersteund, bijvoorbeeld met gratis mentale coaching via Sterk in je Werk – Extra Coaching en met het steunpunt bij ARQ-IVP. Tot slot werkt het initiatief *De Nationale Zorgreserve* aan het werven en inzetten van zorgreservisten. Inmiddels is een bestand opgebouwd met meer dan 1.200 actieve reservisten en vindt bij verschillende zorgorganisaties inzet plaats. Dit initiatief is een voorloper van de Nationale Zorgreserve. In de loop van 2022 informeer ik u over de definitieve vormgeving van deze faciliteit. Hoge aantallen COVID-patiënten brengen met zich mee dat de zorg voor andere patiënten in het gedrang komt en dat dit vaak een relatie heeft met de beschikbaarheid en optimale inzet van zorgverleners. Daarom wordt langs twee lijnen gewerkt aan het optimaliseren van de zorgcapaciteit: met een taskforce ondersteuning optimale inzet zorgverleners en het expertteam specifiek gericht op de organisatie van de COVID-ziekenhuiszorg. Overigens dient daarbij vermeld dat het verhogen van de zorgcapaciteit alleen tijd koopt zolang de groei van het aantal besmettingen exponentieel is, en op zichzelf dus geen alles-oplossende maatregel is.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

### 3a. Taskforce Ondersteuning optimale inzet zorgverleners

Ik ben voornemens om een Taskforce Ondersteuning optimale inzet zorgverleners in te stellen om concrete maatregelen te identificeren die op korte termijn uitvoerbaar zijn en bijdragen aan de beschikbaarheid van zorgprofessionals. Denk aan concrete maatregelen die tijdelijk kunnen worden ingezet op het moment dat de zorgvraag sterk toeneemt. Dit met het oog op volgende oplevingen van het virus bijvoorbeeld in de winter van 2022/2023.

De taskforce zal bestaan uit een onafhankelijke voorzitter, sociale partners, de Chief Nursing Officer van het ministerie van VWS, ervaringsdeskundigen uit het veld (zorgverleners en HR-managers) en creatieve denkers van buiten de zorg, en zal worden ondersteund door een secretariaat vanuit het ministerie van VWS en het ministerie van SZW. Het ministerie van Financiën is agendalid. Gegeven de weerbaarheid van het personeelstekort is het nadrukkelijk de bedoeling om op zoek te gaan naar creatieve oplossingen buiten de gebaande paden waarmee het zorgpersoneel ook op korte termijn al wordt ondersteund. Thema's die in ieder geval door de taskforce betrokken zullen worden:

#### Vergroting arbeidsaanbod

- Verhogen (zij-)instroom, inzet van medische studenten, beperken schooluitval en versnellen van zorgopleidingen.
- Optimalisering interne en externe flexibele schil van verpleegkundigen/zorgreservisten.
- Verhogen van het aantal contracturen.
- Benutten buitenlandse zorgcapaciteit (instroom buitenlandse zorgverleners).

- Benutten van de geboden ruimte in de Wet BIG en professionele richtlijnen en protocollen.
- Inzetten van vrijwilligers vanuit de WW.
- Mogelijk maken van het uitlenen van zorgprofessionals binnen een regio.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

#### Verhoging arbeidsproductiviteit

- Strategische personeels-/scenarioplanning in zorgorganisaties ter voorbereiding op het najaar.
- Anders werken door bijvoorbeeld inzet van digitale zorgvormen en andere innovaties.

#### Herstel en behoud van medewerkers

- Investeren in fysieke en mentale gezondheid.
- Ontzorgen via maatschappelijke/financiële incentives (gratis kinderopvang, parkeergelegenheid, reiskostenvergoeding, huisvesting, enz.).

Hiermee worden de suggesties en ideeën zoals die door verschillende Tweede Kamerleden zijn gedaan in het COVID-debat van 1 december jl. meegenomen. Het ging daarbij om:

- Gratis parkeergelegenheid, reiskostenvergoeding of aan concrete maatregelen die tijdelijk kunnen worden ingezet op het moment dat de zorgvraag sterk toeneemt, zoals gevraagd door zoals gevraagd door de leden Hijink (SP), Westerveld (GL) en Kuiken (PvdA).
- Het wegnemen van belemmeringen voor werkzoekenden in de WW om vrijwilligerswerk te doen in de zorg, zoals gevraagd door mevrouw Den Haan.
- Te kijken naar mogelijkheden om tijdelijk personeel binnen te halen, gedaan door het lid Van der Staaij.
- Het tijdelijk inzetten van buitenlands personeel en het beperken van de uitval in zorgopleidingen, zoals gesuggereerd door het lid Van Der Plas.

Met het instellen van de taskforce voldoe ik tevens aan de motie<sup>6</sup> van het lid Hijink c.s. om in samenwerking met de zorgorganisaties en met sociale partners zo snel mogelijk te verkennen op welke wijze de ondersteuning van zorgverleners op de werkvloer kan worden bevorderd. Ik zal de taskforce vragen om – zoals toegezegd in het COVID-debat van 1 oktober jongleden - in januari een tussenstand op te leveren ten behoeve van de herijking van onze aanpak eind januari. Het gaat daarbij in ieder geval om eventuele maatregelen die nog op zeer korte termijn zouden kunnen worden genomen en bij kunnen dragen aan de inzet van zorgverleners in de winter van 2021/2022. De taskforce levert begin maart haar eindproduct op met maatregelen voor de middellange termijn (winter 2022/2023).

Vanwege de aanhoudende druk op de zorg en de onzekerheid over de effecten van de omikronvariant op het aantal ziekenhuisopnames, stelt het kabinet in 2022 incidenteel € 47,5 miljoen beschikbaar voor de verlenging van zowel de subsidieregeling coronabaten in de zorg als de Nationale Zorgklas. Deze verlengingen gaan per 1 januari 2022 in. Deze middelen zal ik per incidentele suppletore begroting aan uw Kamer melden. Hierbij zal ik dan ook onderbouwd

<sup>6</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1573.

een beroep doen op artikel 2.27, tweede lid uit de Comptabiliteitswet. Deze maatregelen hebben als doel een directe ontlasting van zorgprofessionals, zorgbreed, in deze winter en in aanloop naar de volgende winter. De inzet van ondersteunend personeel ter ontlasting van de zorgprofessionals zorgt voor meer capaciteit en een groter herstelvermogen van zorgprofessionals. Daarmee draagt het direct bij aan een grotere capaciteit op korte termijn en aan de weerbaarheid van de zorg én van zorgprofessionals richting winter 2022-23. Tot slot wordt in 2022 € 5 miljoen extra beschikbaar gesteld voor de Nationale Zorgreserve. Daarmee kan vanaf begin 2022 worden toegewerkt naar 5000 zorgreservisten, in plaats van het eerdere aantal van 2000 reservisten. Ook deze middelen zal ik per incidentele suppletoire begroting aan uw Kamer melden. Hierbij zal ik dan ook onderbouwd een beroep zal doen op artikel 2.27, tweede lid uit de Comptabiliteitswet.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

### 3b. Expertteam COVID-zorg in de ziekenhuizen

Het expertteam onderzoekt en realiseert wat nodig is om vanaf september 2022 de COVID-ziekenhuiszorg zodanig op te schalen en te vergroten dat de reguliere zorg zoveel mogelijk doorgang kan vinden bij een nieuwe opleving van COVID-19. Het expertteam richt zich specifiek op de optimalisatie van COVID-zorg in de ziekenhuizen (kliniek en IC). Daarbij is de in- en uitstroom van belang met als doel de capaciteit in de zorgketen te vergroten.

Het expertteam brengt in beeld wat hiervoor nodig is in termen van middelen, financiën en governance, waarbij de focus ligt op het vergroten en effectiever inzetten van de COVID-capaciteit op de verpleegafdeling en IC's in de ziekenhuizen. In het licht van haar opdracht organiseert het expertteam pilots, bijvoorbeeld van meer concentratie van COVID-ziekenhuiszorg in de regio. Het expertteam brengt in beeld welke waardevolle innovaties de afgelopen maanden lokaal en regionaal al zijn doorgevoerd in de organisatie van COVID-zorg die landelijk gedeeld en geïmplementeerd kunnen worden. Daarnaast wordt in beeld gebracht welke ervaringen in het buitenland zijn opgedaan met COVID-zorg in ziekenhuizen.

In overeenstemming met de motie van het lid Van den Berg c.s.<sup>7</sup>, worden voorbereidingen getroffen voor het starten van pilots waarbij ervaring wordt opgedaan met (verder) geconcentreerde COVID-ziekenhuiszorg in de regio. De ervaringen met deze pilots worden door het expertteam gemonitord, zodat verwachte efficiëntiewinst kan worden gevalideerd en geleerde lessen voor het najaar van 2022 kunnen worden benut. Hierbij moet worden opgemerkt dat het starten van pilots alleen mogelijk is als de situatie in de zorg dat op dat moment toelaat.

Beschikbaarheid en inzet van zorgpersoneel is een belangrijke randvoorwaarde voor het organiseren van COVID-zorg. Het optimaliseren daarvan is de opdracht van de 'taskforce ondersteuning optimale inzet zorgverleners' (spoor 3a, zie hierboven). Het expertteam zal bestaan uit een onafhankelijke voorzitter en experts uit het veld op persoonlijke titel. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) nemen deel als toehoorder. Het is van groot belang dat de voorstellen van het expertteam werkbaar zijn voor het

<sup>7</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1571.

veld. Daarom zullen de voorstellen worden getoetst in een high level klankbordgroep.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

#### *Thema 4: Normalisering besluitvormingsproces*

Met de vaststelling dat COVID-19 voorlopig aanwezig zal zijn wil het kabinet de interdepartementale besluitvorming op dit onderwerp zo veel mogelijk normaliseren. Vanaf januari 2022 zal daarom via een transitiefase worden toegewerkt naar dit genormaliseerde besluitvormingsproces. Indien noodzakelijk wordt bij een crisissituatie opgeschaald via de Nationale Crisisstructuur. Met deze normalisering wil het kabinet zoveel mogelijk transparantie en voorspelbaarheid creëren. Ook wordt zo meer rust in de besluitvorming gebracht, zodat er tijd is om brede afwegingen zorgvuldig te kunnen maken. Concreet houdt dit in dat er een langere besluitvormingscyclus gebruikt wordt, dat er gebruik gemaakt wordt van de reguliere onderradenstructuur en dat er in beginsel geen Catshuissessies plaatsvinden. Met deze normalisering wordt eveneens invulling gegeven aan de door uw Kamer breed aangenomen motie van de leden Den Haan en Omtzigt<sup>8</sup>.

#### *Thema 5: Communicatie en gedrag*

De uitwerking van de midden en lange termijnstrategie vraagt ook een herijking van de communicatie. Vertrekpunt hierbij is de verbreding in de communicatiestrategie van 'het virus onder controle krijgen' naar een aanpak die zich ook richt op 'leven met het virus'.

#### Nieuwe organisatie van de communicatie

Vanaf de eerste signalen over de ontdekte coronavariant in Wuhan vormt communicatie een belangrijk instrument in de crisisaanpak. Onder regie van het Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie (NKC) wordt sinds het begin van de crisis gewerkt vanuit een interdepartementale samenwerking met als doel begrijpelijke en eenduidige communicatie richting de samenleving. Hierbij wordt intensief samengewerkt met sectoren, gemeenten, veiligheidsregio's en gedragsexperts. Op termijn gaat, in lijn met de overgang naar een genormaliseerd besluitvormingsproces, het NKC over in een nieuwe organisatievorm. Verschillende betrokken departementen blijven dan vanuit hun eigen verantwoordelijkheid met en richting de samenleving communiceren. De komende periode wordt hiervoor een nieuwe interdepartementale samenwerkingsvorm ontwikkeld.

#### Van overheidscommunicatie naar samenlevingscommunicatie

De publiekscommunicatie vanuit de Rijksoverheid is de afgelopen periode aan de hand van onderzoek, (gedrags)inzichten en ervaringen steeds verder ontwikkeld. Deze ontwikkeling krijgt een vervolg. Voor de herijking van de aanpak publiekscommunicatie wordt de komende periode gericht publieksonderzoek uitgevoerd en worden reflectiegesprekken met (externe) communicatie- en gedragsexperts georganiseerd. De publiekscommunicatie is niet van het Rijk alleen. Daarom gaan we met maatschappelijke partners, sectoren en overheidsinstanties in gesprek hoe we elkaar in de publiekscommunicatie verder kunnen versterken. Daarbij zal de communicatie zo dicht mogelijk bij de mensen, organisaties en instellingen plaatsvinden. Dus steeds meer vanuit de samenleving. Zoals in de samenwerking met de veiligheidsregio's en de gemeenten. Zij verzorgen, aanvullend op de

<sup>8</sup> Kamerstuk 35 961, nr. 12.

landelijke communicatie vanuit het Rijk, de communicatie met de inwoners van regio's en gemeenten passend bij de lokale situatie.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

#### Communicatie rondom maatregelen en instrumenten

Communicatie vormt ook een onderdeel van de uitwerking van het thema maatregelen en instrumenten. Aan de hand van gesprekken met beleidsadviseurs, gedragsexperts en communicatieadviseurs brengen we in beeld hoe communicatie en gedragsinterventies de kennis over en naleving van toekomstige gedragsregels, maatregelen en instrumenten kan vergroten.

#### Communicatie rondom besluitvorming

Als onderdeel van de uitwerking van het thema normalisering besluitvormingsproces herijken we ook de communicatie rondom de besluitvorming. Hiervoor wordt publieksonderzoek verricht en worden reflectiegesprekken georganiseerd met een aantal sectoren, maatschappelijke partners en media. Aandachtspunten voor de herijking van de communicatie zijn o.a. toon, vorm, en afzenderschap.

#### *Lange termijn: Pandemische paraatheid*

Ik heb u toegezegd om nog in 2021 een beleidsagenda te sturen over de pandemische paraatheid van de zorg en infectieziektebestrijding. Alle inspanningen waren erop gericht om – ondanks wat de huidige pandemie van ons vraagt – deze beleidsagenda voor het kerstreces naar uw Kamer te sturen. Wij zien ons nu, met een nieuw kabinet in het vizier, genoodzaakt om een omvangrijke, belangrijke toekomstagenda aan het volgende kabinet te laten. Wij kunnen niet vooruitlopen op de (budgettaire) besluitvorming over toekomstige investeringen.

We hebben in de begroting geld beschikbaar gemaakt voor planvorming voor een versterkte pandemische paraatheid: voor een meer parate, wendbare en opschaalbare zorg en infectieziektebestrijding. De afgelopen maanden is met veel betrokkenen hard gedacht over en gewerkt aan de inhoudelijke invulling van de beleidsagenda. Centraal staan de beleidsopgaven voor een versterkte publieke gezondheidszorg en infectieziektebestrijding, de basis en opschaalbaarheid van de zorg op orde en de leveringszekerheid van en toegang tot medische producten. Belangrijke dwarsdoornijdende thema's zijn daarbinnen sturing en regie, kennis en innovatie, internationale samenwerking en data en informatievoorziening. Bovenstaande zeven onderdelen vormen de basis voor de beleidsagenda. De overkoepelende beleidsagenda zal gaan over de voorbereiding op een toekomstige pandemie, maar kan niet los worden gezien van de lessen die we nu trekken en de instrumenten en infrastructuur die zijn aangepast en opgebouwd tijdens de huidige pandemie. Deze benutten we uiteraard in de agenda voor de toekomst. Omdat we daarnaast niet kunnen weten welke pandemie ons in de toekomst zal treffen en wanneer dat is, ervaren wij samen met de Tweede Kamer de urgentie om de beleidsagenda voortvarend op te pakken. Wij zullen deze urgentie aan het nieuwe kabinet overbrengen en vertrouwen op een spoedig vervolg. Tenslotte willen we benadrukken dat al ingezette trajecten uiteraard doorgaan. Ik noem bijvoorbeeld de leveringszekerheid van medische producten en de ijzeren voorraden.<sup>9</sup> Over deze onderwerpen schreven wij u in het afgelopen najaar.

<sup>9</sup> Kamerstuk 32 805 nr. 114, Kamerstuk 29 477, nr. 701 en nr. 731

### *Toekomst Juridisch instrumentarium*

De Tijdelijke wet maatregelen Covid-19 (Twm) is op 1 december 2020 in werking getreden en is inmiddels een jaar van kracht. Met de Twm is aan de Wet publieke gezondheid (Wpg) een hoofdstuk Va toegevoegd met tijdelijke bepalingen ter bestrijding van de epidemie van COVID-19. Ook zijn enkele tijdelijke wijzigingen aangebracht in handhavingsbepalingen van de Wpg en in de Arbeidsomstandighedenwet, de Arbeidsveiligheidswet BES en de Wet kinderopvang.<sup>10</sup>

Dit jaar is gebleken dat het verloop van het SARS-CoV-2-virus grilliger is dan gedacht en dat het verloop van de pandemie afhankelijk is van een groot aantal factoren. In verschillende debatten met zowel de Tweede als de Eerste Kamer is door een aantal fracties verzocht om te beschrijven hoe de verdere toekomst van de Twm eruitziet en welke wetgeving in de toekomst noodzakelijk is om COVID-19 te bestrijden. Voor wat betreft het verzoek van uw Kamers over de omgang met de Twm voor de komende periode zijn drie opties in kaart gebracht. Hiermee voldoe ik aan de toezeggingen die ik heb gedaan aan de Tweede en Eerste Kamer.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

Alvorens hierop in te gaan hecht het kabinet eraan naar voren te brengen dat bij de totstandkoming en behandeling van de Twm en bij gelegenheid van de verlengingen, telkens door het kabinet is gesteld dat de bevoegdheden van de Twm een tijdelijk karakter dragen. Ook uw Kamers hebben bij de totstandkoming van de Twm aangegeven hieraan groot belang te hechten. Hieraan wil het kabinet niet afdoen bij het - op verzoek van uw Kamers - bespreken van de opties.

De eerste optie is om de Twm – mits de bestrijding van de COVID-19-epidemie daartoe noopt – te blijven verlengen tot de Wet publieke gezondheid (Wpg) is herzien voor toekomstige pandemieën of tot het moment dat gezien de ontwikkeling van het virus het niet langer noodzakelijk en proportioneel is om de Twm te behouden. De tweede optie is om een beperkt aantal van de huidige tijdelijke bepalingen permanent te maken door deze structureel op te nemen in de Wpg, waarbij de reikwijdte beperkt blijft tot de bestrijding van COVID-19. De derde optie is om alle huidige tijdelijke bepalingen permanent te maken door deze structureel op te nemen in de Wpg, waarbij de reikwijdte eveneens beperkt blijft tot de bestrijding van COVID-19. Deze drie opties worden hierna nader toegelicht. Daarna wordt ingegaan op de door het Eerste Kamerlid Nicolai voorgestelde optie om bepalingen uit de Twm op te kunnen schorten.

<sup>10</sup> De Twm zoals deze is gepubliceerd in Stb. 2020, 441, is dus grotendeels een wijzigingswet. De enige zelfstandige bepaling in de Twm is de vervalbepaling in artikel VIII, die regelt dat de genoemde tijdelijke bepalingen in de Wpg en andere wetten steeds bij koninklijk besluit met ten hoogste drie maanden kunnen worden verlengd. Sinds de op 17 juli 2021 in werking getreden wijziging van artikel VIII Twm (Stb. 2021, 359) geldt daarbij dat onverwijld na de publicatie van dat koninklijk besluit een wetsvoorstel tot goedkeuring van dat koninklijk besluit moet worden ingediend. Eenvoudigheidshalve wordt, overeenkomstig het tot nu toe gehanteerde spraakgebruik, hierna ook steeds gesproken over "de Twm", waar juridisch gezien wordt bedoeld op de genoemde tijdelijke bepalingen in (met name hoofdstuk Va van) de Wpg en enkele andere wetten.

<sup>10</sup> Bij het wetgevingsoverleg in de Tweede Kamer van 7 juli 2021 (*Kamerstukken II 2020/21*, 35874, nr. 10), het debat in de Eerste Kamer op 12 en 13 juli 2021 (*Handelingen I 2020/21*, nr. 45, item 2, en nr. 46, items 2 en 19), het wetgevingsoverleg in de Tweede Kamer van 8 november 2021 (*Kamerstukken II 2021/22*, 35899, nr. 12), het debat in de Tweede Kamer over de ontwikkelingen rondom het coronavirus van 16 november (*Handelingen II 2021/22*) en het wetgevingsoverleg in de Eerste Kamer van 23 november 2021 (*Kamerstukken I 2021/22*, 35899, nr 7, item 3 en 8).

Alvorens in te gaan op de verschillende opties worden eerst de overwegingen geschetst die bij dit vraagstuk van belang zijn. Bij het bepalen van de toekomst van de Twm is het van belang te erkennen dat het verloop van het virus grillig is. Het is dan ook onzeker welk instrumentarium op de langere termijn noodzakelijk is. Daarmee hangt samen dat de bestaande wettelijke grondslagen die gebruikt worden om maatregelen te treffen, behouden moeten blijven zolang dit gezien de ernst van het gevaar voor de volksgezondheid noodzakelijk is. Ook moet het behoud van deze grondslagen, gelet op de in het geding zijnde grondrechten, voldoen aan de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit. Welke grondslagen behouden blijven of toegevoegd worden, moet dan ook voortdurend worden afgewogen. Dit komt uitdrukkelijk naar voren in de tijdelijkheid van de bepalingen van de Twm. Naast deze afweging over het al dan niet laten vervallen van (delen van de) Twm vindt het kabinet het van belang dat de parlementaire controlemogelijkheden in de Twm behouden blijven. De Twm biedt door haar tijdelijkheid en huidige verlengingsprocedure immers de mogelijkheid aan beide Kamers om zich via een goedkeuringswet uit te spreken over de verlenging van deze wet. Ook bestaat de mogelijkheid om delen van de Twm eerder te laten vervallen. Het kabinet heeft deze overwegingen betrokken bij de uitwerking van voornoemde opties.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

#### Optie 1: Twm telkens verlengen

Met deze optie wordt de Twm, conform de huidige systematiek, telkens verlengd met drie maanden. Met het verlengen van de Twm blijft het benodigd tijdelijke instrumentarium zoals thans met name opgenomen in hoofdstuk Va Wpg, in stand. Dit is immers nog steeds noodzakelijk om de epidemie te kunnen bestrijden. Het voordeel van de handhaving van de huidige systematiek is dat het parlement zijn bestaande bevoegdheden behoudt om het kabinet te controleren. De Tweede en de Eerste Kamer kunnen namelijk besluiten om niet in te stemmen met het wetsvoorstel dat strekt tot goedkeuring van het koninklijk besluit waarmee de Twm geheel of gedeeltelijk is verlengd. De Twm komt dan te vervallen. Ook kan de regering besluiten om onderdelen van de Twm te laten vervallen, indien de epidemiologische situatie op basis van de voorgeschreven proportionaliteitstoets daartoe aanleiding geeft. Hierdoor blijven bevoegdheden om maatregelen te kunnen treffen niet langer behouden dan strikt noodzakelijk is. Het kabinet hecht eraan te benadrukken dat het voorlopig blijven voortbestaan van de grondslagen in de Twm niet betekent dat er ook gedurende die periode altijd maatregelen zullen gelden. De Twm heeft in die zin al het karakter van een 'gereedschapskist': de grondslagen worden geactiveerd doordat bij algemene maatregel van bestuur (de veilige afstand) of ministeriële regeling op die grondslagen gebaseerde maatregelen worden vastgesteld. Ook hiervoor gelden waarborgen, zoals de noodzakelijkheids- en proportionaliteitstoets bij de vaststelling van regelingen en het voorleggen van die regeling aan beide Kamers. Hierbij heeft de Tweede Kamer de mogelijkheid om niet in te stemmen met de regeling. Ook met het voortduren van de gelding van de Twm is dus gewaarborgd dat er periodes kunnen zijn waarin geen of minder maatregelen gelden en sommige bepalingen van de Twm dus geheel of gedeeltelijk "slappend" zijn.

#### Optie 2: Smalle permanente wet voor COVID-19

In plaats van de bestaande systematiek om de Twm elke drie maanden te verlengen kan ervoor gekozen worden om een beperkt aantal bepalingen uit het tijde-

lijke hoofdstuk Va Wpg permanent in de Wpg op te nemen, uitsluitend ten behoeve van de bestrijding van de COVID-19-epidemie. Zo'n "smalle permanente wet voor COVID-19" kan echter pas worden gerealiseerd op het moment waarop het virus in Nederland grotendeels onder controle is en de situatie stabiel en voorspelbaar is. Via een dergelijke wet zal de Wpg immers minder grondslagen - en dus minder mogelijkheden - bevatten om maatregelen te kunnen nemen dan nu onder de Twm mogelijk is. Met deze optie krijgen de grondslagen om maatregelen te kunnen treffen een permanent karakter, met dien verstande dat de werksfeer beperkt blijft tot de bestrijding van de epidemie van COVID-19. Dit wijkt af van het huidige tijdelijke karakter van de Twm. Dit betekent ook dat het parlement enkel bij de totstandkoming van de wet invloed kan uitoefenen op de in de wet op te nemen bevoegdheden en niet, zoals onder de Twm, elke drie maanden dient in te stemmen met de verlenging van de Twm door middel van de goedkeuringwet. Wel geldt dan net als onder de huidige Twm dat de maatregelen worden genomen bij ministeriële regeling. Deze regeling wordt voorgelegd aan beide Kamers en de Tweede Kamer kan besluiten niet in te stemmen met deze regeling.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

Aangezien deze smalle wet pas in werking kan treden als het virus in Nederland grotendeels onder controle en voorspelbaar is, kan deze wet niet binnen afzienbare tijd de Twm vervangen. Daarom is deze optie volgens het kabinet op dit moment niet te verkiezen boven de andere opties. Zoals hiervoor uiteengezet is het verloop van de epidemie immers grillig en afhankelijk van een groot aantal factoren en is het in de nabije toekomst voor de bestrijding van het virus nog noodzakelijk om een brede instrumentenkist te hebben. Bovendien kan nu niet worden aangegeven wat de inhoud van een smalle instrumentenkist zou kunnen zijn. Ook verdwijnt met deze smalle wet het tijdelijk karakter en de mogelijkheid van het parlement om zich door middel van de goedkeuringwet periodiek uit te spreken over de wenselijkheid om de bepalingen die in deze wet zijn opgenomen, al dan niet te behouden.

### Optie 3: Brede permanente wet voor COVID-19

In deze optie worden *alle* tijdelijke bepalingen uit hoofdstuk Va Wpg permanent opgenomen in de Wpg. Hierdoor blijven de bevoegdheden die nodig zijn om de epidemie van COVID-19 te bestrijden voortduren tot het moment dat de Wpg is herzien voor toekomstige pandemieën of tot het moment dat gezien de ontwikkeling van het virus het niet langer noodzakelijk en proportioneel is om specifieke bevoegdheden voor die bestrijding te behouden. De benodigde bevoegdheden die thans via de Twm in hoofdstuk Va Wpg zijn opgenomen teneinde maatregelen te kunnen treffen voor de bestrijding van de epidemie van COVID-19 of directe dreiging daarvan blijven zo voor de langere termijn behouden in de Wpg. De grondslagen kunnen telkens worden benut als er een nieuwe opleving van het virus komt of als er een nieuwe besmettelijkere variant van het virus ontstaat. Dit betekent wel dat het in de Twm vastgelegde tijdelijke karakter verdwijnt. Door de bestaande bepalingen uit hoofdstuk Va Wpg een permanent karakter te geven, verdwijnt ook de mogelijkheid van het parlement om elke drie maanden door middel van een goedkeuringwet al dan niet in te stemmen met het in stand blijven van deze bevoegdheden. Net als onder de huidige situatie worden in deze optie de maatregelen genomen bij ministeriële regeling, wordt deze regeling voorgelegd aan beide Kamers. De Tweede Kamer kan besluiten niet in te stemmen met deze

regeling. Deze bredere wet zou wel op korte termijn tot stand kunnen worden gebracht.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

#### Voorstel van het Eerste Kamerlid Nicolai

Het Eerste Kamerlid Nicolai heeft de suggestie gedaan bij een meer structurele vormgeving van de Twm-bevoegdheden te kiezen voor een systeem waarbij Twm-bevoegdheden (dus de in hoofdstuk Va Wpg opgenomen bepalingen) kunnen worden opgeschort in plaats van een systeem waarbij slechts de keuze bestaat uit het blijven gelden van deze bepalingen of deze bepalingen definitief te laten vervallen.<sup>11</sup> Het kabinet waardeert de inzet van dit lid om een antwoord te vinden op het voorliggende vraagstuk. Deze optie – die een variant zou worden op de genoemde optie 3 – zou echter leiden tot een dubbele gelaagdheid in de besluitvorming over de te nemen maatregelen. In een systeem waarin bepalingen kunnen worden opgeschort, zal naar zijn aard ook voorzien moeten worden in een procedure om die bepalingen weer te activeren. Als bepalingen zijn opgeschort en de epidemiologische situatie vergt dat er maatregelen worden genomen waarvoor op dat moment de wettelijke grondslag ontbreekt, omdat de bepaling is opgeschort die die grondslag verschaft, vergt het kunnen treffen van maatregelen immers besluitvorming. Dit geldt dan zowel voor de activering van die grondslag als voor het daadwerkelijk treffen van de maatregelen via het vaststellen van op die te activeren bepalingen te baseren ministeriële regelingen. Nog afgezien van de vraag welke criteria er voor de activering van opgeschorte bevoegdheidsgrondslagen zouden moeten gelden, zou een dergelijke 'activeringsprocedure' op enigerlei wijze met parlementaire betrokkenheid gepaard moeten gaan. Min of meer gelijktijdig loopt dan echter de procedure rond het vaststellen van de desbetreffende ministeriële regelingen waarbij eveneens sprake is van parlementaire betrokkenheid. Naar het oordeel van het kabinet zou dat de toch al ingewikkelde besluitvorming over de Twm-maatregelen ingewikkelder en onoverzichtelijker maken, hetgeen ook een effectieve parlementaire controle zou bemoeilijken. Hoewel het kabinet de opvatting van het lid Nicolai deelt dat een goede balans tussen slagvaardigheid en democratische inbedding van de besluitvorming noodzakelijk is, levert een systeem van opschorting van Twm-bepalingen zodanige complicaties op, dat naar het oordeel van het kabinet de nadelen daarvan zwaarder wegen dan de voordelen.

#### Voorkeursoptie kabinet

Gelet op de bovenstaande overwegingen geeft het kabinet de voorkeur aan de eerste optie, namelijk om de Twm (deels) te blijven verlengen tot de Wpg is herzien. Het kabinet is zich ervan bewust dat dit betekent dat het mogelijk is dat er nog meerdere verlengingen van de Twm aan de orde zullen zijn. Naar het oordeel van het kabinet is dit desondanks de voorkeursoptie, omdat hiermee het tijdelijk karakter van de Twm gerespecteerd wordt. Tevens kan het parlement hiermee de meeste invloed uitoefenen ten aanzien van de grondslagen in de wet die gebruikt kunnen worden om maatregelen te treffen, indien dit aan de orde is. Zoals hiervoor genoemd, hecht het kabinet tevens aan de huidige voorziening voor parlementaire controle, die inhoudt dat de daadwerkelijke inzet van de maatregelen altijd zal geschieden bij ministeriële regeling die wordt voorgelegd aan beide Kamers. Hierbij kan de Tweede Kamer besluiten niet in te stemmen met deze regeling. Het kabinet ziet deze optie uitdrukkelijk als een overgangsfase, waarbij op dit

<sup>11</sup> *Handelingen I 2020/21*, nr. 46, item 19, p. 14.

moment gezien de huidige stand van zaken helaas nog niet aangegeven kan worden wanneer die beëindigd zal kunnen worden.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

Gezien de onzekere huidige epidemiologische situatie en de onzekerheden omtrent de omikronvariant verwacht het kabinet de werkingsduur van de Twm te moeten verlengen van 1 maart 2022 tot 1 juni 2022. Het kabinet zal de verlengingsprocedure starten en eind januari een OMT-advies vragen om de actuele epidemiologische situatie en een vooruitblik na 1 maart 2022 mee te wegen bij de voorbereiding en de motivering van het verlengingsbesluit.

## 5. Coronatoegangsbewijs/Digitaal Corona Certificaat

### *Geldigheidsduur DCC*

Op 7 december jl. is in de EU-gezondheidsraad in Brussel gesproken over het instellen van een geldigheidsduur van 9 maanden voor het vaccinatiecertificaat. Dit naar aanleiding van een voorstel hiertoe voor de herziening van de Raadsaanbeveling 2020/1475 betreffende een gecoördineerde aanpak van de beperking van het vrije personenverkeer, in reactie op de COVID-19-pandemie van 25 november jl. De appreciatie hiervan is reeds aan uw Kamer toegezonden.<sup>12</sup> De Commissie stelt hierin onder meer voor in Europees verband afspraken te maken over de geldigheidsduur van vaccinatiecertificaten met het oog op reizen. De Raadsaanbeveling gaat niet in op nationale maatregelen.

Bij de eerdere totstandkoming van de DCC-verordening en de Raadsaanbeveling, zijn geen Europese afspraken gemaakt over de geldigheidsduur van vaccinatiecertificaten, omdat hierover toen nog te weinig bekend was. Diverse landen hebben er inmiddels voor gekozen om een geldigheidsduur voor vaccinatiecertificaten in te stellen, wat het vrije verkeer van personen in de EU beperkt. Om eenheid te bewaren en op basis van advies van het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC), heeft de Europese Commissie een voorstel gedaan voor de Europese vaststelling van een geldigheidsduur van het vaccinatiebewijs. Deze geldigheidsduur zou moeten ingaan op 1 februari 2022. De commissie overweegt op dit moment om de geldigheidsduur daarnaast ook door middel van een herziening van de DCC-verordening middels een gedelegeerde handeling vorm te geven. De nationale toepassing van een COVID-certificaat voor toegang tot nationale faciliteiten is een nationale competentie. Dat kan dus per land verschillen. Het is daarom belangrijk voor reizigers om in alle gevallen de reisadviezen op [Nederlandwereldwijd.nl](https://www.nederlandwereldwijd.nl) te blijven volgen.

De periode van geldigheid voor het herstelbewijs blijft binnen de EU (voor het DCC) vastgesteld op 180 dagen, aanpassing van deze termijn ligt nu niet ter bespreking voor. Als het herstelbewijs binnen Nederland als CTB wordt gebruikt, is dit op dit moment, recent aangepast, 365 dagen geldig.<sup>13</sup>

Het kabinet is van mening dat de voorgestelde geldigheidsduur van 9 maanden een veilige en doeltreffende manier is om EU-coördinatie van regels te bevorderen en reizen in Europa mogelijk te maken en te houden, en steunt daarom dit voorstel. Op dit moment vinden de onderhandelingen in Brussel plaats. Nederland pleit er hierbij voor – zoals ook de Commissie voorstelt – bij de geldigheid geen

<sup>12</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1623.

<sup>13</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1551.

onderscheid te maken in type vaccins. Deze inzet is erop gericht de volksgezondheid te beschermen en Nederlanders niet of zo min mogelijk te belemmeren om binnen Europa te reizen.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

Het kabinet is voornemens het voorstel van de Europese Commissie te volgen voor de voorgestelde geldigheidsduur van vaccinatiebewijzen voor het DCC. Voor binnenlands gebruik wordt niet het DCC gebruikt, maar het CTB. Op dit moment is er geen geldigheidsduur gekoppeld aan een coronatoegangsbewijs op basis van vaccinatie. De bescherming tegen ziekenhuisopname en sterfte als gevolg van volledige vaccinatie is nog steeds zeer hoog voor de deltavariant. De bescherming tegen transmissie neemt echter af, naarmate de volledige vaccinatie langer geleden is afgerond. Dit geldt temeer voor de omikronvariant. Daarom werk ik aan de invoering van een geldigheidsduur voor coronatoegangsbewijzen op basis van vaccinatie voor binnenlands gebruik. Op die manier kunnen coronatoegangsbewijzen zo veilig mogelijk worden ingezet. Daarbij houd ik ook rekening met de huidige verschillen tussen de voorwaarden voor het CTB en het DCC en streef ik naar harmonisatie. Wegens privacy waarborgen in het CTB is het verkorten van de geldigheidsduur in het CTB ingewikkelder dan voor het DCC. Om dat mogelijk te maken moeten een aantal technische keuzes worden gemaakt, waar ik uw Kamer op korte termijn over zal informeren. Daarbij zal het kabinet ook onderzoeken welke aanpassingen in de geldigheidsduur voor een bewijs op basis van herstel in het CTB noodzakelijk zijn. Het kabinet overweegt om de geldigheidsduur van bewijzen op basis van herstel terug te brengen in plaats van de eerdere verlenging naar 12 maanden. Wanneer hierover besloten is, zal uw Kamer daarover geïnformeerd worden.

#### Informatievoorziening gebruik DCC in andere landen

Het kabinet spant zich middels de reisadviezen in om de Nederlandse reiziger per land zo goed en actueel mogelijk te informeren over onder andere de geldende coronamaatregelen in andere landen. Het kabinet blijft streven om veranderingen in die maatregelen zo accuraat mogelijk in het reisadvies te verwerken. Omdat het coronavirus zich niet laat voorspellen, blijft het mogelijk dat er nieuwe maatregelen van kracht worden wanneer reizigers zich in het buitenland bevinden. Soms kan het reisadvies zelfs van kleur veranderen. Het advies van het kabinet aan de reiziger is en blijft daarom om voor vertrek en tijdens verblijf in het buitenland het actuele reisadvies te checken via [nederlandwereldwijd.nl](http://nederlandwereldwijd.nl) of in de reisapp en het lokale nieuws in de gaten te houden. Daarnaast zet het kabinet zich in de EU in voor zoveel mogelijk Europese coördinatie van reismaatregelen.<sup>14</sup>

#### *Mensen die niet kunnen testen en niet kunnen vaccineren*

Ik werk aan een aanpak voor personen die zich om medische redenen niet kunnen laten vaccineren of testen. Zo spoedig mogelijk moet het mogelijk zijn aan deze personen een uitzonderings-CTB uit te geven. Daartoe wordt op dit moment mede een protocol en medisch afwegingskader uitgewerkt door een consulent met expertise in sociaal medische advisering. Ik bereid een scenario voor waarbij aanvragen voor een uitzonderings-CTB worden beoordeeld op basis van medische gegevens door een nog aan te wijzen beoordelingsorgaan. Op basis hiervan zal ik een definitief besluit nemen; ik verwacht uw Kamer hier voor de kerst over te

<sup>14</sup> In de subparagraaf 'Geldigheidsduur DCC' is, evenals in de paragraaf 'Vaccins', de beantwoording van de Kamervragen van het lid De Vries (VVD) opgenomen (2021Z22995, ingezonden 9 december 2021).

kunnen informeren.

#### *Route kort verblijf gevaccineerde derdelanders*

Eerder heb ik aangegeven aan een oplossing te werken voor in derde landen gevaccineerde personen die kort verblijven in Nederland, zoals zakenreizigers en toeristen. Op dit moment hangt een wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19 bij uw Kamer voor die het mogelijk maakt een CTB voor kort verblijf uit te geven aan deze doelgroep. Hiermee kan gedurende een periode van 14 dagen gebruik worden gemaakt van voorzieningen waar een CTB voor vereist is. Deze personen hoeven zich dan dus, anders dan nu het geval is, niet meer dagelijks te laten testen om gebruik te kunnen maken van dergelijke voorzieningen. Ik verwacht deze oplossing begin 2022 te kunnen implementeren.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

#### *Kosten CTB*

In de beantwoording van uw vragen in de nota n.a.v. het verslag over de Tijdelijke wet differentiatie coronabewijzen, heb ik toegezegd in deze brief een specificatie te geven van de totale uitgaven tot dusver aan de voorbereiding, ontwikkeling, uitrol, ingebruikname, voorlichting, etc. inzake het CTB en bijbehorende applicaties<sup>15</sup>. Dit naar aanleiding van het verzoek hiertoe van de leden van de FvD-fractie. Hierna vindt u een deel van het overzicht van de verwachte kosten voor het CoronaCheck-stelsel in het jaar 2021. De definitieve afrekening voor de brede inzet van toegangsbewijzen (o.a. testen voor toegang en uitzonderingsroutes die leiden tot een DCC) volgt in 2022. Voor een specificering van de daadwerkelijk gemaakte kosten (definitieve deel) verwijs ik u graag naar het Jaarverslag 2021 dat in mei 2022 verschijnt.

Voor het complete CoronaCheck-stelsel bedragen de te verwachten kosten voor heel 2021 totaal € 22,3 miljoen. Onder dit CoronaCheck-stelsel valt een groot aantal producten en diensten. Denk aan de CoronaCheck-app en website die mensen gebruiken om hun CTB en DCC te maken en te tonen, de CoronaCheck scanner-app waarmee binnen Nederland de QR-code kan worden gecheckt, het HKVI-portaal waarmee hulpverleners ook op papier een coronabewijs kunnen aanmaken voor mensen wiens gegevens niet worden gevonden bij GGD of RIVM, maar ook de kosten voor de telefoonlijn en printfunctionaliteit, digitale handtekening, EU gateway, EU afstemming, aansluitcoördinatie en data-aanlevering. Meer gespecificeerd zijn de kosten voor de ontwikkeling van CoronaCheck te ramen op € 4,4 miljoen en worden de kosten voor het beheer, doorontwikkeling en aansluitteam op € 12,3 miljoen geschat. De kosten voor het programma en beleid, waaronder ook de kosten voor het Klant Contactcentrum, voorlichting, juridisch advies en wetenschappelijk onderzoek vallen, worden tot slot geschat op € 5,6 miljoen.

## **6. Reizen en Quarantaine**

#### *Maatregelen voor aangewezen zeer hoogrisicogebieden met een zorgwekkende virusvariant*

In reactie op de signalering van de nieuwe omikronvariant van SARS-CoV-2 in zuidelijk Afrika, heeft het kabinet op 26, 27 en 28 november jl., mede op basis van het RIVM-advies van 26 november, Mozambique, Zuid-Afrika, Lesotho, Eswatini, Botswana, Namibië, Malawi en Zimbabwe aangewezen als zeer

<sup>15</sup> Kamerstuk 35 973, nr. 6.

hoogrisicogebieden met een zorgwekkende virusvariant en een vliegverbod ingesteld. Op 7 december jl. is Nigeria naar aanleiding van het RIVM-advies van 6 december aan de lijst met zeer hoogrisicogebieden met een zorgwekkende virusvariant toegevoegd. Op advies van het RIVM is voor Nigeria geen vliegverbod ingesteld. Voor reizigers uit zeer hoogrisicogebieden met een zorgwekkende virusvariant geldt een aangescherpt inreisverbod, een dubbele testverplichting en een quarantaineplicht.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

Daarnaast geldt een quarantaineadvies voor huisgenoten van besmette personen. Het quarantaineadvies geldt ook voor personen die hersteld of gevaccineerd zijn. Dit advies kent een aantal praktische consequenties die inmiddels zijn uitgewerkt door het RIVM. In de brief<sup>16</sup> van 12 november 2021 heb ik uw Kamer toegezegd u hier nader over te informeren. Zo is het bescrypt van de GGD geactualiseerd. Sinds 22 september 2021 geldt geen quarantaine*plicht* meer voor gevaccineerde inreizigers uit aangewezen zeer hoogrisicogebieden zonder zorgwekkende virusvariant.

Voor reizigers, zowel gevaccineerd als ongevaccineerd, uit zeer hoogrisicogebieden met een zorgwekkende virusvariant geldt de quarantaineplicht wel. Aangezien er een reëel risico bestaat dat reizigers uit aangewezen zeer hoogrisicogebieden met een zorgwekkende variant in aanraking zijn geweest met de omikronvariant, is het extra belangrijk dat zij zich houden aan de quarantaineplicht. In de afgelopen weken is een extra beroep gedaan op de gemeenten om *alle* reizigers die terugkeren uit een zeer hoogrisicogebied met zorgwekkende virusvariant te controleren op het naleven van de quarantaineplicht. Gedurende deze tijd is op basis van bevindingen van zowel het belteam van het ministerie van VWS als de gemeenten gebleken, dat deze reizigers de quarantaineplicht goed naleven. Zodoende is besloten om de reguliere procedure te hervatten, hetgeen inhoudt dat een aselechte steekproef van reizigers die zich mogelijk niet aan de quarantaineplicht houden, wordt doorgestuurd naar de gemeenten.

#### *Ontraden van internationale reizen*

Tijdens het Kamerdebat van 1 december jl. heb ik het lid Van Esch (PvdD) toegezegd te kijken of internationale reizen in lijn met nationale reizen moeten worden ontraden. Het binnenlands reisadvies wordt aangescherpt, en luidt vanaf nu 'Blijf zoveel mogelijk thuis. Toch de deur uit: beperk je contacten en houd afstand'.

Voor internationale reizen is het algemene advies: let op er kunnen risico's voor de reiziger zijn, afhankelijk van het land van bestemming. Voor alle landen waar zorgen bestaan over (het zicht op) de coronasituatie, of andere zorgen over de veiligheid, geldt een aanvullend negatief reisadvies. Bovendien heeft het kabinet strikte maatregelen genomen om de verspreiding van het coronavirus vanuit het buitenland te beperken, zoals de test- en quarantaineverplichting. Naast de internationale reisadviezen van het ministerie van Buitenlandse Zaken en de maatregelen die de veiligheid van internationale reizen waarborgen, ziet het kabinet nu geen aanleiding voor aanvullende maatregelen.

In het advies van maandag 13 december jl. geeft het OMT aan dat in een volgend overleg in meer detail zal worden gekeken naar het brede beleid voor testen,

<sup>16</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1519.

isolatie en quarantaine met betrekking tot reizigers en in het kader van de omikronvariant, en zal nagaan welke aanpassingen gezien de actuele ontwikkelingen gewenst zijn. Als het OMT aanvullende maatregelen noodzakelijk acht, zal het kabinet daar zo snel mogelijk over besluiten en uw Kamer daarover informeren.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

*Testverplichting inkomende reizigers*

In het 132<sup>e</sup> OMT advies wordt geadviseerd om na te gaan of een testverplichting (NAAT-PCR) bij aankomst uit een VOC-land mogelijk is én ingevoerd kan worden, om te kijken om welke virusvariant het gaat en meer onderzoek uit te voeren. Om die reden ben ik bezig met een verkenning van de mogelijkheden voor een testverplichting voor inkomende reizigers uit zeer hoogrisicolanden met een zorgwekkende virusvariant, zoals op dit moment de omikronvariant, zodat in de toekomst bij mogelijk nieuwe zorgwekkende virusvarianten inkomende reizigers verplicht kunnen worden bij aankomst in Nederland een test af te nemen. Middels de wetwijziging van de Wpg kan worden voldaan aan de motie van het lid Paternotte c.s.<sup>17</sup> over het mogelijk maken om een test bij aankomst in bijzondere gevallen te verplichten. Voor deze wetwijziging spelen verschillende overwegingen een rol, waarover nog beraad plaatsvindt. Ik neem uw Kamer graag mee in de overwegingen. Hiermee voldoe ik aan mijn toezegging aan uw Kamer om de uitkomsten van de overwegingen van een testverplichting voor inkomende reizigers uit zeer-hoog risicogebieden met een zorgwekkende virusvariant met u te delen.

Ten eerste speelt de overweging dat het belangrijk is de intrede van een (nieuwe) zorgwekkende virusvariant zo lang mogelijk uit te stellen en te vertragen. Door dit zo lang als mogelijk uit te stellen is er onder andere meer tijd voor onderzoek naar de nieuwe virusvariant. Onderzoek is nodig omdat bij een nieuwe variant nog veel onzekerheden zijn, zoals de mate van besmettelijkheid, transmissie, kans op herinfectie, ziektelast en daarmee gepaard gaande het effect op ziekenhuisopnames, en de bescherming door de huidige vaccins of door natuurlijke immuniteit. Meer kennis over deze onzekerheden is van belang bij het maken van beleidskeuzes. Een testverplichting kan bijdragen aan die kennis. Ten tweede speelt de overweging dat met de komst van een (nieuwe) zorgwekkende virusvariant, waarvan de besmettelijkheid en ziektelast nog onbekend is, een testverplichting kan bijdragen aan de bescherming van de volksgezondheid. Bescherming door besmette personen vroegtijdig te identificeren, opdat zij door passende maatregelen te volgen (quarantaine, isolatie) verdere overdracht van het virus kunnen voorkomen. Ten derde speelt de afweging of een testverplichting proportioneel is voor inkomende reizigers uit een zeer-hoogrisicogebied met een zorgwekkende virusvariant, die al aan een dubbele testverplichting moeten voldoen voor vertrek en bij thuiskomst in quarantaine moeten (dat geldt ook voor gevaccineerde of herstelde reizigers). De huidige ervaring met de omikronvariant laat zien dat ook wanneer reizigers al aan een dubbele testverplichting hebben voldaan voor vertrek in het buitenland, er nog steeds een aantal is dat positief test op COVID-19, waaronder ook de omikronvariant, bij aankomst in Nederland. Hoe dit mogelijk is, wordt op het moment nog onderzocht.

<sup>17</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1566.

## 7. Testen en traceren

Het testbeleid heeft twee doelstellingen:

1. Testen om het virus op te sporen en te bestrijden (spoor 1);
2. Testen ten behoeve van het verkrijgen van een coronatoegangsbewijs (spoor 2).

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

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

*Spoor 1: Testen gericht op opsporen en bestrijden*

### Cijfers afgenomen testen

Het aantal afgenomen testen steeg de afgelopen weken fors. In week 49 (6 december t/m 12 december) zijn ca. 458.000 testen per week afgenomen, in week 49 (6 t/m 12 december) zijn gemiddeld circa 65.000 testen per dag afgenomen. Ondertussen zien we dat het aantal positieve testen gestabiliseerd is. Wel blijft het aantal afgenomen testen en het aantal positieve testen op een onverminderd hoog niveau. Hierdoor blijft de druk op de testcapaciteit van de GGD bestaan.

Ondanks de afvlakking van het aantal besmettingen, wordt rekening gehouden met de mogelijkheid dat de besmettingen weer verder kunnen stijgen in het eerste kwartaal van 2022. Daarom blijven de GGD'en paraat om mogelijk weer op te schalen als de epidemiologische situatie daarom vraagt, waarbij de inspanningen op testen afgestemd moeten worden op de gevraagde inspanningen ten aanzien van de versnelling van de booster campagne.

De GGD'en werken onverminderd hard op ca. 155 vaste fysieke testlocaties. De aanrijtijd per auto naar de dichtstbijzijnde testlocatie is voor 99,8% van alle Nederlanders minder dan 30 minuten en op een aantal locaties zijn zogenoemde prioriteits- en kindstraten ingericht. GGD'en proberen zoveel mogelijk Nederlanders zo goed mogelijk te bedienen. Naast deze vaste locaties zijn er diverse locaties die op variabele tijden open zijn. In totaal hebben de GGD'en beschikking tot 45 mobiele testlocaties die gericht ingezet kunnen. Zo kunnen bijvoorbeeld op basis van incidentie, bijvoorbeeld bij een opvallend hoge incidentie in een bepaalde wijk, extra locaties worden ingericht. De GGD heeft beschikking tot drie typen mobiele testlocaties: 15 container units, 25 bussen en 5 flexbussen. De flexbussen bevatten alle benodigdheden om op locatie te kunnen testen behalve de daadwerkelijke afnameruimte en kunnen bijvoorbeeld worden ingezet bij een plaatselijke uitbraak.

Om de testlocaties draaiende te houden hebben de GGD'en werknemers nodig. De GGD-organisaties zijn als werkgever in principe zelf verantwoordelijk om hun personeelsbeleid te voeren en daarmee voor de wijze waarop zij (tijdelijke) werknemers inzetten en behouden als deze belangrijk zijn voor de organisatie. De verschillende GGD'en hebben hun personeelsbeleid ook op uiteenlopende wijze georganiseerd. Meerdere GGD'en hebben nu aangegeven dat zij tegen personele problemen aanlopen, omdat zij een groep personeelsleden (3.000 tot 5.000 mensen) hebben die het maximaal aantal tijdelijke contracten heeft ontvangen. Wanneer de GGD deze personeelsleden wil behouden en derhalve de contracten wil verlengen dan is de GGD wettelijk verplicht om deze personeelsleden op een

gegeven moment een vast contract aan te bieden. Tegelijkertijd kan de GGD het zich niet veroorloven om met de groeiende opgave op het gebied van testen, traceren en vaccineren deze ingewerkte mensen te vervangen door nieuwe mensen. Temeer omdat ze naast deze ingewerkte mensen sowieso meer personeel nodig hebben om de benodigde opschaling te kunnen realiseren. Indien het in deze fase van opschaling noodzakelijk is om, gelet op de Wab, mensen die eerder tijdelijk zijn aangetrokken, vast in dienst te nemen omdat dit van cruciaal belang is voor de continuïteit van de uitvoering van het bevel, dan kunnen de kosten hiervan ingebracht worden onder de meerkostenafpraak.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

De GGD'en hebben afgelopen weken snel opgeschaald naar 120.000 testen per dag. De dagelijkse capaciteit beweegt mee met de testvraag. Omdat prioriteit wordt gegeven aan versnelling van de boostercampagne, zullen de GGD'en de inspanningen op testen hierop moeten afstemmen. Maar we zorgen dat de GGD'en klaar blijven staan om ook bij oplevingen de vraag weer aan te kunnen.

#### Verlenging XL-testpaviljoens bij GGD

Vanwege de sterk gestegen testvraag zijn de XL-testpaviljoens voor de GGD onmisbaar deze winter. Daarom heb ik er voor gezorgd dat de vijf XL paviljoens in Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en op Schiphol tot uiterlijk 1 juli 2022 beschikbaar zijn. Dat heb ik gedaan door deze overeenkomst met 6 maanden te verlengen na de uiterste einddatum. Deze verlenging is nodig om de continuïteit bij de GGD'en in de komende drukke en spannende periode te waarborgen. Ik blijf in gesprek met GGD'en om ze te ondersteunen bij het testen, zodat de testlocaties aan blijven sluiten bij de vraag.

#### *Spoor 2: Testen ten behoeve van een coronatoegangsbewijs*

##### Testcapaciteit op de Waddeneilanden

De recente aanscherping van de maatregelen heeft effect gehad op de testvraag voor Testen voor Toegang. Als gevolg van een dalende testvraag zijn enkele testlocaties gesloten. In veel gevallen heeft dat geen effect gehad op de bereikbaarheid en beschikbaarheid van Testen voor Toegang, behalve op de Waddeneilanden. Op de Waddeneilanden varieert de testvraag van enkele testen per dag tot enkele tientallen in de week waardoor testlocaties niet rendabel zijn. Afgelopen weken is veel contact geweest tussen het ministerie van VWS, Stichting Open Nederland, de gemeenten van de Waddeneilanden en de testaanbieders die actief zijn op die Waddeneilanden. De Waddeneilanden zijn, als gevolg van de ligging in combinatie met de relatief hoge vaccinatiegraad van de bewoners, uniek in relatie tot andere gemeenten. Om testcapaciteit te kunnen borgen op de Waddeneilanden heb ik de Stichting Open Nederland de opdracht gegeven testcapaciteit voor de Waddeneilanden in te kopen. SON heeft een concessie uitgeschreven op basis waarvan de testcapaciteit wordt geborgd. De voorlopige gunning is reeds gecommuniceerd naar de deelnemende partijen en de concessie zal medio december 2021 definitief worden gegund. In de tussentijd zorgt SON er samen met de huidige testaanbieders en gemeenten voor dat testcapaciteit op de Waddeneilanden beschikbaar blijft voor burgers en/of toeristen.

##### Onderzoek effectiviteit CTB

Uw Kamer heeft met de motie Westerveld verzocht om de effectiviteit van

coronatoegangsbewijzen, afgezet tegen iedereen testen (1G) te onderzoeken.<sup>18</sup> In de brief aan uw Kamer van 12 november jl. heb ik aangegeven onderzoek te laten verrichten. Dat onderzoek zal uit twee delen bestaan. Het eerste deel is een studie van de TU Delft, bestaande uit een internationale vergelijking, een survey en modelanalyses. Ik zal de uitkomsten van de studie zo snel mogelijk met uw Kamer delen. Daarnaast onderzoek ik momenteel wat de mogelijkheden zijn voor onderzoek naar de effectiviteit van het CTB in de praktijk. Voor het eind van het jaar zal ik uitgebreider schetsen hoe dat onderzoek er uit komt te zien.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

#### Resultaten gedragsonderzoek over invoering profijtbeginsel

Sinds 25 september jl. is het in Nederland op bepaalde locaties verplicht een coronatoegangsbewijs te tonen om toegang te krijgen tot een locatie en/of dienst. Mensen die niet volledig gevaccineerd zijn en geen recent herstellbewijs hebben, kunnen gratis testen voor toegang. Op basis van een negatieve testuitslag kunnen zij vervolgens voor maximaal 24 uur een geldig toegangsbewijs verkrijgen.

Vooruitlopend op de inwerkingtreding van het coronatoegangsbewijs is op 18 augustus jl. een motie van het lid Paternotte<sup>19</sup> aangenomen met het verzoek om toe te gaan werken naar het instellen van een profijtbeginsel bij het testen voor toegang, waarbij mensen die om medische redenen niet gevaccineerd kunnen worden voor de eigen bijdrage moeten worden uitgezonderd. Het kabinet besloot eerder om nog niet direct over te gaan tot het invoeren van een eigen bijdrage vanwege de breedte van de inzet van coronatoegangsbewijzen. Wel gaf ik in de Stand van Zakenbrief van 14 september jl.<sup>20</sup> reeds aan dat ik in het kader van deze motie een onderzoek zou laten uitvoeren naar de mogelijke effecten van de invoering van het profijtbeginsel bij toegangstesten. Het onderzoek en de uitkomsten hiervan treft u bijgaand aan.<sup>21</sup> Het onderzoek had de vorm van een enquête waarin de volgende vragen aan de orde kwamen:

1. Hoe gevaccineerden en ongevaccineerden denken over toegangstesten en het vragen van een bijdrage voor toegangstesten;
2. Wat de invoering van het profijtbeginsel eventueel betekent voor de vaccinatiebereidheid;
3. Wat het effect is van de invoering van het profijtbeginsel op de deelname aan activiteiten door ongevaccineerden daar waar een coronatoegangsbewijs gevraagd wordt.

De enquête toont allereerst aan dat onder gevaccineerden veel draagvlak is voor het vragen van een eigen bijdrage voor het testen voor toegang. Meer dan 2 op de 3 gevaccineerden vindt het vragen van een eigen bijdrage redelijk, met een voorkeur voor een bedrag van €7,50. Bij ongevaccineerde Nederlanders daarentegen is veel weerstand tegen de bestaande plicht rondom het coronatoegangsbewijs. Met de invoering van een eigen bijdrage voor het testen voor toegang neemt die weerstand verder toe en is ook vrijwel niemand van hen het eens met de invoering van een eigen bijdrage.

Ten tweede geven ongevaccineerde respondenten aan dat het invoeren van het

<sup>18</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1481.

<sup>19</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1398.

<sup>20</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1422.

<sup>21</sup> Bijlage: Rapport gedragsonderzoek profijtbeginsel toegangstesten.

profijtbeginsel weinig invloed zal hebben op hun vaccinatiebereidheid.

Ten derde geven de respondenten aan dat de testbereidheid voor het testen voor toegang zou afnemen wanneer het profijtbeginsel wordt ingevoerd, hoewel de sterkte van het effect wel verschilt per type activiteit. Voor laagdrempelige activiteiten, zoals koffiedrinken en naar de kroeg is dit effect sterker dan bij beter te plannen activiteiten, zoals evenementen en discotheken, maar respondenten geven aan liever thuis te blijven dan een eigen bijdrage te betalen. Hierbij is belangrijk, zeker ook met het oog op potentiële uitsluiting, dat de testbereidheid niet sterker afneemt bij mensen met een lager inkomen. Bij jongeren lijkt er wel sprake van een iets sterkere afname van de testbereidheid ten opzichte van andere leeftijdsgroepen.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

Concluderend laat het onderzoek zien dat er draagvlak is voor een profijtbeginsel onder de gevaccineerde respondenten en er geen draagvlak is onder de niet gevaccineerde respondenten. Het kabinet neemt deze resultaten mee bij toekomstige overwegingen over het invoeren van het profijtbeginsel.

#### Zc – Preventief testen in het onderwijs

Het kabinet heeft 26 november jl. reeds besloten tot het langer gratis beschikbaar stellen van zelftesten in het onderwijs. Het kabinet heeft naar aanleiding van het 131<sup>ste</sup> OMT-advies besloten om de doelgroep waarvoor zelftesten gratis worden verstrekt, uit te breiden met leerlingen in groep 6, 7 en 8 in het primair onderwijs (po). In week 49 is een eerste levering zelftesten voor deze leerlingen geleverd aan de basisscholen. Samen met de leveringen voor de leraren zijn in week 49 ruim 3 miljoen zelftesten verspreid in het po.

Naast deze leveringen is doorgedaan met het leveren van zelftesten aan leerlingen, studenten en docenten in het voortgezet onderwijs (vo), middelbaar beroepsonderwijs (mbo) en hoger onderwijs (ho). In week 49 zijn daar respectievelijk circa 2 miljoen, 85.000 en 250.000 zelftesten geleverd. Daarnaast kunnen studenten en docenten in het mbo en ho zelftesten aanvragen via het SURF-portaal ([www.zelftestonderwijs.nl](http://www.zelftestonderwijs.nl)). In week 49 kwamen er 70.741 aanvragen binnen. Per aanvraag via het SURF-portaal worden er 4 zelftesten thuisbezorgd.

#### Bevoorrading zelftesten onderwijs

Dit najaar is een aanbesteding uitgevoerd om in de komende periode te voorzien in de vraag naar zelftesten in verschillende sectoren die door de Rijksoverheid worden bevoorrad; de gunning wordt momenteel definitief gemaakt. Na het 131<sup>ste</sup> OMT-advies ontstond echter een acute aanvullende behoefte aan zelftesten, waarin niet kon worden voorzien met de bestaande voorraden. Daarom zijn, vooruitlopend op de aanbesteding, 13 miljoen zelftesten besteld. Als deze spoedbestelling niet was geplaatst, hadden niet alle scholen en onderwijsinstellingen tijdig voldoende zelftesten ontvangen om het kabinetsbesluit over de uitbreiding van het preventief zelftestbeleid op scholen te kunnen uitvoeren.

Samen met de minister van OCW en de minister voor Basis- en Voortgezet Onderwijs en Media draag ik er zorg voor dat de zelftesten in deze en de komende week worden geleverd en gedistribueerd aan scholen en onderwijsinstellingen. Dit

vergt inzet en flexibiliteit van de betrokken partijen in de distributieketen, maar zo kan elke leerling, student en docent beschikking hebben over voldoende zelftesten tot na de kerstvakantie.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

Uit de prognoses van het ministerie van OCW blijkt dat in de komende maanden nogmaals ongeveer 37 miljoen zelftesten nodig zijn om in de behoefte te voorzien, naast ongeveer 15 miljoen stuks bij onder meer sociale minima. De bestelling hiervan heb ik, met het oog op de huidige krappe wereldmarkt voor zelftesten en goederenvervoer, in gang gezet bij de onder de aanbesteding gegunde leveranciers. Deze krappe markt zorgt er wel voor dat leveringen soms wijzigen of vertragen, en de leveringszekerheid niet optimaal is. Hierom is er dagelijks contact met leveranciers, distributeurs en afnemers om in de komende weken en maanden zorg te dragen voor voldoende bevoorrading.

Bij de huidige behoefte aan zelftesten is de genoemde aanbesteding binnen enkele maanden uitgeput. Hierom ben ik de voorbereiding van een nieuwe aanbesteding voor de periode na de eerste maanden van 2022 reeds gestart.

#### *Zelftesten*

Het OMT heeft in haar 130<sup>e</sup> advies geadviseerd om een zelftest te gebruiken bij klachten. Het kabinet heeft dit advies opgevolgd en dit gewijzigde beleid is per 3 december jl. ingegaan. Aanvullend adviseerde het OMT om zelftesten breed beschikbaar te stellen aan alle Nederlanders. Het kabinet heeft besloten om, naast de zelftesten die beschikbaar gesteld worden aan het onderwijs en aan kwetsbaren in thuisisolatie, zich te richten op sociale minima die om financiële redenen niet zelfstandig in zelftesten kunnen voorzien. Voor deze laatste groep werden al zelftesten beschikbaar gesteld, via Voedselbank NL, het Armoedefonds en andere maatschappelijke organisaties, dit zal worden geïntensiveerd. Kwetsbaren in thuisisolatie kunnen via hun eigen apotheek zelftesten krijgen. Hiermee voldoe ik aan de motie van het lid Westerveld c.s.<sup>22</sup> om via apotheken gratis zelftesten te verstrekken aan mensen die hierin zelf niet kunnen voorzien.

Het testbeleid houdt sinds 3 december jl. in dat mensen met milde klachten ervoor kunnen kiezen om ofwel direct naar de GGD teststraat te gaan ofwel eerst een zelftest te doen. Men wordt bij een positieve zelftest dringend geadviseerd om in isolatie te gaan, contacten in te lichten en een confirmatietest te laten doen bij de GGD. Wanneer de confirmatietest positief is, zal het bron- en contactonderzoek worden opgestart. Het is niet mogelijk om op basis van een positieve zelftestuitslag een herstelbewijs te verkrijgen. Hiervoor blijft een confirmatietest bij de GGD noodzakelijk. Voor risicogroepen<sup>23</sup>, ernstig zieke personen en mensen die werken met deze doelgroepen blijft het advies om altijd een PCR-test te laten doen bij de GGD. Bij het testen op de vijfde quarantainedag met het doel om quarantaine op te heffen blijft eveneens een GGD-test nodig. Wel wordt er geadviseerd om, wanneer iemand in contact is geweest met een positief getest persoon, direct een zelftest te doen, ook wanneer degene die zo'n contact heeft

<sup>22</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1577.

<sup>23</sup> Risicogroepen zijn onder andere mensen ouder dan 70 jaar en volwassen (> 18 jaar en < 70 jaar) met onderliggende ziekten zoals chronische luchtweg- of longproblemen, chronische hartproblemen, nierproblemen, een verminderde weerstand, een hiv-infectie, ernstig overgewicht en het syndroom van Down. Specificaties zijn te vinden op: [www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/risicogroepen](http://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/risicogroepen).

gehad al is gevaccineerd of hersteld.

Het is belangrijk dat mensen alleen zelftesten gebruiken met een CE-markering voor zelfgebruik, of met een door het ministerie van VWS verleende ontheffing. De door het ministerie van VWS verleende ontheffingen zijn geldig tot en met 31 december 2021 en worden niet verlengd omdat er inmiddels veel zelftesten met een CE-markering op de markt zijn. Voor wederverkopers van zelftesten met een ontheffing geldt: u mag bij de fabrikant, importeur en/of distributeur na 31 december 2021 *geen* bestellingen meer plaatsen voor zelftesten die met een tijdelijke ontheffing op de markt zijn gebracht. Voor de tot 31 december 2021 reeds geproduceerde en gedistribueerde voorraden waarop staat dat deze met een tijdelijke ontheffing in de handel zijn gebracht, geldt een uitverkoopregeling. Dus, zolang de distributeur of groothandel nog voorraden van zelftesten met een tijdelijke ontheffing beschikbaar heeft, mogen deze worden geleverd en verkocht. Dit betekent dat dat voorraden die op 31 december 2021 in de schappen van bijvoorbeeld importeurs, distributeurs, supermarkten, apotheken of drogisterijen liggen, mogen worden opgemaakt. Vanzelfsprekend mag een zelftest niet meer worden verkocht als de uiterste houdbaarheidsdatum is verstreken.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

Op de website van de Rijksoverheid staat uitgelegd hoe de consument kan herkennen dat een zelftest een CE-markering heeft.<sup>24</sup> Het OMT heeft bovendien geadviseerd om extra onderzoek te starten naar welke goed verkrijgbare zelftesten voldoende gevoelig zijn en die ruim verkrijgbaar zijn. Ik heb het LCT gevraagd dit onderzoek uit te voeren en mij op basis van de uitkomsten te adviseren.

#### Pilots begeleid zelftesten

In de stand van zakenbrief van 2 november heb ik uw Kamer geïnformeerd over het opzetten van drie pilots begeleid zelftesten ten behoeve van het verkrijgen van een coronatoegangsbewijs. Inmiddels is de Tijdelijke Regeling Maatregelen aangepast wat het opzetten van de pilots begeleid zelftesten ten behoeve van een coronatoegangsbewijs mogelijk maakt. Momenteel wordt hard gewerkt aan het protocol en de organisatie en uitvoering van deze pilots. De uitvoering behelst redelijk wat werk vanwege de aanpassingen die nodig zijn in de CoronaCheck app, het afspraken portaal van SON en de juridische, financiële en technische afstemming tussen de testaanbieders, VWS en SON. Ik hoop in maart uw Kamer te informeren over de resultaten van deze pilots en over een mogelijk vervolg.

#### Zelftesten aan sociale minima

In de Maatregelenbrief van 12 november jl.<sup>25</sup> die ik aan uw Kamer stuurde, informeerde ik u over de initiatieven om zelftesten breed beschikbaar te stellen aan sociale minima via bestaande netwerken. Het kabinet hecht er waarde aan dat Nederlanders laagdrempelig toegang hebben tot zelftesten. Enerzijds doordat zelftesten breed beschikbaar en betaalbaar zijn in winkels, supermarkten en drogisterijen. Anderzijds doordat eventuele financiële drempels voor sociale minima worden verlaagd.

<sup>24</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/testen/zelftesten-en-het-coronavirus/geschikte-corona-zelftesten>.

<sup>25</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1519.

Om de verstrekking van zelftesten aan sociale minima zo gericht en doeltreffend mogelijk te doen, wordt gebruik gemaakt van bestaande netwerken. Graag geef ik uw Kamer hierover een update:

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

- Het Rode Kruis heeft aangegeven behoefte te hebben aan ca. 86.400 zelftesten op 7 locaties. Deze testen zijn in week 49 (6 t/m 12 december) geleverd. Het Rode Kruis distribueert de zelftesten via hun fijnmazige netwerk.
- Het Armoedefonds heeft in week 49 (6 t/m 12 december) 250.000 zelftesten ontvangen. De zelftesten distribueren zij naar lokale hulporganisaties. Via de lokale hulporganisaties bereiken de zelftesten de minima.
- De Voedselbank NL heeft aangegeven behoefte te hebben aan ca. 49.500 zelftesten op 4 locaties. Deze testen worden in week 50 (13 december t/m 19 december) geleverd, de regionale voedselbanken distribueren de zelftesten via hun fijnmazige netwerk.
- Het Leger des Heils heeft aangegeven behoefte te hebben aan zelftesten, op basis hiervan worden in eerste instantie ca. 64.000 zelftesten op ca. 197 locaties geleverd.
- Voor de 352 gemeenten zijn 2 miljoen zelftesten beschikbaar gesteld voor mensen met een minimuminkomen of uitkering. Daar komen nog eens 8 miljoen zelftesten bij voor de komende maanden. Momenteel worden de voorbereidingen getroffen voor de logistiek en hoe de verdeling onder gemeenten plaats kan vinden.

Met het breed beschikbaar stellen van zelftesten aan sociale minima voldoe ik tevens aan de toezegging aan het lid Hijink om te zorgen dat zelftesten op een nuttige manier worden ingezet voor de datum verloopt.

#### *Serologie*

Uit uw Kamer heb ik de wens gehoord om te kijken wat wel mogelijk kan zijn op het gebied van serologisch testen en volg daartoe de ontwikkelingen op dit gebied nauwlettend. Zo zijn recent gesprekken gevoerd met Zwitserland en Israël. In deze landen wordt serologie al wel ingezet voor een herstelbewijs voor nationaal gebruik. In Israël wordt serologie echter uitsluitend gebruikt als aanvullende test bij de afgifte van een herstelbewijs en niet als alleenstaand bewijs van een doorgemaakte infectie. Zwitserland erkende te worstelen met het gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing voor internationaal geaccepteerde afkapwaarden en de daaraan gekoppelde geldigheidsduur. Toch heeft Zwitserland besloten om bij een positieve uitslag van een serologische test, als deze is geanalyseerd door een geaccrediteerd laboratorium, een herstelbewijs met een beperkte geldigheidsduur van 90 dagen af te geven, wel wetende dat deze termijn niet op zekere gronden is gesteld. Daarbij betalen mensen in Zwitserland zelf voor deze test. Tot nu toe zijn er dus geen landen gevonden waar de serologische test als volwaardig alternatief wordt ingezet. Ook is hier relevant dat in EU-verband nog geen overeenstemming is bereikt om serologische testen te gebruiken als basis voor een herstelbewijs om mee te reizen.

#### *Governance Test- en Traceerketen*

##### LCT

De LCT heeft van mij de opdracht gekregen om mij te adviseren over de motie van

het lid Bikker c.s.<sup>26</sup> over de het uitbreiden van de testcapaciteit. De LCT kijkt naar de inzet van de reeds ingekochte LAMP- en Strip-apparatuur (en eventuele andere apparatuur). Deze apparaten worden op dit moment niet of weinig gebruikt in het testlandschap. Indien een ophoging van de testcapaciteit noodzakelijk is door verbreding van het CTB of door het 1G-beleid kunnen deze apparaten mogelijk een bijdrage leveren aan de realisatie van de benodigde testcapaciteit. Voor die tijd zal ik uw Kamer informeren over het advies dat de LCT mij in antwoord op deze motie zal geven.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

#### Dienst Testen: voorraad antigeentesten

Zoals eerder aan uw Kamer gedeeld, heeft het ministerie van VWS een voorraad antigeentesten aangekocht om voorzien te zijn voor een brede inzet. Het ministerie van VWS streeft naar een zo efficiënte en effectieve inzet van de huidige antigeenvoorraad. Afgelopen september had het ministerie van VWS ca. 13 miljoen antigeentesten met een houdbaarheidsdatum tot en met december 2021. Een groot deel van de voorraad is doelmatig ingezet in spoor 2a (Testen voor Toegang) en een klein gedeelte in spoor 1. Het was echter niet mogelijk om de volledige voorraad in te zetten, waardoor een deel van de antigeentesten zijn afgeschreven (ca. 5,7 miljoen antigeentesten).

In 2022 heeft het ministerie van VWS ca. 17,9 miljoen antigeentesten op voorraad die gedurende dat jaar over datum gaan. De inzet is om deze testen nuttig te gebruiken, dan wel tijdig te verkopen of doneren. Gepoogd wordt vernietiging te vermijden. Omdat een tekort aan testen onwenselijk is, moeten voldoende ruime voorraden worden aangehouden. Hierdoor is het nooit geheel uit te sluiten dat er testen over datum gaan en dus moeten worden vernietigd. Ik blijf de Kamer informeren over de stand van zaken omtrent het voorraadbeheer. Hiermee voldoe ik aan de motie Bikker en Westerveld om te onderzoeken op welke manier de antigeentests op voorraad bij het ministerie zo goed mogelijk besteed kunnen worden.<sup>27</sup>

#### *Bron- en contactonderzoek*

Het aantal besmettingen is nog steeds erg hoog. Hierdoor blijft het voor de BCO-medewerkers erg druk. GGD'en volgen elke besmetting op met een vorm van BCO. Door het hoge aantal besmettingen is de vorm van BCO die wordt opgevolgd minder intensief. In specifieke gevallen (zoals mogelijke besmetting met de omikronvariant) wordt uitgebreider BCO gedaan. Om na besmetting verdere verspreiding te voorkomen is het belangrijk dat iedereen blijft meewerken aan BCO.

#### BCO: testbeleid voor huisgenoten en nauwe contacten

Op basis van het 128<sup>e</sup> en 130<sup>e</sup> OMT-advies is het testadvies voor huisgenoten en nauwe contacten gewijzigd. Dit betekent dat sinds 3 december jl. dezelfde testadviezen gelden voor huisgenoten (categorie 1) en nauwe contacten (categorie 2) voor zowel immune als niet-immune contacten.

#### BCO bij verdenking omikronvariant

De GGD voert op dit moment uitgebreid BCO uitconform fase 1 BCO op maat bij

<sup>26</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1586.

<sup>27</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1587.

alle indexen met een verdenking op de omikronvariant op basis van een specifieke omikronvariant-PCR, of een reisgeschiedenis naar Zuid-Afrika, Mozambique, Lesotho, Swaziland (Eswatini), Namibië, Zimbabwe, Malawi en Botswana en Nigeria. Een asymptomatisch positief getest persoon met verdenking op de omikronvariant die geen klachten ontwikkelt, blijft in ieder geval 5 dagen na de testdatum in isolatie, ongeacht immunestatus. Alle COVID-positief geteste personen die asymptomatisch terugkeren uit zuidelijk Afrika wordt dringend verzocht op dag 5 na terugkeer opnieuw te testen met PCR en bij een positieve uitslag tenminste nog 5 dagen in isolatie te laten gaan, gerekend vanaf de tweede testafname.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

- Voor contacten van een positief getest persoon zonder klachten met verdenking op omikronvariant geldt hetzelfde advies als voor contacten van indexen met klachten.
- Het verschil met het reguliere BCO beleid is dat voor nauwe contacten geldt dat zij een quarantaineadvies krijgen, ongeacht de immunestatus.
- Overige niet nauwe contacten (categorie 3) worden geïnformeerd over de blootstelling en krijgen het advies om zich bij klachten te laten testen bij de GGD.

#### BCO in kinderopvang en het onderwijs

Bij het beleid voor contacten op de kinderopvang (ko) en scholen (po en v(s)o) zal het extra testadvies voor nauwe contacten worden opgenomen.

#### *Bij 1 of 2 besmettingen in de klas of groep:*

- ko en po: kinderen gaan niet in quarantaine en krijgen het advies om bij klachten te testen. Dat kan met een zelftest of bij de GGD.
- v(s)o: zowel niet-immune als immune nauwe contacten krijgen een testadvies, zo spoedig mogelijk een zelftest en op dag 5 een test bij de GGD.

#### *Bij een uitbraak in de groep of klas:*

Vanwege de hoge besmettingsgraad is maatwerk bij veel GGD'en niet altijd meer mogelijk. Het beleid bij 3 of meer besmettingen in de klas binnen een periode van 7 dagen is dat in principe de hele klas in quarantaine gaat. Dit is ook afhankelijk van lokale afspraken met de GGD en beoordeling van de GGD of er transmissie in de groep of klas heeft plaatsgevonden. Dit is ook gecommuniceerd in de Nieuwsbrief COVID-19: Kinderen en scholen van 26 november 2021.<sup>28</sup>

De ko, het po en v(s)o kunnen zich zo beter voorbereiden op eventuele quarantaine van een groep/klas. Het advies aan de ko en onderwijsinstellingen is namelijk dat voordat een klas/groep of school in quarantaine gaat, eerst contact wordt gelegd met de GGD voor overleg. Het uitgangspunt blijft om het onderwijs zo lang mogelijk open te houden in het belang van de ontwikkeling van kinderen.

Uitgezonderd van quarantaine bij een uitbraak op ko of po of v(s)o zijn immune kinderen en medewerkers. Wel krijgen alle kinderen en medewerkers de testadviezen om zo spoedig mogelijk (zelftest) en op dag 5 (bij de GGD) te testen. De immune personen hoeven niet thuis te blijven in afwachting van het

<sup>28</sup> [www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/documenten/publicaties/2021/11/26/coronavirus-overzicht-onderwijs](https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/documenten/publicaties/2021/11/26/coronavirus-overzicht-onderwijs)

testresultaat.

Dit beleid is op 3 december jl. ingegaan.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

Feiten en Cijfers

<b>Indicator</b>	<b>Week 47</b>	<b>Week 48</b>	<b>Week 49</b>
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen (GGD-testlocaties en klinische testen) <sup>1*</sup>	705.446 totaal per week 100.778 gemiddeld per dag	658.931 totaal per week 94.133 gemiddeld per dag	490.021 totaal per week 70.003 gemiddeld per dag
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen bij GGD testlocaties <sup>1</sup>	673.379 testen per week 96.197 gemiddeld per dag	627.410 testen per week 89.630 gemiddeld per dag	457.954 testen per week 65.422 gemiddeld per dag
Percentage sneltesten van het totaal aantal afgenomen testen bij de GGD <sup>1</sup>	2,3%	2,3%	1,7%
Totaal aantal afgenomen testen voor toegang en percentage positief <sup>2</sup>	458.557 testen per week 1,3% positieven in testen voor toegang	290.258 testen per week 1,7% positieven in testen voor toegang	264.365 testen per week 1,2% positieven in testen voor toegang
Het aantal meldingen positieven en percentage positieve testresultaten <sup>2</sup>	155.152 meldingen bij het RIVM 142.822 positieven uit de GGD-testlocaties 21,4% positieven in GGD-testlocaties	147.982 meldingen bij het RIVM 132.187 positieven uit de GGD-testlocaties 21,3% positieven in GGD-testlocaties	116.477 meldingen bij het RIVM 106.346 positieven uit de GGD-testlocaties 23,4% positieven in GGD-testlocaties
Percentage mensen met nieuwe klachten dat bereid is zich te laten testen <sup>3</sup>	43% (meting 16-22 november)	43% (meting 16-22 november)	43% (meting 16-22 oktober)
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en de testafname <sup>1</sup>	29,7 uur	26,7 uur	20,3 uur

Gemiddelde tijd tussen de testafname en testuitslag <sup>1</sup>	19,4 uur	20,5 uur	18,4 uur	Kenmerk 3295279-1021660-PDC19
Gemiddelde tijd tussen inplannen testafspraak en testuitslag <sup>1</sup>	51,1 uur	47,2 uur	38,7 uur	
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en testuitslag voor prioritair testen (zorgpersoneel en onderwijs via GGD-testlocaties) <sup>1</sup>	33,6 uur	33,1 uur	33,8 uur	

Tabel 2. Feiten en cijfers Testen en Traceren week 47 – 49

1: Bron: CoronIT en Dienst Testen lab-uitvraag (14/11/2021).

2: Bron: Epidemiologische situatie Nederland, RIVM (14/11/2021).

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

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

## 8. Vaccins

### *Involed omikronvariant op de campagne voor boostervaccinatie*

Zoals ik aan het begin van deze brief uiteen heb gezet, geeft het OMT aan dat de omikronvariant naar verwachting in januari dominant zal zijn in Nederland. Zoals hiervoor aangegeven, is nog veel onduidelijk over de precieze eigenschappen van de omikronvariant en de betekenis hiervan voor het verloop van de epidemie. De omikronvariant verspreidt zich sneller dan de huidige deltavariant. De eerste studies duiden op een verminderde effectiviteit van opgebouwde immuniteit door vaccinatie of eerder doorgemaakte infectie als component hierin. Of de variant daarnaast ook een verhoogde besmettelijkheid en ziektelast kent, is nog niet duidelijk. Er is ook nog grote onzekerheid hoe ernstig infecties door de omikronvariant verlopen en wat de kans op ziekenhuisopname is na infectie. Hierover hoopt het OMT na deze week meer informatie te hebben. Er zijn wel aanwijzingen op basis van eerste resultaten in het Verenigd Koninkrijk dat een recente boostervaccinatie de bescherming na vaccinatie weer op goed niveau zou brengen. Vanwege de onzekerheden rondom de omikronvariant en de noodzaak om de verspreiding van de nieuwe variant en risico's op ziekenhuis- en IC-opnames te kunnen beperken, adviseert het OMT de boostercampagne verder te versnellen.

### *Vervolg boosteroffensief*

In mijn brief van 3 december jl.<sup>29</sup> heb ik uw Kamer geïnformeerd over de

<sup>29</sup> 2021Z22587

versnelling in de boostercampagne. Afgelopen weekend heb ik het RIVM en GGD GHOR Nederland naar aanleiding van de advisering van het OMT gevraagd wat moet gebeuren om zo snel mogelijk, zo veel mogelijk mensen van 18 jaar en ouder uit te nodigen voor een boostervaccinatie. Op basis van de uitwerking van het RIVM en de GGD heb ik besloten de boostercampagne verder te versnellen. In de tweede helft van januari willen we de boostercampagne hebben afgerond. Alle 18-plussers die drie maanden of langer geleden hun laatste vaccinatie hebben gehad - of van corona zijn genezen - hebben dan de kans gekregen op hun booster. Dit vergt een enorme inspanning van het RIVM, de GGD'en en vele andere partijen, waarvoor ik hen zeer dankbaar ben.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

In onderstaande toelichting geef ik tevens antwoord op vragen van het lid De Vries (VVD) over het bericht "De Jonge: Nederland op tijd geboosterd voor reisbewijs"<sup>30</sup> en voldoe ik aan de motie van het lid Den Haan c.s. over het inventariseren van mogelijke hulp bij de boostercampagne.<sup>31</sup>

#### Verdere versnelling

Om iedereen die dat wil uiterlijk in de tweede helft van januari een vaccinatie aan te bieden wordt de boostercampagne opgeschaald en vereenvoudigd. Vandaag zijn de laatste geboortejaren (1960 en 1961) van de groep 60 jaar en ouder die in of voorbij de zevende maand na de laatste prik of doorgemaakte COVID-19-besmetting zitten, opgeroepen via (sociale) media om een afspraak te maken voor een boostervaccinatie. De komende dagen kunnen alle mensen van 60 jaar en ouder een afspraak maken het digitale afsprakenportaal van GGD als de primaire vaccinatie minimaal 3 maanden geleden is afgerond en een eventuele doorgemaakte infectie ook minimaal 3 maanden geleden is. Het gaat om een groep van circa 1,2 miljoen mensen. Vervolgens wordt iedereen van oud naar jong tot en met 18 jaar via (sociale) media opgeroepen ook een afspraak te maken.

*De groep mensen die in het voorjaar met voorrang een vaccinatie aangeboden hebben gekregen op basis van een medische indicatie (de zogenaamde 'griepgroep')*

Dit voorjaar hebben ruim 1 miljoen mensen behorende tot de 'griepgroep' met voorrang een COVID-19-vaccinatie aangeboden gekregen. De 60-plussers van deze griepgroep hebben inmiddels al een afspraak kunnen maken. Een groot deel van deze groep krijgt vanaf 23 december a.s. een sms met een oproep zich te melden bij een GGD in de regio voor zover zij nog niet uitgenodigd zijn op basis van hun leeftijd.

*De groep mensen van 60 jaar en jonger, op basis van leeftijd van oud naar jong, mits zij 3 maanden geleden de laatste prik hebben gehad of doorgemaakte COVID-19-besmetting*

Deze mensen ontvangen op basis van geboortjaar via de (sociale) media een uitnodiging een afspraak te maken. Op deze manier komt iedereen zo snel mogelijk aan de beurt. Meer uitleg over de communicatieve ondersteuning van de boostercampagne staat onder paragraaf 16 van deze brief.

#### Interval boostervaccinatie na drie maanden

Tot en met vandaag hanteerden RIVM en GGD in de uitvoering een interval van zes maanden, en werd gestreefd naar een boostervaccinatie in de zevende maand.

<sup>30</sup> 2021Z22995

<sup>31</sup> 25295, nr. 1602

Met de versnelling van de boostercampagne vanwege de omikronvariant wordt gekozen voor een interval van minimaal drie maanden.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

De uitvoeringsrichtlijn van het RIVM met betrekking tot het toedienen van een boostervaccinatie geven een interval aan van minimaal drie maanden na de laatste prik uit de basisserie tot de booster. Daarbij wordt ook aangegeven dat een interval van zes maanden meer effect heeft op de opbouw van de immuniteit dan drie maanden. De verkorting van een interval naar minimaal drie maanden is echter momenteel – vanwege de opkomst van de omikronvariant – in het belang van de volksgezondheid, om zo snel mogelijk de afgenomen bescherming weer te stimuleren. Zo kunnen grote groepen mensen extra immuniteit opbouwen tegen de omikronvariant.

#### Vaccinatie locaties en capaciteit GGD

De GGD'en hebben afgelopen week ruim 380.000 vaccinaties gezet bij de groep 60 jaar en ouder die naar de vaccinatiestraten kunnen komen. Dat was al meer dan volgens het plan van aanpak van het boosteroffensief (350.000) was gepland. Tot en met afgelopen zondag zijn door de GGD'en en zorginstellingen in totaal ruim 1,1 miljoen boostervaccinaties of derde prikken gezet. Het algemene beeld is dat de afspraken slots van de GGD'en goed gevuld zijn. De versnelling vanwege de omikronvariant betekent dat de GGD verder opschaalt. Op dit moment zijn er 85 vaccinatie locaties operationeel met nog 15 locaties te openen in de komende maand. Daarnaast zijn er nog 40 satellietlocaties, die één of enkele dagen per week open zijn. Tevens zijn er 10 XXL-locaties welke meer dan 12 priklijnen hebben. GGD GHOR Nederland streeft hiermee naar een landelijke dekking. De gemiddelde reistijd naar een vaccinatie locatie is ongeveer 12 minuten. Indien mensen sneller een afspraak willen, kan het zijn dat men daar langer voor moet reizen.

De personele capaciteit wordt fors verder opgeschaald. Voor deze enorme opgave overlegt de GGD GHOR met verschillende partijen voor extra bijstand, zoals huisartsen, Defensie, het Rode Kuis, uitzendbureaus, onderwijskoepels en vele anderen. Hiermee voldoe ik aan de motie van het lid Den Haan c.s. over het inventariseren van mogelijke hulp bij de boostercampagne.<sup>32</sup> Specifiek heeft het lid Westerveld in het debat van 1 december jl. een motie<sup>33</sup> ingediend om het gesprek aan te gaan met geneeskundestudenten aangaande hun inzet bij de GGD. GGD GHOR Nederland heeft contact gehad met een vertegenwoordiger van de geneeskundestudenten. Studenten Geneeskunde worden gestimuleerd om zich bij de uitzendbureaus in GGD-regio's te melden zodat ze via de uitzendbureaus ingezet kunnen worden bij de boostercampagne. Ook deze hulp is zeer welkom. Ik beschouw de motie hiermee als afgedaan.

Ook worden mensen ingezet die zijn en worden geworven via het GGD-reservistenplatform. Er zijn zo'n 12.000 aanmeldingen via ggdreservisten.nl binnengekomen. De afgelopen dagen is een inventarisatie gemaakt. Op basis van een pilot in 3 regio's schatten de GGD'en dat er gemiddeld 100 geschikte kandidaten per regio in de reservistenpool zitten. Inzet van deze mensen hangt af van een match tussen beschikbaarheid en behoefte.

Wat uit de inventarisatie onder andere naar voren is gekomen is dat er ook een

<sup>32</sup> 25295, nr. 1602

<sup>33</sup> 25295, nr. 1602

groep mensen is die zich hebben aangemeld met andere motieven dan een daadwerkelijke wens om ingezet te worden. Zo zijn er reacties van mensen die zelf een boostervaccinatie willen in ruil voor werk, of van mensen die de site gebruiken om hun mening over de Coronabestrijding te delen. Daarnaast is er een groep die niet aan de voorwaarden voldoet. Veel mensen willen eenmalig voor enkele uren ingezet worden. Hoewel ook deze hulp wordt gewaardeerd, is het administratief voor de GGD'en lastig te organiseren als mensen eenmalig of voor een hele korte periode kunnen ondersteunen. Om tot goed gestructureerde en gevulde roosters te komen is het van belang dat mensen minimaal 16 uur per week beschikbaar zijn. Deze en andere voorwaarden zijn vooraf gecommuniceerd op de eerdergenoemde website.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

Tevens is de GGD GHOR Nederland in overleg met de IGJ hoe gepensioneerde artsen die niet meer beschikken over een BIG-registratie verantwoord kunnen worden ingeschakeld. GGD GHOR Nederland en de IGJ werken aan een werkbaar protocol waarmee kan worden vastgesteld dat de arts bekwaam is voor de taak.

#### Inzet ziekenhuizen en huisartsen

Al meerdere keren heb ik met de ziekenhuizen gesproken over de hulp die ziekenhuizen en ziekenhuispersoneel kunnen bieden in de COVID-19-vaccinatiecampagne. Ook heb ik al veelvuldig gebruik gemaakt van de aangeboden hulp. Zo wordt op dit moment door ziekenhuizen onder andere personeel beschikbaar gesteld om regionaal te helpen in de vaccinatielocaties van de GGD. Daarnaast hebben ziekenhuizen de verantwoordelijkheid genomen om hun eigen personeel met patiëntcontact, maar ook ambulancepersoneel en huisartsen en hun personeel, te vaccineren in de huidige boostercampagne. Ik ben de ziekenhuizen zeer erkentelijk voor deze hulp.

Om de verdere versnelling van de boostercampagne vanwege de omikronvariant te kunnen realiseren zodat uiterlijk in de tweede helft van januari alle Nederlanders ouder dan 18 jaar een boostervaccinatie hebben kunnen krijgen, schalen de GGD'en verder op. Dat is een gigantische operatie. De boostercampagne de tweede helft van januari afronden kunnen de GGD'en echter niet alleen. Om die reden heb ik de ziekenhuizen en de huisartsen wederom gevraagd bij te dragen aan de campagne. Aan ziekenhuizen is gevraagd verspreid over het land een aantal priklocaties te organiseren en zo mee willen helpen (met zo'n 1 miljoen extra prikken) om deze enorme versnelling te realiseren. De ziekenhuizen bezien of en hoe ze tegemoet kunnen komen aan dit verzoek. In de komende dagen vervolg ik mijn gesprek met de ziekenhuizen. Daarnaast heb ik de LHV gevraagd bij te dragen aan het vaccineren van niet-mobiele thuiswonende mensen of bewoners van kleine instellingen. De LHV heeft toegezegd zijn achterban te vragen daar waar het kan om mee te werken.

Ik realiseer me dat de werkdruk bij het ziekenhuispersoneel en de huisartsen in deze crisis enorm hoog is.

#### Boostercampagne voor niet-mobiel thuiswonende mensen en bij instellingen zonder eigen medische dienst

Met de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), RIVM en GGD GHOR Nederland heb ik concreet gesproken over de inzet van de huisartsen. Aan de start van de boostercampagne heb ik de GGD'en gevraagd om ook de vaccinaties van niet-mobiele thuiswonende mensen en de mensen in instellingen zonder een eigen medische dienst te vaccineren. Door de versnelde opschaling van de boostervaccinatie, is ondersteuning van andere partijen nodig om voor deze mensen de snelheid in de vaccinatiecampagne te kunnen borgen.

Zoals hierboven aangegeven heb ik nu een beroep gedaan op de huisartsen om daar waar mogelijk de niet-mobiele thuiswonende mensen en mensen in instellingen zonder een eigen medische dienst te vaccineren of daarbij te helpen. Huisartsen kennen vaak de betreffende mensen vanuit hun praktijk en kunnen daardoor gerichte afspraken maken met de mensen thuis en in de instellingen. De GGD houdt de regie en zal zorgen dat de vaccins beschikbaar zijn en afspraken maken over de registratieverwerking. De LHV zal zich inzetten om haar achterban, op vrijwillige basis, op te roepen waar mogelijk een bijdrage te leveren aan de boostervaccinaties. De LHV heeft aangegeven dat de prioriteit van de huisartsen allereerst bij de continuïteit van de zorgverlening ligt. De LHV ziet ook het belang van snel vaccineren, gezien de onzekerheid die de omikronvariant met zich mee brengt. Voor deze uitzonderlijke situatie is zij bereid haar leden te vragen een bijdrage te leveren waar dat mogelijk is. Regionaal zien we al dat huisartsen helpen bij de vaccinatiecampaignede. Deze hulp is zeer welkom. Zo kan de uitvoeringspraktijk zoals die in de regio Twente wordt uitgevoerd, als voorbeeld dienen voor de inzet in andere regio's. Hier zetten huisartsen zich in door de niet-mobiele thuiswonende mensen en niet-mobiele mensen in instellingen zonder een medische dienst te vaccineren. De GGD'en zorgen voor de vaccins en de administratieve handelingen zoals de registratie van de vaccinaties. Ik hoop dat veel huisartsen kunnen meewerken aan de boostervaccinatie van met name de niet-mobiele mensen en de bewoners van instellingen zonder een medische dienst. Alleen dan realiseren we in januari dat ook deze kwetsbare groepen een extra vaccinatie hebben ontvangen. Ik waardeer deze inzet van huisartsen zeer.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

#### Gevolgen verdere versnelling voor de gehele vaccinatiecampaignede

De verdere versnelling van de boostercampaignede en de forse opschaling van de capaciteit bij de GGD heeft beperkte impact op andere onderdelen van het werk van de GGD in de vaccinatiecampaignede. De start van de vaccinatiecampaignede voor de kinderen in de leeftijd van vijf tot en met elf jaar met een hoog medisch risico is ongewijzigd: de verwachting blijft dat vaccinaties kunnen starten op 20 december. Ook de start van de vaccinatiecampaignede voor de overige kinderen in de leeftijd van vijf tot elf jaar zal zoals eerder beoogd eind januari kunnen beginnen. Tot slot, omdat er nu prioriteit wordt gegeven aan versnelling van de boostercampaignede, zullen de GGD'en de inspanningen op fijnmazig vaccineren moeten beperken.

#### Samenloop met veranderende Europese inreisregels

Tot slot wil ik nader ingaan op de resterende Kamervragen van het lid De Vries (VVD) over het bericht "De Jonge: Nederland op tijd geboosterd voor reisbewijs".<sup>34</sup> De verdere versnelling van de boostercampaignede is er op gericht om alle 18-plussers in Nederland, die dat willen, een boostervaccinatie aan te bieden in de tweede helft van januari 2022. Deze versnelling zal iedereen boven de 18 jaar, die dat wil, de mogelijkheid bieden om binnen de 9 maanden geldigheidsduur een nieuw Digitaal COVID Certificaat (DCC) te kunnen ontvangen op basis van deze boostervaccinatie.

#### Verzoek aan Gezondheidsraad om reflectie op advisering boostervaccinatie

De afgelopen maanden heeft de Gezondheidsraad inzake de COVID-19-boostercampaignede verschillende adviezen uitgebracht die gebaseerd zijn op de meest actuele nationale en internationale wetenschappelijke inzichten. Deze

<sup>34</sup> 2021Z22995

adviezen zijn leidend geweest voor de gekozen boostervaccinatiestrategie in Nederland. In het Tweede Kamerdebat van 1 december jl. is gesproken over het proces van advisering en de timing van de boostercampagne. Mede naar aanleiding van het debat in de Tweede Kamer heb ik de Gezondheidsraad op 13 december jl. gevraagd te reflecteren op de opeenvolgende adviezen over boostervaccinatie, zowel procesmatig als inhoudelijk. Ik heb de raad daarbij in het bijzonder gevraagd om daarbij de resultaten van de Israëlische praktijkstudies over COVID-19-boostervaccinatie nader te duiden en te reflecteren op de vraag of op basis van deze Israëlische studies destijds tot een andere afweging gekomen had kunnen of moeten worden met betrekking tot de timing van de boostercampagne. Ik verwacht begin 2022 reactie te ontvangen van de Gezondheidsraad.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

#### *Vaccinatiegraad*

Het merendeel van de Nederlanders van 12 jaar en ouder heeft zich inmiddels laten vaccineren tegen COVID-19. Met deze vaccinatie beschermen zij niet alleen zichzelf maar ook hun sociale omgeving en de samenleving. Naast de inmiddels lopende boostercampagne blijf ik mij inzetten om de vaccinatiegraad te verhogen. Op dit moment heeft 88,9% van alle 18-plussers minimaal één prik opgehaald en is 85,8% volledig gevaccineerd. Van alle 12-plussers heeft op dit moment 87,2% een eerste prik ontvangen en is 84,0% volledig gevaccineerd<sup>35</sup> (bron: RIVM).

Op 6 oktober jl. zijn we begonnen met het aanbieden van een derde prik aan de groep Nederlanders met een afweerstoornis. Alle Nederlanders die hiervoor in aanmerking komen hebben inmiddels een uitnodiging ontvangen via de medisch specialist. Intussen zijn er ruim 121.000 derde prikken gezet voor deze groep (bron: RIVM).

Daarnaast zijn we op 18 november jl. gestart met de boostercampagne. Tijdens deze campagne worden boosterpijken gezet bij de GGD'en en door overige uitvoerders zoals ziekenhuizen en zorginstellingen met een eigen medische dienst. Volgens schattingen van het RIVM zijn tot en met zondag 12 december ongeveer 417.000 prikken gezet door deze overige uitvoerders. De GGD heeft tot en met 12 december ruim 630.000 boosterpijken gezet. In totaal zijn er daarmee in Nederland nu ongeveer 1.170.000 boosterpijken en derde prikken gezet.

#### *Vaccinatie beschermt nog steeds goed tegen ziekenhuisopname*

Het RIVM heeft vandaag een nieuwe rapportage gepubliceerd over de COVID-19-vaccineffectiviteit tegen ziekenhuis- en IC-opnames in de Nederlandse ziekenhuizen<sup>36</sup>. In eerdere rapportages was een hoge vaccin-effectiviteit tegen ziekenhuis- en IC-opnames zichtbaar. Dit rapport met de nieuwe cijfers tot en met 7 december jl. laat nog steeds een hoge vaccineffectiviteit zien. De data in de publicatie is retrospectief en heeft daarom met name betrekking op de deltavariant.

De vaccineffectiviteit was 92% tegen ziekenhuisopname en 96% tegen IC-opname over de periode 11 juli tot en met 7 december jl. Over de laatste acht weken (13 oktober – 7 december jl.) was de vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopname respectievelijk 89% en 95%. De vaccineffectiviteit is lager bij mensen van 70 jaar of ouder. In de hele periode (11 juli t/m 7 december jl.) was de vaccineffectiviteit

<sup>35</sup> Cijfers COVID-19 vaccinatieprogramma | RIVM

<sup>36</sup> [Vaccinatiebescherming nog steeds hoog tegen ernstige COVID-19 | RIVM](#)

tegen ziekenhuisopname 85% en tegen IC-opname 94% bij mensen van 70 jaar of ouder. In de afgelopen acht weken was dit respectievelijk 82% en 93%. De vaccineffectiviteit over de laatste maanden lijkt daarmee iets lager dan aan het begin van de vaccinatiecampagne. Het RIVM heeft aangegeven dat dit een resultaat kan zijn van zowel afname van vaccin-geïnduceerde immuniteit over de tijd als de recent hoge infectiedruk.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

De kans om als volledig gevaccineerd persoon in het ziekenhuis met COVID-19 opgenomen te worden was in de afgelopen acht weken 9 keer lager dan voor een niet-gevaccineerde. Voor opname op de IC was deze kans 20 keer zo klein. De kans om als een gevaccineerd persoon met COVID-19 in het ziekenhuis opgenomen te worden is dus nog steeds aanzienlijk kleiner dan voor een niet-gevaccineerde.

#### *Verhogen vaccinatiegraad*

In het 131<sup>e</sup> OMT advies van 25 november jl. geeft het OMT aan dat op langere termijn een hoge immuniteit onder de bevolking de beste garantie en bescherming biedt tegen het optreden van steeds weer nieuwe infectiegolven zodra maatregelen worden teruggedraaid, er introductie van het virus van buiten op grote schaal plaatsvindt of varianten optreden, of het seizoenseffect het virus de wind in de rug geeft. Het OMT adviseert daarom om een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad na te streven van minstens 95%. Dit advies is in het 133<sup>e</sup> OMT-advies van 13 december jl. herhaald.

De GGD'en zetten zich in samenwerking met lokale organisaties en sleutelfiguren in voor het verbeteren van de informatievoorziening en verhogen van de vaccinatiegraad. Dit gebeurt met name in stadswijken en gebieden waar de vaccinatiegraad achterblijft en waarbij de nadruk nog meer zal komen te liggen op informeren en attenderen. In lijn met de motie van het lid Bikker c.s.,<sup>37</sup> om te komen tot permanente test-, informatie- en priklocaties, in gebieden met een lage vaccinatiegraad, zorgen de GGD'en in stadswijken en gebieden met een lage vaccinatiegraad en/of snel stijgende besmettingen en ziekenhuisopnames, voor toegankelijke informatie en voorlichting over vaccins en laagdrempelige informatie- en vaccinatielocaties. Dit doen zij samen met maatschappelijke partners en de gemeenten. Mensen met twijfels over vaccineren kunnen ook terecht op [overvaccineren.nl](http://overvaccineren.nl) en hun vragen persoonlijk stellen aan een arts via het landelijke telefoonnummer van de twijfeltelefoon (088-7 555 777 of [twijfeltelefoon.nl](http://twijfeltelefoon.nl)).

#### Verhogen vaccinatiegraad zwangere vrouwen en vrouwen die zwanger willen worden

Naast publiekscommunicatie via het ministerie van VWS en de centrale overleggen die plaatsvinden tussen VWS, RIVM en de koepels van de verloskundigen en gynaecologen zet ook de GGD op regionaal niveau in op het verhogen van de vaccinatiegraad onder zwangere vrouwen en vrouwen die zwanger willen worden. In ons vorige debat dd. 1 december jl. is aandacht gevraagd voor deze groep. GGD'en houden bijvoorbeeld webinars voor onder meer verloskundigen waarin het gesprek centraal staat. Ook zet de GGD specifiek voorlichtingsmateriaal in zoals flyers en posters gericht op deze doelgroep. Al deze materialen worden centraal vastgelegd zodat kennisdeling tussen de GGD regio's geborgd wordt. Voor de verdere uitwerking van de motie van de leden Paternotte en Pouw-Verweij

<sup>37</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1484.

(Kamerstuk 25 295, nr. 1565) over het bieden van (extra) informatie en voorlichting over coronavaccinatie voor zwangere vrouwen en vrouwen met een kinderwens verwijs ik naar paragraaf 12 in deze brief, Zorgen dat de zorg het aankan.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

#### Fijnmazig vaccineren

In mei 2021 zijn de GGD'en gestart met extra inspanningen zoals fijnmazig vaccineren om gericht de vaccinatiegraad te verhogen. Alle GGD-regio's met aandachtsgebieden en moeilijk bereikbare doelgroepen, waaronder de drie grote steden, gaan ook in 2022 door met de initiatieven rondom fijnmazig vaccineren. Daarbij zullen voor deze moeilijk bereikbare groepen informatie en een vaccinatie worden aangeboden. Het persoonlijke contact en met mensen in gesprek gaan en/of blijven staan hierbij voorop. Samenwerking met lokale organisaties, zoals in Amsterdam waar de buurtmoeders de handen ineenslaan, is daarbij van belang. Ook wordt er nog steeds samengewerkt met huisartsen, die bijvoorbeeld met de GGD de straat opgaan. Daarnaast zetten GGD'en en het RIVM bestaande kennis en kanalen in voor het verhogen van de boostergraad.

De enorme opschaling ten aanzien van de versnelling van de boostercampagnes die ik aan GGD'en heb gevraagd, heeft als gevolg dat voor het fijnmazig vaccineren (nog) meer een beroep gedaan wordt op de hulp van en via genoemde externe partijen. Mensen behouden de mogelijkheid om een 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> prik te halen. De regio's zullen de basisinfrastructuur voor de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> prikken in stand houden, waarbij er een beroep gedaan zal worden op externe partners (o.a. aangemeld via het GGD-reservistenplatform). Daarnaast blijft de GGD sociale partners en zorgpartners aanhaken om te helpen bij fijnmazig informeren en het bereiken van de moeilijk bereikbare doelgroepen. Als voorbeeld: er is een handreiking voor werkgevers tot stand gekomen. VNO-NCW en MKB Nederland sturen samen met de GGD een brief naar werkgevers.

Ter ondersteuning van de wijkgerichte aanpak wordt nauw samengewerkt met diverse sectoren zoals werkgevers en religieuze en sociale instellingen. Via deze sectorale aanpak worden ideeën en initiatieven van partners actief opgehaald en begeleid, en worden sectoren gestimuleerd om zelf initiatieven op te pakken. Zo krijgt een initiatief van een grote landelijke werkgever die wil bijdragen aan het informeren en attenderen via de centrale organisatie van de GGD een plek, en worden best practices en expertises gedeeld. Daarnaast heeft het RIVM een toolkit ontwikkeld voor zorgprofessionals, die hen kan ondersteunen bij counseling bij Covid-19-vaccinatie. In samenwerking met verschillende koepelorganisaties wordt deze verder verspreid. Samen met deze partners zorgen we voor een hogere informatiegraad, en daarmee voor een hogere vaccinatiegraad, zie ook paragraaf 16, Communicatie, wijkgerichte aanpak.

#### Verhogen vaccinatiegraad 50-plussers

De vaccinatiegraad van de leeftijdscohorten boven de 50 jaar is inmiddels boven de 85% en neemt gestaag steeds verder toe. Aangezien deze leeftijdsgroep een grotere kans heeft om opgenomen te worden in het ziekenhuis en IC, vraagt het continue aandacht. Deze groep wordt reeds meegenomen in de reguliere wijk- en doelgroepen aanpak in landelijke communicatie campagnes. Interventies die doeltreffend zijn voor deze groep betreffen pop-up locaties in ziekenhuizen, informatie (en vaccinatie) door huisartsen en artsen op straat. RIVM en GGD onderzoeken welke extra acties effectief zouden zijn en hier ingezet kunnen worden begin 2022, zoals het proactief uitnodigen van ongevacineerden.

### Gesprekken door huisartsen

Huisartsen kunnen gezien hun vertrouwenspositie voor veel patiënten een belangrijke rol spelen in de onafhankelijke informatievoorziening over de effecten en risico's van vaccinatie. Ik heb in overleg met de LHV (Landelijke Vereniging Huisartsen) besproken in hoeverre de huisartsen ondersteund kunnen worden bij het informeren van hun patiënten, vooral in wijken waar een lage vaccinatiegraad is. Omdat dit tijdsintensief en de druk op de huisartsenzorg oploopt, is het niet voor iedere huisarts mogelijk om extra inspanningen te leveren. Om dit gesprek gericht aan te gaan met de patiënt is nuttig als de huisarts de vaccinatiestatus van de patiënt kent. Het is niet toegestaan om de vaccinatiegegevens uit het RIVM-registratiesysteem CIMS te verstrekken aan de huisartsen. Voor de mensen die zijn gevaccineerd bij de GGD en toestemming hebben gegeven om de vaccinatiegegevens te delen en in het bezit zijn van een BSN is het toegestaan en mogelijk om deze te koppelen aan het huisartseninformatiesysteem (HIS). Dit maakt het mogelijk dat huisartsen gericht de mensen die nog niet gevaccineerd zijn kunnen informeren. De koppeling functioneert op dit moment nog niet voldoende goed. Momenteel wordt door GGD GHOR samen met de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ) in samenwerking met de huisartsen gewerkt aan de benodigde verbeteringen van de huidige oplossing. Deze verbeteringen zullen begin 2022 gereed zijn, aangezien GGD GHOR deze verbetercapaciteit op korte termijn ook nodig heeft voor de booster campagne. Huisartsen geven overigens aan dat zij ook zonder het doorvoeren van deze verbeteringen het gesprek met hun patiënt over vaccinatie aan kunnen gaan. Hiermee voldoe ik aan de motie van de leden Paternotte c.s. over het maximaal ondersteunen van huisartsen in wijken met een lage vaccinatiegraad om informatie te geven over vaccinaties en bekijken of er een koppeling gemaakt kan worden tussen GGD en HIS voor overzicht van gevaccineerden of niet-gevaccineerden<sup>38</sup>.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

### Inzet apothekers

Apothekers spelen een rol in het laagdrempelig aanbieden van informatie en het beantwoorden van vragen. Via de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) en de regionale GGD'en worden hierbij nog steeds apotheken, met name in achterblijvende wijken, betrokken. In verschillende regio's worden nauwe samenwerkingsverbanden opgezet, zoals de pilot in Friesland waar ik uw Kamer eerder over informeerde. Hier werkten huisartsen, GGD en apotheek samen om te vaccineren in een apotheek. In deze pilot vaccineerde de apotheker onder toezien van de huisarts en registreerde de GGD ter plaatse. De pilot is afgerond. De pilot heeft niet geleid tot extra vaccinatiecapaciteit door de inzet van de apotheker. De pilot heeft tot wel bruikbare inzichten opgeleverd voor andere regio's en samenwerking, bijvoorbeeld door de oplevering van een standaard samenwerkingsovereenkomsten. Samen met de KNMP onderzoekt GGD GHOR nog welke andere vormen van samenwerking effectief kunnen zijn tussen GGD en apothekers.

### *Vaccinatie van kinderen in de Caribische delen van het Koninkrijk*

Op basis van het Gezondheidsraadadvies van 3 en 10 december jl., heb ik uw Kamer op 8 en 10 december jl. reeds gemeld dat ik kinderen in de leeftijd van 5 tot en met 11 jaar de gelegenheid wil geven om zich te laten vaccineren tegen het coronavirus. Kinderen van 5 tot en met 11 jaar uit medische risicogroepen wil ik met voorrang in aanmerking laten komen voor een COVID-19-vaccinatie. Voor

<sup>38</sup> 25295, nr. 1471

Caribisch Nederland (Bonaire, Sint Eustatius, Saba) en de landen binnen het Koninkrijk (Curaçao, Aruba, Sint Maarten) geldt dat momenteel, samen met de uitvoerende partijen, wordt bezien hoe uitvoering kan worden gegeven aan het vaccineren van kinderen van 5 tot en met 11 jaar. Het streven is om het BioNTech/Pfizer-vaccin in kinderdosering ook zo spoedig mogelijk beschikbaar te stellen in de Caribische delen van het Koninkrijk.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

#### *Vaccinaankoop en donaties*

##### Vaccinaankoop

Voor de lopende boostercampagne wordt gebruik gemaakt van vaccins die reeds voor 2021 zijn ingekocht. Deze worden aangevuld met de eerste leveringen uit het nieuwe contract met BioNTech/Pfizer voor 2022 en 2023. Nederland heeft op basis van het nog niet volledig uitgeleverde contract met Moderna en op basis van het nieuwe contract met BioNTech/Pfizer, in 2022 en 2023, de beschikking over circa 32,9 miljoen BioNTech/Pfizer-vaccins en 9 miljoen Moderna-vaccins. Hiermee beschikt Nederland in 2022 en 2023 over een ruime hoeveelheid mRNA-vaccins.

Hiernaast zijn ook vaccins besteld bij Novavax (eiwit: 840.000 vaccins) en Valneva (geïnactiveerd virus; 10.000 vaccins, met een optie op meer in 2023). Deze vaccins zijn echter nog niet door het EMA tot de markt toegelaten. Deze toelating wordt in de eerste helft van 2022 verwacht. Ik zal de Gezondheidsraad vragen te adviseren over hoe deze vaccins het best kunnen worden ingezet. Deze vaccins kunnen (naast de veiligheidsvoorraad van het Janssen-vaccin die wordt aangehouden) een alternatief bieden voor groepen voor wie mRNA-vaccins minder geschikt zijn, of voor personen die om andere redenen geen mRNA-vaccin willen. De Gedragsunit van het RIVM is gevraagd om de omvang van deze laatste groep te duiden. Mocht blijken dat een grotere groep Nederlanders dan verwacht alleen gebruik wil maken van een eiwit- of geïnactiveerd virus-vaccin, dan zal ik bezien hoe Nederland meer vaccins van deze typen kan verwerven. Op dit moment verwacht ik op basis van een eerdere inschatting van het RIVM dat Nederland voldoende vaccins heeft besteld om de groep die geen mRNA- en geen vector-vaccin wenst te ontvangen te kunnen voorzien van alternatieve vaccins. Ik wil overigens benadrukken dat het nog onzeker is of dit vaccin wordt toegelaten, en dit duurt nog zeker een aantal maanden. Daarom nemen mensen die hier op wachten een risico. Ik wil daarom deze mensen in overweging geven toch te kiezen voor een toegelaten vaccin.

Nederland beschikt dus ook in 2022 en 2023 over vaccins om - indien dit noodzakelijk mocht blijken - nieuwe boosterrondes te kunnen accommoderen. Tegelijk toont de komst van de omikronvariant aan dat de vaccins doorontwikkeling behoeven. In de overleggen tussen de Europese lidstaten en de Europese Commissie is de discussie opgestart of we in de komende periode niet nog meer vaccins zouden moeten inkopen, vooral als het vaccins zijn die aangepast worden aan de omikronvariant. Pfizer heeft aangegeven ernaar te streven een dergelijk product in de loop van maart/april beschikbaar te hebben. Gezien het feit dat de omikronvariant mogelijk in de winter in Europa de dominante variant zal zijn, is Nederland voornemens deel te nemen in een eventuele Europese aankoop van extra Pfizer-vaccins, omdat er gewerkt wordt aan een vaccin aangepast aan de omikronvariant. De EU heeft de afspraak met BioNTech/Pfizer en Moderna, dat zij een zogenaamde "redelijke inspanning" moeten leveren om hun vaccins aan te passen aan een nieuwe variant van het

virus, wanneer blijkt dat het reguliere vaccin hiertegen onvoldoende bescherming biedt. We hebben vervolgens het recht om in dat geval dat aangepaste vaccin af te nemen in plaats van het reguliere vaccin.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

Ten aanzien van de financiering heb ik uw Kamer op 13 december jl. al door middel van een addendum<sup>39</sup> bij het overzicht van mutaties die nog zijn opgetreden na de Najaarsnota op de hoogte gesteld dat ik hiervoor de verplichtingenruimte in de begroting 2021 met € 120 miljoen ophoog. De benodigde kasruimte zal ik bij de een volgende suppletoire begroting over 2022 aan uw Kamer melden. Ik zal uw Kamer nader informeren over volgende stappen hieromtrent.

In het Nederlandse voorraadbeheer is rekening gehouden met meerdere scenario's voor nationaal gebruik, waaronder een boostercampagne. In samenwerking met de uitvoerende partijen is de afgelopen weken een versnelling van de boostercampagne mogelijk gemaakt. De campagne draait nu op volle toeren en wordt nog verder versneld. De huidige vaccinvoorraad is geen beperkende factor in de snelheid waarmee de prikken gezet kunnen worden.

Wel is er een relatie tussen een groter gebruik van vaccins in Nederland en de beschikbaarheid van vaccins voor donatie. Hierop wordt nader ingegaan in de hierboven genoemde brief.

#### Donaties

Het Nederlands vaccinatiebeleid kenmerkt zich door een aanpak waarbij we zorgen voor een effectieve bescherming van de Nederlandse bevolking, gecombineerd met een ruimhartig donatiebeleid ten behoeve van lage- en middeninkomenslanden, die zelf minder goede toegang hebben tot Covid-vaccins. Dat is niet alleen belangrijk vanuit het oogpunt van internationale solidariteit, maar evenzeer vanuit het perspectief van het bestrijden van het virus en het tegengaan van het ontstaan van nieuwe varianten.

Wereldwijde toegang tot vaccins is cruciaal voor het bestrijden van de pandemie en is daarmee ook in het belang van Nederland. Daarom is het de doelstelling van Nederland om dit jaar minstens zoveel vaccins te doneren als dat we zelf gebruiken ("Get one – Give one"). Daaraan werd eerder het concrete doel van 27 miljoen vaccins gekoppeld. Met de committering van 22,55 miljoen vaccins aan Covax en bilaterale donaties van 4,23 miljoen is dat doel, afgerond, behaald. In het recente debat met demissionair minister De Bruijn voor Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking was er discussie over de vraag waarom niet al deze vaccins per direct in de landen die deze vaccins zo hard nodig hebben, kunnen worden ingezet. Daarbij is afgesproken dat uw Kamer hierover een separate brief zal ontvangen. Deze brief ontvangt u gelijktijdig met deze brief.

#### Wereldwijde productiecapaciteit vaccins

Ten slotte ga ik graag nog in op de discussie over het vergroten van de productiecapaciteit voor vaccins in de wereld. Deze capaciteit is nog altijd groeiende, wat belangrijk is voor de wereldwijde toegang tot vaccins. Een deel van uw Kamer vraagt in dit kader ook met regelmaat naar de Nederlandse en Europese positionering in de discussies binnen de WTO, aangaande het vrijgeven van de octrooien op Covid-vaccins. Zoals eerder deze week ook door mijn collega voor Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking met uw Kamer heeft besproken, is het kabinet geen voorstander van het volledig vrijgeven van

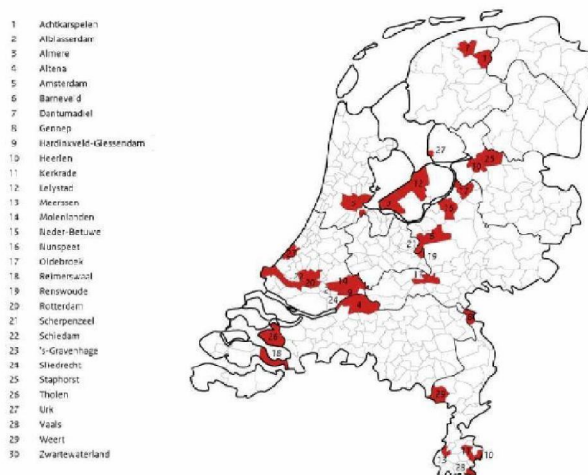
<sup>39</sup> [Detail 2021D49531 | Tweede Kamer der Staten-Generaal](#)

intellectueel eigendom, omdat we denken dat dit niet een op een zal leiden tot een grotere beschikbaarheid van vaccins. Wel ben ik van mening dat er een grote verantwoordelijkheid rust op alle betrokken overheden, internationale organisaties en de vaccin-ontwikkelaars om zich maximaal te richten op het ter beschikking stellen van zoveel mogelijk vaccins in alle landen van de wereld en aan het maximaal vergroten van de wereldwijde productiecapaciteit voor vaccins en geneesmiddelen. Als eerder met uw Kamer besproken zal Nederland ook de gastheer zijn van het eerste WHO Local Production Forum, in de loop van 2023, of zoveel eerder als de pandemie toestaat. Dit initiatief is gericht op het maken van afspraken tussen alle relevante betrokken partijen, om te werken aan het vergroten van de productiecapaciteit en toegang tot vaccins, in delen van de wereld waar dit nu nog achterblijft.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

### 9. Wijkgerichte aanpak

Tijdens het laatste debat met uw Kamer op 1 december jl. heb ik toegezegd u te informeren over de stand van zaken van de wijkgerichte aanpak. In mijn brief van 12 november jl.<sup>40</sup> heb ik gemeld dat in overleg met het RIVM en de GGD GHOR 30 gemeenten zijn geïdentificeerd, waar we verwachten dat een gerichte aanpak voor vaccineren en testen een verschil kan maken in het beschermen van mensen. De gemeenten zijn door mij per brief geïnformeerd en de contacten met een aantal gemeenten lopen inmiddels.



Figuur 2: Gemeenten waar verwacht wordt dat een wijkgerichte aanpak verschil kan maken.

#### Acties

We willen met gerichte acties mensen in deze 30 gemeenten beter bereiken en ze zodoende beter beschermen tegen COVID-19. Gemeenten en GGD'en verrichten samen op lokaal niveau hierin al belangrijk werk gedurende deze pandemie. Het kabinet wil met de wijkgerichte aanpak in deze 30 gemeenten eventuele belemmeringen wegnemen waar deze gemeenten en betreffende GGD'en tegen

<sup>40</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1519.

aan lopen. Hierbij zal vanzelfsprekend nauw worden samengewerkt met GGD (GHOR) en betreffende gemeenten. Het delen van *best practices* speelt hierbij een belangrijke rol. Daarvoor is het nodig een scherp beeld te realiseren van de belemmeringen waar gemeenten en GGD'en op dit moment tegen aan lopen bij hun inzet in deze gemeenten. Er gaat aandacht uit naar specifieke domeinen zoals het primair- en voortgezet onderwijs en het middelbaar beroepsonderwijs en specifieke doelgroepen zoals mensen met een migratieachtergrond. Behalve aandacht voor communicatie gericht op deze specifieke doelgroepen, blijft het van belang om het gesprek ook individueel met mensen aan te gaan. Ik zie met Sociaal Werk Nederland welke rol sociaal werkers kunnen vervullen, aangezien zij achter de voordeur komen en daarmee juist die mensen kunnen bereiken die op andere manieren lastig bereikt kunnen worden. Onderstaand licht ik een aantal generieke instrumenten toe gericht op deze 30 gemeenten. In veel gevallen zal het in aanvulling hierop ook gaan om maatwerk in de vorm van specifieke acties in antwoord op knelpunten die gemeenten en lokale GGD'en onder onze aandacht brengen. Een aanpak die in de ene gemeente werkt, werkt immers niet per definitie ook in een andere gemeente. Ten behoeve van brede kennisdeling, zal ook worden ingezet op het delen van *best practices* tussen de betreffende gemeenten en GGD'en. Goede voorbeelden van interventies in deze groep gemeenten, kunnen namelijk ook helpend zijn voor andere gemeenten.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

#### Fijnmazig vaccineren

In alle 30 gemeenten is de vaccinatiegraad sinds 12 november gemiddeld met bijna 2% toegenomen. Dit is 0,38% boven het landelijke gemiddelde. De GGD'en zetten met het fijnmazig vaccineren al sinds het voorjaar in op wijken en gemeenten met achterblijvende vaccinatiegraad. Hier blijft de opkomst dan ook toenemen.

De GGD regio's zullen met hulp van en via externe partners, ook in 2022 zo veel mogelijk laagdrempelige informatie en vaccinatielocaties blijven aanbieden. Hierbij worden bestaande en nieuwe netwerken/partners ingezet voor het voeren van gesprekken binnen de gemeenschap en voor informatievoorziening via vertrouwde sleutelfiguren, buurtteams of bijvoorbeeld de huisarts. Bijvoorbeeld ontmoetingsplekken binnen de gemeenschap, zoals bij een kerk of moskee. De fysieke drempel voor een 1e prik houden we zo laag mogelijk.

De website [www.prikkenzonderafpraak.nl](http://www.prikkenzonderafpraak.nl), waar mensen kunnen kijken waar ze in hun omgeving terecht kunnen om direct, zonder afspraak, een vaccinatie of informatie te halen, is inmiddels beschikbaar in 11 talen en wordt met behulp van gerichte campagnes onder de aandacht gebracht bij achterblijvende groepen.

#### Laagdrempelig testen

Momenteel kunnen mensen zich op 23 locaties zowel laten testen als vaccineren. Om laagdrempelig te testen en te vaccineren, zetten GGD'en regelmatig mobiele test- en vaccinatiebussen in of richten kleinere test- en vaccinatielocaties op in de wijk. Denk hierbij aan een samenwerking met een buurthuis of gemeenschapshuis. Om de testbereidheid te vergroten, wordt gezien of de lessen die zijn geleerd bij het grootschalig risicogericht testen, in deze 30 gemeenten kunnen worden toegepast. Het gaat er dan vooral om het bevorderen van de inzet van het instrument "grootschalig testen" bij deze gemeenten.

### Zelftesten en mondkapjes

Ik bekijk of en hoe het mogelijk is gratis mondkapjes en zelftesten beschikbaar te stellen in de deze 30 gemeenten. Uit de eerste contacten met gemeenten blijkt dat hieraan behoefte is. Ten aanzien van de mondkapjes geldt dat deze via het bureau Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) zullen worden geleverd. Zodra duidelijk is waar mondkapjes gewenst zijn, wordt met de ontvangende partij overlegd hoe het transport zal plaatsvinden en waar deze afgeleverd kunnen worden. Dit is in lijn met de brief die uw Kamer 10 december jl. heeft ontvangen over de goederen-exit-strategie noodvoorraad beschermingsmiddelen.

Er zullen zelftesten beschikbaar worden gesteld aan deze 30 gemeenten. Dit vereist nauwe afstemming met het traject waar zelftesten onder sociale minima in alle gemeenten in Nederland worden verspreid om overlap te voorkomen. Er wordt bezien hoe de zelftesten aangevraagd kunnen worden door de 30 gemeenten.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

### Scholen

Het kabinet heeft 26 november reeds besloten tot het gratis beschikbaar stellen van zelftesten. De groepen 6, 7 en 8 van alle po-scholen zijn inmiddels voorzien van testen en ook de vo-scholen kunnen testen bestellen.

Het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap heeft op 6 december jl. twee sessies georganiseerd met bestuurders en de schoolleidingen van middelbare scholen in de 30 gemeenten. Daarbij was ook minister Slob aanwezig. Er is onder andere gesproken over de vaccinatiegraad en testbereidheid in deze gemeenten. Scholen herkennen de problematiek. Daarbij blijft een prettige leeromgeving en veilige sfeer op school essentieel. Hierdoor waken scholen ervoor om de polarisatie de school in te trekken. Sommige scholen geven aan al te maken te hebben met heftige discussies met leerlingen en ouders/verzorgers. De ervaring leert dat het makkelijker en natuurlijker is om met leerlingen het gesprek te voeren over het nut van zelftesten dan over vaccineren. De testbereidheid onder leerlingen neemt toe: leerlingen nemen meer zelftesten mee naar huis. Ook met scholen in het primair onderwijs en mbo in deze gemeenten wordt vanuit het ministerie van OCW contact genomen. In het Po worden daarbij de ervaringen bij de sessie met de Vo-schoolleiders meegenomen. Ten aanzien van het mbo wordt op individueel niveau met de betrokken ROC's gesproken, aangezien het mbo niet in alle 30 gemeenten is vertegenwoordigd.

### Communicatie en voorlichting

De informatie over communicatie en voorlichting in het kader van de wijkgerichte aanpak, is opgenomen in paragraaf 18 waar uw Kamer integraal over alle communicatie activiteiten in het kader van COVID-19 wordt geïnformeerd.

## **10. Innovatieve behandelingen**

Momenteel is er in uw Kamer veel aandacht voor de inkoop en inzet van COVID-19-geneesmiddelen, in het bijzonder voor antivirale middelen. Ik begrijp en deel deze interesse – het is hoopvol dat er ontwikkelingen zijn op dit gebied die kunnen helpen bij de bestrijding van deze pandemie. Tegelijkertijd is de realiteit dat een persbericht van een fabrikant, of een nieuwsitem in de media, nog geen geregistreerd geneesmiddel is. In deze brief sta ik daarom stil bij de verschillende behandelingen die momenteel aandacht krijgen en de fases van de ziekte waarin deze mogelijk kunnen worden ingezet.

*Preventie van COVID-19*

De meest effectieve manier om ziekenhuis- en IC-opname te voorkomen is het vaccin. Dit werkt preventief en voorkomt in de meeste gevallen een ernstig verloop van COVID-19. Het vaccin biedt alleen niet voor iedereen uitkomst. Voor mensen die geen antistoffen aanmaken, kan een preventieve antilichaambehandeling daarom uitkomst bieden. Een eerste behandeling hiervoor is goedgekeurd (Ronapreve van fabrikant Roche), maar dit middel heeft maar een kortdurend effect en is daardoor van beperkte waarde als preventieve behandeling. Ronapreve is ook goedgekeurd als behandeling van ernstig zieke COVID-19-patiënten, waarvoor het ook wordt ingezet. Preventieve antilichaambehandelingen met een langdurig effect zijn op dit moment in ontwikkeling. Deze ontwikkeling volg ik met aandacht en ik heb hierover regelmatig contact met de beroepsgroep en fabrikanten.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

*Vroege fase na besmetting – buiten ziekenhuis*

De antivirale behandelingen, in de volksmond bekend als 'coronapillen', die binnenkort beschikbaar zullen komen, zijn bedoeld voor inzet direct na besmetting. Binnen enkele dagen nadat symptomen zich voordoen, kan iemand die positief is getest een kuur van vijf dagen starten, waarna een deel van deze patiënten geen ernstig ziekteverloop zou ontwikkelen. De bekendste voorbeelden van deze antivirale behandelingen zijn Lagevrio (molnupiravir) van fabrikant MSD en Paxlovid van fabrikant Pfizer. Op 2 november jl.<sup>41</sup> heb ik uw Kamer geïnformeerd dat ik via een gezamenlijke inkoopprocedure van de Europese Commissie een reservering heb geplaatst voor de 'coronapillen' Paxlovid en Lagevrio.

Op relatief korte termijn wordt verwacht dat het Europees Medicijn Agentschap (EMA) een handelsvergunning afgeeft voor Lagevrio. Naast de reservering die ik heb geplaatst via de Europese inkoopprocedure, ben ik in gesprek met de fabrikant over een bilaterale overeenkomst zodat Nederland verzekerd is van snelle levering van het product nadat de handelsvergunning is afgegeven. In het coronadebat van 1 december jl. verzocht Kamerlid Van den Berg (CDA) mij om informatie te verstrekken over de hoeveelheden van welke geneesmiddelen zijn ingekocht en om informatie te verstrekken over de werkzaamheid van deze middelen. De berichten over werkzaamheid die in de media worden genoemd, zijn tussentijdse resultaten die door de fabrikanten zelf zijn gepubliceerd. Deze zijn dus nog niet beoordeeld door onafhankelijke wetenschappers. Ik blijf de fabrikanten dan ook aanmoedigen om hun data openbaar te maken, zodat iedereen deze kan bestuderen. Dit is met name van belang voor het opstellen van een behandelrichtlijn in Nederland. Ik wacht het oordeel van het EMA over werkzaamheid, veiligheid en kwaliteit af. Daarnaast ben ik in gesprek met ZonMw om te kijken of de inzet van deze 'coronapillen' gepaard kan gaan met een studie om goed inzicht te krijgen op welke patiënten het meeste baat hebben bij deze behandeling, wanneer deze kan worden ingezet in Nederland. Ik kan helaas geen uitspraken doen over de hoeveelheden, aangezien dit vertrouwelijke informatie betreft.

<sup>41</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1468.

Ten aanzien van de inzet van deze middelen, wil ik nogmaals benadrukken dat het essentieel is dat er eerst een volledige beoordeling wordt gedaan door het EMA. Geneesmiddelen die worden voorgeschreven aan mensen die nog nauwelijks klachten hebben en waarvan het niet zeker is dat zij echt ziek worden, moeten kwalitatief goed, veilig en werkzaam zijn. Hier mag geen twijfel over bestaan. Een 5.3-opinie, die het EMA afgeeft in de vroege fase van beoordeling, is hierin niet afdoende. Deze opinie bevat nog niet voldoende informatie om een volledige beoordeling van de baten-risico balans te doen en leidt niet altijd tot een handelsvergunning. Het kan ook zo zijn dat de voorgestelde indicatie, contra-indicaties, dosering en informatie over bijwerkingen die uiteindelijk wordt goedgekeurd in de handelsvergunning, verschilt van de informatie uit de eerdere 5.3-opinie, juist omdat er meer studieresultaten beschikbaar zijn op het moment van afgifte van de handelsvergunning. Over dit besluit heb ik regelmatig contact gehad met de beroepsgroepen, die deze opvatting delen.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

#### *Ziekenhuisbehandelingen*

Behandelingen die momenteel worden ingezet in het ziekenhuis, maar buiten de IC, zijn antilichaambehandelingen. Momenteel zijn er twee geneesmiddelen in deze categorie die een handelsvergunning hebben gekregen – Regkirona van fabrikant Celltrion en Ronapreve van fabrikant Roche. Ronapreve wordt sinds juni van dit jaar ingezet in Nederlandse ziekenhuizen. Het betreft een via een Europees aankooptraject ingekochte voorraad. In de Maatregelenbrief van 26 november jl.<sup>42</sup> heb ik uw Kamer geïnformeerd over de toegenomen vraag naar antilichaambehandelingen door de toename van COVID-19-patiënten in ziekenhuizen. Om voldoende voorraad antilichaambehandeling beschikbaar te houden voor ernstig zieke patiënten, heb ik een voorraad Regkirona ingekocht. Deze bestelling heeft het RIVM op 9 december jl. ontvangen en de uitgifte van dit middel zal deze week starten. Ik ben continu in gesprek met de fabrikanten van de geregistreerde antilichaambehandelingen, maar ook met fabrikanten die een antilichaambehandeling in ontwikkeling hebben. Tegelijkertijd wijs ik fabrikanten op hun verantwoordelijkheid om ook een vergoeding van deze behandelingen vanuit de zorgverzekering te regelen. Dat maakt het mogelijk dat deze behandelingen betaald kunnen worden uit dit collectieve budget. Dit is een eerste stap naar een reguliere situatie waarin fabrikanten zelf de verkoop en distributie van deze geneesmiddelen op zich nemen. Het is evident dat ik mij sterk maak om innovatieve COVID-19-behandelingen in Nederland beschikbaar te maken, maar de uitzonderlijke situatie dat de overheid geneesmiddelen centraal en voor eigen rekening en risico inkoopt, kan niet eeuwig voortduren.

#### *Intensive care*

Als laatste zijn er middelen die op de intensive care worden ingezet. Specifiek voor COVID-19 zijn de IL-6 remmers hier van groot belang.<sup>43</sup> Er zijn op dit moment twee soorten IL-6 remmers die worden ingezet voor COVID-19, namelijk RoActemra (tocilizumab) van fabrikant Roche en Kevzara (sarilumab) van fabrikant Sanofi. In twee eerdere brieven, verzonden op 13 september<sup>44</sup> en 9 november jl.<sup>45</sup> heb ik uw Kamer geïnformeerd over een dreigend tekort aan deze

<sup>42</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1560.

<sup>43</sup> Deze middelen worden niet exclusief op de IC ingezet, maar wel primair.

<sup>44</sup> Kamerstuk 29 477, nr. 728.

<sup>45</sup> Kamerstuk 29 477, nr. 732.

geneesmiddelen.

Inmiddels kan ik bevestigen dat door een extra levering naar alle waarschijnlijkheid voldoende voorraad in Nederland aanwezig is voor de gehele maand december. Er kan niet met zekerheid worden geconstateerd of hiermee het risico op tekorten algeheel is afgewend, omdat dit afhankelijk is van ziekenhuisopnames en verdere leveringen. De wereldwijde vraag naar deze middelen blijft onverminderd hoog en de productiecapaciteit voor het maken van dit ingewikkelde geneesmiddel blijft beperkt. Wel is het zo dat met deze cruciale extra levering de meest precaire periode overbrugd zal kunnen worden. Ook zijn de vooruitzichten rondom beschikbaarheid voor het nieuwe jaar beter dan dat ze de afgelopen periode waren.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

Graag wil ik benoemen dat ik duidelijk zie dat het harde werken van het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG), onze ziekenhuizen, de ziekenhuisapothekers en onze medisch specialisten essentieel is geweest in het waarborgen van de continuïteit van de optimale zorg met deze middelen. Bij relevante ontwikkelingen zal ik uw Kamer opnieuw informeren over de status van deze geneesmiddelen.

## **11. Ventilatie**

Goede ventilatie is belangrijk voor een gezond binnenklimaat en draagt bij aan het beperken van de overdracht van respiratoire infectieziekten zoals COVID-19. Ventilatie wordt, als een van de basismaatregelen, prominent onder de aandacht gebracht in de 'Alleen samen' publiekscommunicatie.

Met het oog op de feestdagen, wanneer mensen elkaar vaker bezoeken, wordt het belang van frisse lucht in huis extra benadrukt. Mensen worden aangespoord extra aandacht te besteden aan voldoende 'frisse lucht'. In paragraaf 15 'Communicatie' wordt dit nader toegelicht.

Door deze verschillende communicatie-uitingen wordt tevens invulling gegeven aan de motie van het lid Agema<sup>46</sup> van 1 december jl. waarin zij de regering verzoekt om in de eigen communicatie steeds weer het ventileren tijdens bezoek te benadrukken.

Om meer zicht te krijgen op de toereikendheid van de ventilatie-eisen uit het Bouwbesluit voor infectieziektebestrijding heeft het RIVM een modellering uitgevoerd die op 30 november opgeleverd is. Daarmee wordt tegemoet gekomen aan de motie van het lid Agema<sup>47</sup> van 7 juli 2021, waarin zij verzocht om te onderzoeken of de huidige ventilatierichtlijnen toereikend zijn. Het RIVM geeft aan dat ventilatie volgens de minimale eisen van het Bouwbesluit 2012 voor bestaande gebouwen de kans op aerogene transmissie verkleint in vergelijking met niet-ventileren. Meer ventileren maakt de kans nog kleiner, maar het effect daarvan is minder groot. Ventilatie neemt het risico op aerogene transmissie nooit helemaal weg. Ook bij veel ventilatie blijft een kans bestaan dat het virus op deze manier wordt overgedragen. Verder geeft het RIVM aan dat meer ventileren het verwachte aantal zieken het meest verkleint in nachtclubs en in kleine en grote concertzalen.

<sup>46</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1569.

<sup>47</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1352.

Op basis van de RIVM-modellering zal, in samenspraak met het ministerie van BZK, de sector en wetenschappers, bekeken worden of het wenselijk, realistisch en haalbaar is om de ventilatienormen in het bouwbesluit voor hoog risico-omgevingen aan te passen.

Daarnaast zal ik TNO vragen om door te rekenen of aanpassing van de ventilatienormen in de Tijdelijke Regeling Maatregelen (TRM) toegevoegde waarde heeft voor alle horecalokaliteiten nu de normen uit het Bouwbesluit hoger blijken voor locaties waar veel mensen per m<sup>2</sup> verblijven, of dat deze normen in de TRM om die reden beter geschrapt kunnen worden. U zult daarover in een volgende brief geïnformeerd worden.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

## 12. Digitale ondersteuning

### *CoronaMelder*

Met het huidige aantal besmettingen in Nederland is de kans groter dat je in het dagelijks leven in aanraking komt met iemand die later positief blijkt te testen. Met de CoronaMelder-app worden besmettingen sneller opgespoord en ketens van besmetting gestopt, ook als je gevaccineerd bent. CoronaMelder is daarmee nog steeds van groot belang. Dit is ook terug te zien in het aantal mensen dat anderen waarschuwde via CoronaMelder. Dat aantal vertienvoudigde tussen begin oktober en begin december 2021.<sup>48</sup> Inmiddels hebben in totaal al ruim 244.000 mensen anderen gewaarschuwd via de app. Sinds de landelijke introductie van CoronaMelder in oktober 2020, hebben 5,5 miljoen mensen CoronaMelder gedownload. Iets meer dan 2,41 miljoen mensen gebruikt de app actief. Daarnaast hebben t/m 5 december ongeveer 236.000 mensen naar aanleiding van een notificatie een test aangevraagd. Hiervan bleken er in totaal bijna 19.000 mensen ook daadwerkelijk besmet.

De CoronaMelder-app wordt voortdurend doorontwikkeld. Zo is het inmiddels – via coronatest.nl – mogelijk om zelf anderen te waarschuwen zonder tussenkomst van een GGD-medewerker. Dit mede naar aanleiding van resultaten uit het evaluatieonderzoek naar CoronaMelder en advies van de Begeleidingscommissie waaruit blijkt dat de app effectiever zal zijn als er minder tijd zit tussen het moment waarop iemand met een besmet persoon in aanraking komt, en zij een notificatie ontvangen in de app.<sup>49,50</sup> Zo worden mensen die CoronaMelder gebruiken nu sneller gewaarschuwd dat zij langere tijd in contact zijn geweest met iemand die Corona blijkt te hebben. Daarnaast is het handelingsperspectief - in lijn met de LCI-richtlijn – gewijzigd naar: testen na een melding, óók als je gevaccineerd bent.

Om de relevantie van CoronaMelder, juist in deze tijd, te benadrukken, wordt verder op verschillende manieren extra aandacht gevraagd voor het gebruik van de app. In advies 27 van de Begeleidingscommissie is hiervoor ook aandacht

<sup>48</sup> Factsheet CoronaMelder doorlopende evaluatie: [https://www.coronamelder.nl/media/Factsheet\\_CoronaMelder\\_latest.pdf](https://www.coronamelder.nl/media/Factsheet_CoronaMelder_latest.pdf)

<sup>49</sup> Zie eindrapport 'Evaluatie CoronaMelder: een overzicht na 9 maanden': <https://www.coronamelder.nl/nl/faq/40-onderzoek-hoe-weten-we-of-coronamelder-helpt-tegen-corona/>

<sup>50</sup> Advies 18, Begeleidingscommissie DOBC: Regie van CoronaMelder – juist nu! (Kamerstuk 25 295, nr. 1063)

gevraagd.<sup>51</sup> Dit met als doel het aantal gebruikers te verhogen en daarmee de werking van de app te verbeteren. Uit cijfers van het RIVM blijkt dat in driekwart van de gevallen de bron van besmetting onbekend is.<sup>52</sup> Juist in deze gevallen kan CoronaMelder uitkomst bieden en mensen waarschuwen die bij het reguliere BCO niet naar voren komen. Daarom wordt sinds begin december in de CoronaCheck-app ook gewezen op het bestaan van CoronaMelder. Daarnaast is in CoronaMelder de mogelijkheid toegevoegd van pushberichten in de app waarin het belang benadrukt wordt van CoronaMelder en de mogelijkheid wordt geboden om het bestaan van de app te delen in het netwerk van de gebruiker.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

#### Advies 28 Begeleidingscommissie DOBC

Op 11 november jl. heb ik het achtentwintigste advies van de Begeleidingscommissie Digitale Ondersteuning Bestrijding Covid-19 (DOBC) ontvangen, welke zich richt op het maken van een masterplan voor de toekomstige vernietiging van persoonlijke data die in het kader van de COVID-19 pandemie zijn verzameld en bewaard.

De bewaartermijn van medische dossiers is in bestaande wet- en regelgeving al afdoende geregeld. Op grond van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) is de bewaartermijn voor een medisch dossier 20 jaar. Daarna worden data vernietigd of waar nodig geanonimiseerd, bijvoorbeeld ten behoeve van onderzoek. Gegevens die zijn verzameld in het kader van bron- en contactonderzoek (BCO) mogen maximaal vijf jaar bewaard worden. Dit is ook terug te vinden in de privacyverklaringen van GGD GHOR Nederland en het RIVM.<sup>53</sup>

Voor testuitslagen die zien op het nieuwe coronavirus gelden de afwijkende wettelijke bewaartermijnen zoals opgenomen in de Tijdelijke wet coronatoegangsbewijzen. In artikel II wordt de bewaartermijn voor positieve testuitslagen teruggebracht naar 1 jaar en voor negatieve testuitslagen naar vier weken, gerekend vanaf het moment dat de test is afgenomen. Dit geldt voor alle aanbieders van testen. Daarom moeten testaanbieders bij aansluiting op CoronaCheck aantoonbaar aan diverse voorwaarden en eisen voldoen, waaronder ten aanzien van bewaartermijnen. Zoals in een voorgaande kamerbrief ook gemeld<sup>54</sup> heeft Stichting Open Nederland daarnaast laten weten dat alle testaanbieders die bij hen zijn gecontracteerd conform genoemde wettelijke bewaartermijnen handelen. De Autoriteit Persoonsgegevens is toezichthouder op dit gebied.

Een apart masterplan en extra regelgeving voor verwijdering van COVID-19 gerelateerde data heeft daarmee geen toegevoegde waarde. Extra regelgeving bovenop de bestaande juridische kaders en het al bestaande toezicht zorgt enkel voor extra regeldruk in de zorg.

<sup>51</sup> Advies 27, Begeleidingscommissie DOBC: Handelingsperspectief nauwe contacten (in CoronaMelder) (Kamerstuk 25 295, nr. 1468).

<sup>52</sup> Zie 'Wekelijkse update epidemiologische situatie van SARS-CoV-2 in Nederland' (RIVM)

<sup>53</sup> Privacy verklaring GGD GHOR Nederland: [https://ggdghor.nl/privacyverklaring-vaccinatie\\_coronavirus/](https://ggdghor.nl/privacyverklaring-vaccinatie_coronavirus/).

Privacy verklaring RIVM: <https://www.rivm.nl/covid-19-vaccinatie/privacy>.

<sup>54</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1396.

*Toezegging Eerste Kamer: schriftelijke reactie vragen leden Baay-Timmerman (50PLUS) en De Bruijn-Wezeman (VVD)*

In het Eerste Kamer debat over de derde verlenging van de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 (Twm) van 23 november jl., is toegezegd schriftelijk terug te komen op enkele vragen gesteld door de leden Baay-Timmerman (50PLUS) en De Bruijn-Wezeman (VVD) over respectievelijk fraude met QR-codes en de mogelijkheid tot tijdelijk intrekken van vaccinatiebewijzen bij een positieve testuitslag. Met onderstaande toelichting voldoe ik aan deze toezegging.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

Tijdelijk intrekken 'groene vinkje'

Op dit moment is het (tijdelijk) op afstand intrekken of ongeldig maken van coronatoegangsbewijzen (CTB's) technisch niet mogelijk zonder afbreuk te doen aan de hoge eisen van gegevensbescherming die ik heb gesteld aan de ontwikkeling van het Nederlandse CTB (zowel digitaal in de CoronaCheck-app als ook geprint op papier). Dit is ook niet te realiseren via een internationale databank, zoals het lid De Bruijn-Wezeman suggereerde. Door de ontwerpkeuzes bevat het CTB namelijk te weinig informatie om de QR-code in te trekken. Naar aanleiding van de motie Den Haan<sup>55</sup>; "geen groen vinkje in de CoronaCheck-app na besmetting", zal ik u binnenkort nader berichten over de keuzes die te maken zijn.

Fraude met QR-codes

Mogelijke fraude met QR-codes wordt goed in de gaten gehouden. We hebben te maken met verschillende type fraudes met ieder hun eigen maatregelen. Zo worden coronatoegangsbewijzen en buitenlandse DCC's gekopieerd en via het internet beschikbaar gesteld om door anderen te worden gebruikt voor binnenlandse toegang. Dit gebeurt vooral met bewijzen die op papier zijn uitgegeven omdat deze QR-code statisch is. Zodra wordt geconstateerd en vastgesteld dat een CTB of DCC publiekelijk op het internet met anderen wordt gedeeld, bijvoorbeeld op sociale media of in Telegramgroepen, dan kan deze worden geblokkeerd. Ook het ministerie zelf monitort dit. Inmiddels zijn er al 1513 QR-codes geblokkeerd (997 CTB's en 516 DCC's).

Daarnaast monitor ik voortdurend of er dreigingen of kwetsbaarheden zijn in de systemen die VWS zelf heeft ontwikkeld en levert, zodat de veiligheid van gegevens kan worden gewaarborgd en fraude kan worden herkend. In het geval dat hier onregelmatigheden worden geconstateerd, zullen vermoedens van onrechtmatigheden gecheckt worden en wordt ter bevestiging forensisch onderzoek uitgevoerd, waarna in voorkomende gevallen ook aangifte wordt gedaan. De politie heeft ook publiekelijk laten weten onderzoek te doen in zaken waarin handel in coronabewijzen wordt vermoed. Gedupeerden van fraude of misbruik kunnen op de gebruikelijke wijze een nieuw coronatoegangsbewijs aanmaken en daarmee opnieuw toegang verkrijgen tot activiteiten en voorzieningen.

Open communiceren over de sancties die staan op het frauderen met QR-codes helpt bij het tegengaan van fraude met het CTB. Ik zal blijven communiceren dat zowel het maken, als ook het gebruiken van valse QR-codes strafbaar is. De straffen voor valsheid in geschrifte en misbruik van systemen kunnen oplopen tot

<sup>55</sup> Kamerstuk 25 295 nr. 1540.

7 jaar.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

Fraude met CoronaCheck Scanner app

De wet schrijft voor dat de officiële CoronaCheck Scanner-app, uitgegeven door het Ministerie van VWS, moet worden gebruikt voor het scannen van een CTB. Deze kan niet worden gemanipuleerd en geeft alleen een 'groen vinkje' wanneer iemand een geldige QR-code toont. Technisch is het mogelijk dat een eigen scanner app ontwikkeld wordt die altijd een groen scherm geeft, zoals Kamerlid Baay-Timmerman opmerkt. Het gebruiken van een dergelijke app bij het scannen van QR-codes om toegang te verlenen is echter in strijd met de wet en daarmee ook strafbaar.

CoronaCheck

Op 12 december jl. was de CoronaCheck-app ongeveer 14,37 miljoen keer gedownload. Er is in totaal daarnaast ongeveer 96 miljoen keer succesvol een QR-code aangemaakt en er zijn al ruim 677.000 papieren bewijzen verstuurd. Coronatoegangsbewijzen kunnen worden gescand met de CoronaCheck Scanner-app. Deze is 2,6 miljoen keer gedownload. In de Scanner-app wordt ook het belang van de identiteitscontrole bij het scannen benadrukt.

Dataregistratie, techniek en uitzonderingsroutes

De meeste mensen kunnen nu zelf via CoronaCheck een QR-code maken of aanvragen voor volledige vaccinatie of herstel. Toch kan het nog voorkomen dat het mensen niet lukt hun QR-code direct in de app aan te maken. Er zijn nog enkele uitzonderingssituaties die groepen van relatief beperkte omvang en individuele personen raken. Burgers worden over handelingsperspectieven geïnformeerd via [www.coronacheck.nl](http://www.coronacheck.nl) en de website van de Rijksoverheid.<sup>56</sup>

Allereerst betreft dit personen die een eerste prik elders hebben gehad (bijvoorbeeld in een ander EU-land) en de tweede prik bij de GGD hebben gekregen. Bij deze mensen kan alleen de tweede prik, gezet door de GGD, opgehaald worden in de CoronaCheck-app. Op dit moment wordt door de GGD gewerkt aan een technische oplossing die ervoor zorgt dat er toch een volledig vaccinatiebewijs kan worden afgegeven. Zoals eerder gedeeld was hiervoor een oplossing gereed die helaas nog niet naar behoren werkte. Daarnaast kom het soms voor dat door een technische reden de gegevens niet kunnen worden opgehaald in de CoronaCheck-app, ondanks dat deze correct geregistreerd zijn in het betreffende bronsysteem van bijvoorbeeld de huisarts of de GGD. In deze gevallen kan de vaccinatiezetter wel een papieren vaccinatiebewijs uitprinten via het daarvoor ontwikkelde webportaal. De GGD werkt in dit kader ook aan een duurzame technische oplossing voor dit specifieke technische probleem welke op korte termijn gereed zal zijn. Tot die tijd is er een noodprocedure in werking bij de Data Mutatie Helpdesk (0800 - 5090) waarmee via het genoemde webportaal alsnog een coronatoegangsbewijs kan worden aangemaakt.

Voor personen die geen toegang hebben tot DigiD en geen woonplaats hebben in

<sup>56</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/coronabewijs/hulp-en-vragen-over-coronabewijs/vragen-over-coronabewijs>

Nederland, en andere uitzonderingsgroepen die bij de GGD zijn gevaccineerd maar die het niet gelukt is een CTB te krijgen, wordt gewerkt aan het regionaal uitrollen van een webportaal oplossing waarmee zij dit bewijs alsnog kunnen aanvragen. De verwachting is dat dit portaal snel gereed is. In sommige van de benoemde gevallen kan de Datamutatie Helpdesk van de GGD op dit moment al uitkomst bieden. In de tussentijd is het voor alle in derde landen gevaccineerde personen zonder BSN maar wel woonachtig in Nederland, zoals bijv. internationale studenten en expats, al mogelijk om via GGD Utrecht, Groningen en Rotterdam-Rijnmond een papieren QR-code te krijgen.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

Evaluatie CoronaCheck: de digitale ondersteuning van het coronatoegangsbewijs bij Testen voor toegang

Net als voor CoronaMelder vindt ook voor CoronaCheck een evaluatie plaats. In opvolging van eerdere toezeggingen aan uw Kamer<sup>57</sup>, is het eindrapport van deze evaluatie in november 2021 beschikbaar gekomen. Ik stuur uw Kamer dit eindrapport bijgevoegd bij deze brief toe. Het evaluatieteam van CoronaCheck, onder leiding van 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e, heeft een onderzoek naar CoronaCheck ter digitale ondersteuning van het coronatoegangsbewijs (CTB) bij Testen voor Toegang<sup>58</sup> opgesteld<sup>59</sup>. Het rapport is te vinden op [www.coronacheck.nl](http://www.coronacheck.nl). Daar wordt binnenkort ook een publieksversie van het rapport gepubliceerd, omdat ik het belangrijk vind dat de resultaten voor iedereen toegankelijk zijn.

Zoals ik in mijn brief van 23 maart jl. heb aangegeven, gebruik ik de resultaten uit de evaluatie om te bepalen of en waar er verbeteringen mogelijk zijn<sup>60</sup>. Het onderzoek is uitgevoerd in de periode van mei 2021 tot oktober 2021. Een belangrijke kanttekening is daarom dat de onderzoekers de situatie hebben onderzocht van dat moment. De COVID-19 pandemie is weerbarstig, met veel en snel opvolgende situaties en bijbehorende maatregelen, die in meer of mindere mate de samenleving hebben geopend of juist gesloten. Desalniettemin zijn de verzamelde data relevant voor zowel onderzoeksdoeleinden als het doorvoeren van verbeteringen.

De onderzoekers hebben drie deelonderzoeken uitgevoerd, namelijk 1) vragenlijstonderzoek naar de testbereidheid in relatie tot het CTB en hoe de testbereidheid zich heeft ontwikkeld in 2021 gedurende de maanden juni 2021 tot en met september 2021, 2) nalevingsonderzoek hoe gebruikers met de CoronaCheck-app omgaan en hoe er gecontroleerd werd en 3) een procesevaluatie.

De drie deelonderzoeken leverden gedurende de evaluatieperiode regelmatig inzichten op. De tussenrapportages heb ik eerder op de website [www.coronacheck.nl](http://www.coronacheck.nl) gepubliceerd<sup>61</sup>. Nu de deelonderzoeken volledig zijn

<sup>57</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1468.

<sup>58</sup> Vanaf 24 juni jl. werden het vaccinatiebewijs en het herstelbewijs tevens grondslagen voor het verkrijgen van een CTB.

<sup>59</sup> De evaluatie richt zich met name op aspecten van de adoptie en het gebruik, en verschillende beoogde en niet-beoogde effecten van de inzet van digitale applicatie. Het in kaart brengen van epidemiologische effecten maakte geen onderdeel uit van deze evaluatie. Daarmee kan met deze evaluatie dan ook geen uitspraak worden gedaan over de epidemiologische werking van het coronatoegangsbewijs.

<sup>60</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1063

<sup>61</sup> <https://coronacheck.nl/nl/faq/7-1-onderzoek-hoe-weten-we-of-coronacheck-werkt/>

afgerond, leveren ze ook drie overkoepelende inzichten op. Ik zal hier achtereenvolgens op ingaan.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

1) Draagvlak voor CoronaCheck als coronatoegangsbewijs bij Testen voor Toegang

De bereidheid en bekendheid voor het gebruik van CoronaCheck is gedurende de tijd toegenomen. Een aandachtspunt daarbij betreft de groepen burgers en bedrijven die minder (of niet) kunnen omgaan met digitale hulpmiddelen zoals CoronaCheck. Hier zijn inmiddels diverse verbeteringen op doorgevoerd, waaronder het papieren toegangsbewijs, hulp via bibliotheken en ouderenbonden. Ik heb uw Kamer hier eerder in diverse brieven over geïnformeerd.<sup>62</sup>

2) Testbereidheid in relatie tot Testen voor Toegang

Een andere bevinding is dat de testbereidheid onder de groep van gevaccineerde mensen stabiel is gebleven, maar wel daalde onder de groep twijfelaaars en mensen die zich niet willen laten vaccineren. De bevinding over de relatief lage testbereidheid onder de groep die zich niet wil laten vaccineren is vergelijkbaar met de resultaten van het onderzoek van I&O Research<sup>63</sup> en wordt ook herkend in de realisatiecijfers van de Stichting Open Nederland. In mijn Maatregelenbrief van 12 november jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over de wijkgerichte aanpak. De dalende testbereidheid bij deze groep is één van de redenen om samen met de GGD de wijkgerichte aanpak te verstevigen.

3) Handhaving en controle van CoronaCheck als CTB bij Testen voor Toegang

Tot slot benadrukken de onderzoekers het belang van handhaving. Handhaving en goede toegangscontrole op het CTB zijn van belang om de kans op besmettingsrisicovolle ontmoetingen verder omlaag te brengen, waarmee de samenleving voor samenkomsten van groepen mensen relatief veilig open kan blijven. De onderzoekers geven twee verbeterpunten aan: de controle van het identiteitsbewijs en de aanpak van fraude ter voorkoming van besmettingen en ter verbetering van het draagvlak.

Daarnaast wordt fraude met QR-codes actief gemonitord. Zowel naar aanleiding van meldingen over posts op sociale media als naar aanleiding van eigen monitoring van de IT systemen. De meest voorkomende vorm van fraude op dit moment betreft QR-codes die worden gedeeld in bijvoorbeeld Telegram-groepen op het internet, zie hiervoor ook de passage over 'fraude met QR-codes' eerder in deze brief. De politie heeft bekend gemaakt dat in het licht van fraude met QR-codes ook aanhoudingen zijn verricht. Ook de kopers van de onterecht uitgegeven bewijzen worden opgespoord. Als uit de eigen monitoring van de systemen opvallend en afwijkend gedrag wordt geconstateerd wordt dit ook nader onderzocht, de informatie gedeeld met de politie en waar passend aangifte gedaan.

In het debat over ontwikkelingen rondom het coronavirus van 1 december jl.

<sup>62</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1297 en Kamerstuk 25 295, nr. 1396.

<sup>63</sup> [http://www.ioresearch.nl/wp-content/uploads/2021/10/bwebr21\\_coronavaccinatie-en-toegangspas-oktober-2021-totaal-definitief.pdf](http://www.ioresearch.nl/wp-content/uploads/2021/10/bwebr21_coronavaccinatie-en-toegangspas-oktober-2021-totaal-definitief.pdf).

is aan uw Kamer een plan van aanpak voor naleving, controle en handhavingsmogelijkheden toegezegd. Dit plan ontvangt u vandaag in een separate brief van de minister van Justitie en Veiligheid.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

De evaluatie biedt relevante inzichten als het gaat om de inzet van de CoronaCheck-app als drager van het coronatoegangsbewijs. Deze inzichten zijn, zoals hierboven beschreven, reeds gebruikt bij het verbeteren van de aanpak en de digitale ondersteuning hiervan. Over eventueel vervolgonderzoek zal ik uw kamer later nader informeren.

### **13. Zorgen dat de zorg het aankan**

De druk op de ziekenhuizen is onverminderd hoog. Sinds begin oktober zien de ziekenhuizen een voortdurende stijging van de bezetting door COVID-19-patiënten, zowel op de klinische verpleegafdelingen als op de IC. Ook de afgelopen week is de bezetting van COVID-19-patiënten verder gestegen voor zowel de IC als de kliniek. Per maandag 6 december 2021 is daarom door het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) besloten de landelijke IC-capaciteit op te schalen naar 1.250 bedden. Inmiddels zien we dat sinds begin december de eerste tekenen dat de instroom van nieuwe patiënten op de IC en in de kliniek lijkt te stabiliseren. De verwachting van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS), op basis van de beschikbare data, is dan ook een stabiele COVID-19-instroom voor de komende week, waarbij een lichte stijging van de COVID-19-bezetting vanwege het na-ijleffect niet valt uit te sluiten. Ondanks de verwachte stabilisatie van de ziekenhuisinstroom, blijft de druk op de gehele zorgketen onverminderd hoog.

Op dit moment (stand 14 december) zijn volgens het LCPS in totaal 2.744 patiënten met COVID-19 in de Nederlandse ziekenhuizen opgenomen. Hiervan liggen 634 COVID-19-patiënten op de IC en 2.110 COVID-19-patiënten in de kliniek. Vorige week (6 december 2021) was dit aantal nog 624 COVID-19-patiënten op de IC en 2.202 COVID-19-patiënten in de kliniek. De COVID-druk wordt steeds gelijkmatiger verdeeld tussen de regio's (gewogen naar de afgesproken fair share) dankzij de solidariteit rond het aanbieden van bedden voor spreiding. Het blijven aanbieden van bedden volgens de fair share blijft belangrijk om de druk landelijk gelijkmatig te kunnen verdelen.

Sinds eind november is het LCPS ook weer gestart met het overplaatsen van patiënten naar de ziekenhuizen in Duitsland. Voor het efficiënt vervoeren van patiënten over grote afstanden is een ambulancehelikopter beschikbaar. Op dit moment liggen er 20 Nederlandse IC-patiënten bij onze oosterburen. Naar verwachting zal dit aantal de komende tijd nog met enkele patiënten toenemen. Tegelijkertijd heeft Duitsland ook te maken met hoge besmettingsaantallen en daaruit voortvloeiende druk op de zorg. Daarom zal steeds van moment tot moment bezien moeten worden welke mogelijkheden er zijn om Nederlandse patiënten op te nemen. De samenwerking met Duitsland zorgt hoe dan ook zeker voor lucht in het systeem. Ik wil daarom nogmaals mijn dank uitspreken voor hun bereidheid patiënten uit Nederland over te nemen.

#### *Actueel beeld COVID-19-zorg buiten de ziekenhuizen*

GGD GHOR Nederland houdt in de 'Landelijke Ketenmonitor Zorg' periodiek bij hoe het staat met de eerstelijnsverblijf-bedden die beschikbaar zijn voor COVID-

patiënten die niet naar het ziekenhuis hoeven, of die het ziekenhuis juist mogen verlaten, maar voor wie het niet mogelijk is om (direct) thuis te worden verzorgd. Er zijn landelijk momenteel voldoende eerstelijnsverblijf COVID-bedden beschikbaar. Op dit moment is er een capaciteit beschikbaar van 721 eerstelijnsverblijfbedden voor COVID-19-patiënten, waarvan 509 bedden bezet zijn (cijfers 9 december). Van de 25 regio's hebben 14 regio's de voorbije week extra tijdelijke bedden buiten het ziekenhuis opgeschaald. Wel zijn er regionale verschillen in de mate waarin opschaling mogelijk is.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

Het feit dat er nog vrije beschikbare bedden buiten het ziekenhuis zijn, kan op twee manieren worden verklaard. Enerzijds zien we dat bij het opschalen van een nieuw cohort met tijdelijke bedden, er vaak veel nieuwe bedden in één keer bijkomen. Het duurt even voor deze bezet zijn. Anderzijds zijn er knelpunten rond het plaatsen van patiënten een Wlz- en PG-indicatie, vanwege het hoge aantal besmettingen in instellingen en tekort aan Wlz- en PG-bedden. Deze patiënten kunnen niet geplaatst worden op de tijdelijke bedden buiten het ziekenhuis in verband met de zorgvraag. Deze is zwaarder dan op de extra tijdelijke bedden geleverd kan worden. Daarnaast worden bij voorkeur deze tijdelijke bedden vrij gehouden ten behoeve van de doorstroom van COVID-19-patiënten uit het ziekenhuis. GGD GHOR denkt dat bij continuering van maximale afschaling van de reguliere zorg in de ziekenhuizen, en mits de capaciteit van zorgmedewerkers niet verder afneemt, verdere opschaling nog mogelijk is tot ca. 1100 tijdelijke bedden.

#### *Huidige fase 2d en verdere verduidelijking*

Op 26 november jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over het afkondigen van fase 2d uit het Opschalingsplan COVID-19 van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ).<sup>64</sup> Met de afkondiging van deze fase zijn binnen de zorgsector aanvullende maatregelen genomen om landelijk de continuïteit van de (semi-)acute en kritieke planbare zorg, met de optimale inzet van (schaars) personeel, zo goed mogelijk te borgen. Op dit moment (d.d. 14 december) bevinden we ons nog steeds in fase 2d. Dat betekent dat de daarbij geldende maatregelen in werking zijn. De toezichthouders, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), zien erop toe dat de maatregelen behorende bij fase 2d worden uitgevoerd.

De afgelopen week is in het publieke debat verwarring ontstaan over de procedure rond de overgang naar de zogeheten fase 3 van het Opschalingsplan COVID-19 van het LNAZ door sommigen ook wel 'code zwart' genoemd. Over deze procedure en over de uitvoering van een dergelijke fase 3-situatie zijn in maart 2021 afspraken gemaakt met alle betrokken partijen, die gevat zijn in het tijdelijke verdiepend beleidskader 'Continuïteit en kwaliteit van zorg in fase 3 van de COVID-19 pandemie' dat de toenmalige minister voor Medische Zorg en Sport op 23 maart 2021 aan de Kamer heeft aangeboden.<sup>65</sup> Om eventuele onduidelijkheden weg te nemen heb ik 14 december een toelichtende brief (zie bijlage) gestuurd naar de voorzitters van de veldpartijen.<sup>66</sup> Daarin heb ik – in lijn met het bovengenoemde verdiepende beleidskader – nogmaals uiteengezet wat de afspraken zijn wanneer er sprake zou zijn van fase 3, hoe deze fase tot stand komt en wat de procesafspraken zijn bij een overgang van fase 2d naar fase 3.

<sup>64</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1559.

<sup>65</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 549.

<sup>66</sup> Bijlage: Brief fase 3 aan de voorzitters van de veldpartijen.

In reactie op de motie van de leden Van Haga en Van der Plas<sup>67</sup>, die de regering hebben verzocht te garanderen dat ongevaccineerde mensen niet geweigerd zullen worden voor een behandeling in het ziekenhuis, kan ik mededelen dat artsen keuzes voor behandeling maken op basis van een totaalbeeld van de patiënt. Er wordt geen onderscheid gemaakt op basis van vaccinatiestatus. Ik beschouw de motie hiermee als afgedaan.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

#### *Stand van zaken toegankelijkheid reguliere zorg*

De NZa publiceerde 25 november jl. de vierde Monitor Toegankelijkheid van Zorg, die ik als bijlage bij deze brief meestuur.<sup>68</sup> De monitor geeft gedetailleerd inzicht in de ontwikkeling in de wachttijden, productie en verwijzingen, om daarmee de druk op de medisch specialistische zorg en vervolgzorg en de mate waarin inhaalzorg wordt geleverd te monitoren.

De monitor laat zien dat de druk op de zorg de afgelopen weken sterk is toegenomen. De monitor van 25 november jl. laat zien dat het aantal verwijzingen op dat moment rond de 89% lag van het verwachte aantal in een normale situatie zonder COVID-19. De meest recente informatiekaart 'Druk op de zorg' van de NZa (versie 14 december) maakt inzichtelijk dat iets meer dan een kwart van de ziekenhuizen de kritiek planbare zorg niet volledig binnen de norm van 6 weken kan leveren.<sup>69</sup> Dit was in eind oktober nog 6,7%.<sup>70</sup> De niet-kritiek planbare zorg (klasse 4 en 5 zorg) is in vrijwel alle ziekenhuizen afgeschaald. 55% van de ziekenhuizen heeft de niet-kritiek planbare zorg momenteel volledig geannuleerd, in de overige ziekenhuizen is de afschaling van de niet-kritiek planbare zorg nog gaande. Afschaling van niet-kritieke planbare zorg (klasse 4 en 5 zorg) is in deze fase noodzakelijk om de (semi-) acute en zoveel mogelijk de kritiek planbare zorg te waarborgen. Vanwege deze afschaling van de planbare zorg schat de NZa in dat maximaal 190.000 tot 210.000 operaties ingehaald moeten worden. In de monitor wordt ook inzichtelijk dat het verzuimcijfer onder zorgpersoneel hoog blijft. Vanwege de zorgelijke ontwikkelingen in de opnamecijfers gaat de NZa de monitoring intensiveren waarbij de focus zal liggen op de afschaling van de zorg, in het bijzonder gericht op de regionale verschillen in de afschaling, wachttijden van reguliere zorg en de effecten van de COVID-19-druk op de totale zorgketen.

#### *Toezegging zelfstandige behandelcentra*

In het debat van 16 november jl. heb ik aan het lid De Vries (VVD) toegezegd dat ik navraag zou doen bij de NZa naar signalen over financiële belemmeringen voor verwijzingen naar zelfstandige behandelcentra (ZBC's). De NZa heeft van ZBC's signalen ontvangen over omzetplafonds in 2021 en het moeten inzetten van patiëntenstops. Vanuit hun toezichtrol op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg heeft de NZa inmiddels, naar aanleiding van deze signalen, een uitvraag gedaan bij zorgverzekeraars. Het is immers aan zorgverzekeraars om te beslissen waar ze voldoende zorg inkopen om aan hun zorgplicht te voldoen: ze kiezen op basis van afwegingen over kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid bij welke ziekenhuizen en/of ZBC's zij dit doen. Daarbij worden de afspraken

<sup>67</sup> Kamerstuk 35 925, nr. 95.

<sup>68</sup> NZa, 'Monitor Toegankelijkheid van Zorg', 25 november 2021.

<sup>69</sup> NZa, 'Informatiekaart Druk op de zorg', 7 december 2021.

<sup>70</sup> NZa, 'Monitor Toegankelijkheid van Zorg', 28 oktober 2021.

betrokken uit het 'kader passende inhaalzorg msz'.<sup>71</sup> De conclusie van de NZa is dat zorgverzekeraars zorgvuldig en voldoende zorg inkopen, waarbij ze rekening houden met de druk op de ziekenhuizen en de mogelijkheden van ZBC's om bepaalde zorg te verlenen. De uitkomsten van deze uitvraag heeft de NZa ook teruggekoppeld aan Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN). Overigens is het goed om te vermelden dat patiënten over het algemeen de weg naar de ZBC's weten te vinden en dat zij meer zorg leveren dan voor de COVID-pandemie, zoals ook blijkt uit de monitor 'Toegankelijkheid van zorg'.<sup>72</sup> Bij het afkondigen van fase 2d hebben de toezichthouders de ZBC's opgedragen om de Verpleeghuizen, Verzorgingstehuizen en Thuiszorg (VVT-sector) niet te belasten met patiënten, dus dat betekent dat zij in deze fase geen behandelingen meer uitvoeren waarvoor bijvoorbeeld een beroep op vervolgzorg in de VVT-sector nodig is.<sup>73</sup>

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

#### *Ondersteuning door Defensie*

Defensie is in de eerste week van december begonnen met het inrichten van extra bovenregionale bedden capaciteit voor COVID-19-patiënten in het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Concreet betekent dit dat hier de komende weken zo'n 60 militaire zorgverleners worden ingezet. De basisartsen, militair verpleegkundigen en runners werken hier zij-aan-zij met het eigen personeel van het ziekenhuis. Met het creëren van extra bedden bovenop de reguliere capaciteit worden regio's met de hoogste beddendruk ontlast. Door de inzet van Defensie is het mogelijk de bestaande COVID-kliniekcapaciteit uit te breiden met 16 extra bedden.

Ook in Limburg zijn sinds begin vorige week medisch geschoolde militairen actief ter ondersteuning van zorgprocessen en planning, logistiek en spreiding van patiënten in Limburg. In het VieCuri Venlo ondersteunen 25 militairen op de COVID-afdelingen en in het Zuyderland in Sittard-Geleen worden 14 militairen ingezet. Een ervaren planner van Defensie is gestationeerd bij het Regionaal Centrum Patiënten Spreiding te Maastricht UMC+. Met deze verdeling over de ziekenhuizen in Limburg kan maximale uitbreiding van extra bedden worden bereikt.

Ik heb ook een beroep gedaan op Defensie om de GGD'en te helpen met testen en vaccineren. Deze afspraken heb ik al nader toegelicht in de maatregelenbrief COVID-19 van 26 november 2021.<sup>74</sup>

#### *Acties inzake voorlichting over vaccinatie vanuit de geboortezorg*

Het verbeteren van de informatievoorziening over vaccinatie aan vrouwen met een kinderwens en vrouwen die zwanger zijn, heeft mijn blijvende aandacht. Er is een werkgroep ingesteld waarin het ministerie van VWS samen met onder meer de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NTOG), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het RIVM samenwerkt om de voorlichting en informatie voor deze doelgroep versterken. Er zijn verschillende communicatiemiddelen ontwikkeld in meerdere talen, waaronder video's, om vrouwen te informeren over het belang van vaccineren en de complicaties die kunnen optreden als je besmet

<sup>71</sup> Kamerstukken 2020/21, 25 295, nr. 566

<sup>72</sup> NZa, 'Monitor toegankelijkheid van Zorg', 25 november 2021.

<sup>73</sup> Kamerstukken 2021/22, 25295, nr. 1559.

<sup>74</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1560.

raakt met het coronavirus. Voor professionals in de verloskundige zorg zijn counseling kaarten ontwikkeld die kunnen ondersteunen bij het gesprek over vaccinatie. Momenteel wordt door de werkgroep voorbereidingen getroffen voor een videoproductie waarbij een gynaecoloog in gesprek gaat met vrouwen die tijdens de zwangerschap te maken hebben gekregen met COVID-19.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

Ook in de regio ontstaan passende gerichte initiatieven. Zo wordt in de regio Zuidwest-Nederland al langere tijd intensief samengewerkt tussen het District Verloskundig Platform Rijnmond, het plaatselijke ROAZ, de Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) Samergo en het Regionaal Consortium zwangerschap en geboortezorg Zuidwest-Nederland. Deze nauwe samenwerking heeft het voor tien verloskundige samenwerkingsverbanden en hun samenwerkingspartners in het zuidwesten mogelijk gemaakt om in korte tijd een Webinar te organiseren. Hierbij worden zorgprofessionals praktische handvatten geboden om het gesprek met zwangeren over vaccinatie aan te gaan. Het initiatief is omarmd door de gehele regio: bijna 800 huisartsen, verloskundigen, jeugdgezondheidszorgmedewerkers, gynaecologen, kinderartsen, verpleegkundigen en kraamverzorgenden hebben zich inmiddels aangemeld. De opname van dit Webinar wordt binnen het ROS-netwerk en het landelijke Netwerk Regionale Consortia Geboortezorg (NRCG) gedeeld. Ook de GGD'en zetten zich op regionaal niveau in om de vaccinatiegraad onder zwangere vrouwen en vrouwen met een kinderwens te verhogen. Zij doen dit onder andere door het organiseren van webinars en het ontwikkelen en verspreiden van voorlichtingsmateriaal voor de doelgroep.

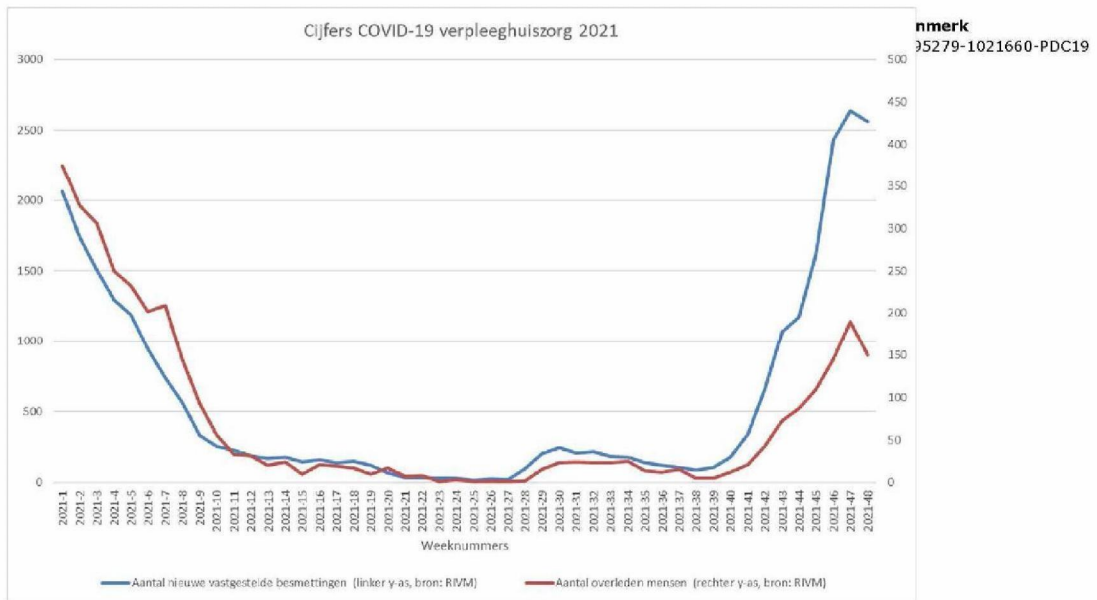
Voorts kan ik u melden in gesprek te zijn met Centraal Bureau Drogisterijbedrijven (CBD), de brancheorganisatie van drogisterijen, over het bieden van (extra) informatie en voorlichting over coronavaccinatie voor zwangere vrouwen en vrouwen met een kinderwens bij de verkoop van zwangerschapstesten. Hiermee voldoe ik aan de motie van de leden Paternotte en Pouw-Verweij<sup>75</sup> om contact op te nemen met de koepel van drogisterijen hieromtrent en het bevorderen van de informatievoorziening aan zwangere vrouwen over vaccinatie.

#### **14. Bescherming van mensen met een kwetsbare gezondheid**

##### *Verpleeghuizen*

De huidige situatie ten aanzien van het aantal COVID-19-besmettingen en COVID-19-sterfte in verpleeghuizen is in navolgende grafiek opgenomen:

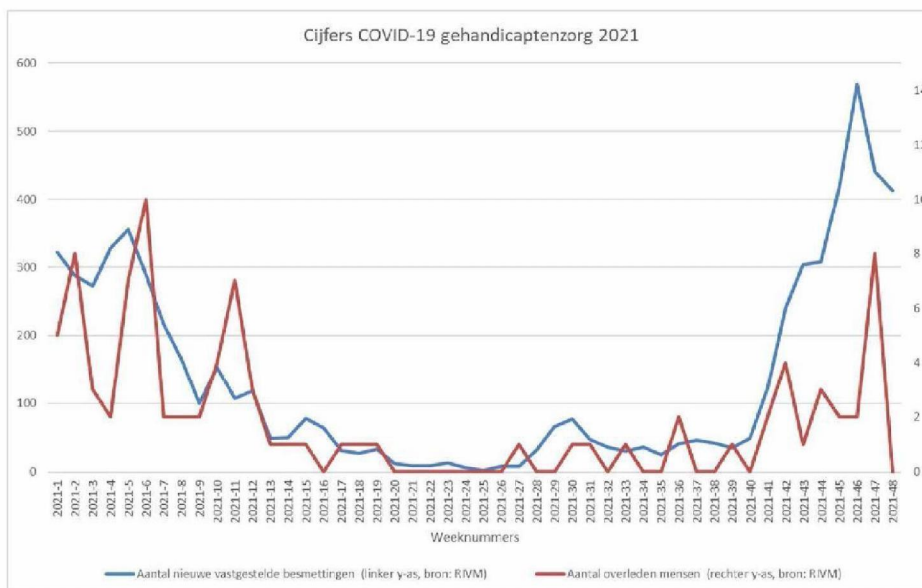
<sup>75</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1565.



Figuur 3: Cijfers COVID-19 verpleeghuiszorg 2021.

#### Instellingen gehandicaptenzorg

De situatie ten aanzien van het aantal COVID-19-besmettingen en COVID-19-sterfte in instellingen voor gehandicaptenzorg is in navolgende grafiek opgenomen:



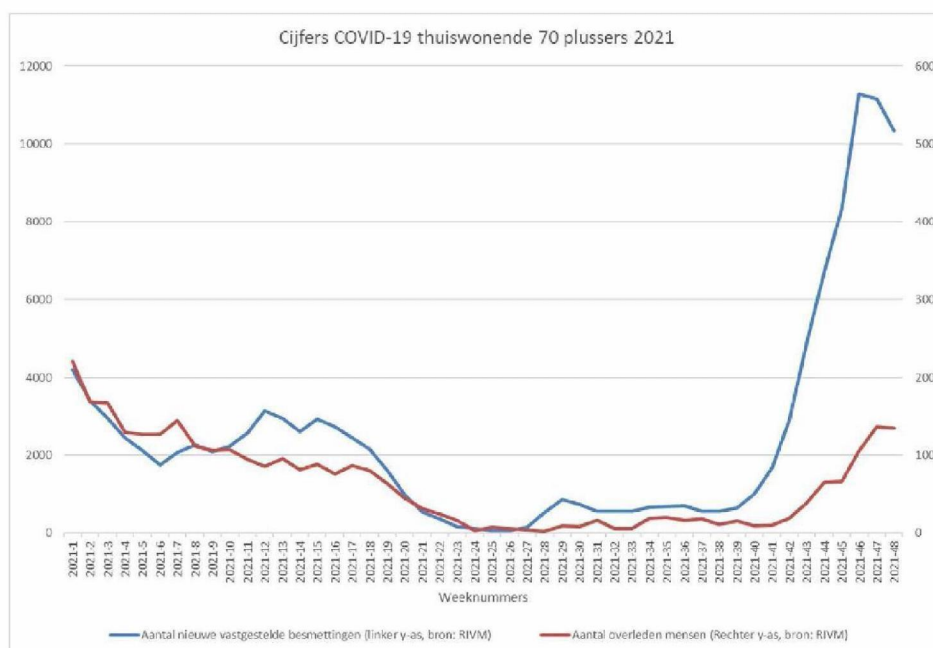
Figuur 4: Cijfer COVID-19 gehandicaptenzorg 2021.

Signalen uit het veld alsmede van Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en de Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) en enquêtes uitgevoerd door de Academische Werkplaats gehandicaptenzorg 'Sterker op eigen benen' geven aan dat deze cijfers een onderschatting zijn. Er is overleg gaande met genoemde partijen, de GGD GHOR en het RIVM hieromtrent. Ik verwacht u hierover begin 2022 nader te kunnen informeren.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

#### *Thuiswonende 70-plussers*

De stand van het aantal COVID-19-besmettingen en COVID-19-overlijdens van thuiswonende 70-plussers is in navolgende grafiek opgenomen:



Figuur 5: Cijfers COVID-19 thuiswonende 70-plussers 2021.

#### *Ontwikkelingen in de langdurige zorg*

Uit de grafieken hierboven blijkt dat in de afgelopen maanden, net als in de rest van de samenleving, ook in de verpleeghuizen, in de gehandicaptenzorg en onder thuiswonende ouderen het aantal besmettingen en uitbraken na een betrekkelijk rustige periode weer flink is toegenomen. Gelukkig lijkt het erop dat de stijging niet doorzet.

Het OMT heeft in het 133<sup>e</sup> OMT-advies geadviseerd om bij de huidige hoge incidentie van SARS-CoV-2 preventief medische mondneusmaskers altijd in te zetten in alle binnenruimtes met patiënten/cliënten en nadrukkelijk ook in situaties waarbij de 1,5 meter afstand houden voor medewerkers onderling niet mogelijk is. Hiervoor zijn voldoende medische mondneusmaskers voorradig. Uw Kamer heeft met de motie van het lid Gündoğan c.s.<sup>76</sup> gevraagd om in het

<sup>76</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1595.

volgende OMT-advies het nut en de noodzaak van het breed inzetten van medische FFP2-mondneusmaskers in het tegengaan van besmettingen onder — en daarmee het beschermen van — zorgpersoneel te betrekken. Het OMT geeft aan dat de huidige epidemiologische situatie geen reden is om het eerder ingestelde mondneusmaskerbeleid te wijzigen. Afhankelijk van de situatie en de aard van de blootstelling bij een patiënt/cliënt, kan voor een chirurgisch mondneusmasker type IIR of een FFP2-masker kan worden gekozen. Dit advies is in lijn met het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) op basis van de geldende LCI richtlijn<sup>77</sup> die onder het toezicht van de IGJ valt. Hiermee beschouw ik de motie als afgedaan.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

Zoals aangegeven in de vorige stand van zakenbrief hebben ActiZ, Alzheimer Nederland, LOC, NIP, Verenso, V&VN en ZorgthuisNL in april 2021 de handreiking bezoek en sociaal contact vastgesteld.<sup>78</sup> Daarin is aangegeven dat de bestuurders van de verpleeghuizen verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg en dat zij zich naast de maatregelen voor zorgpersoneel derhalve moeten beraden over maatregelen zoals (preventief) inzetten van persoonlijke beschermingsmiddelen voor bezoekers, beperken bezoek, registratie en triage van bezoek. De handreiking stelt dat zorgorganisaties zelf de afweging mogen maken, passend bij de risicosituatie, zoals nu zorgelijk bij oplopende besmettingen. Hierbij zijn de uitgangspunten van het RIVM en het behandeladvies van Verenso de basis.

Ik zie dat veel instellingen in de langdurige zorg bezoekers vragen of ze geen klachten hebben (checkgesprek) en mondkapjes te gebruiken. Dat vind ik zeer wenselijk, gegeven de toename van het aantal besmettingen in de samenleving, de kwetsbaarheid van de cliënten en het belang van zorgcontinuïteit.

Ik wil opnieuw mijn waardering uitspreken voor alle betrokkenen die zich in de langdurige zorg nog steeds inzetten of hebben ingezet voor de bestrijding van het virus; de zorgverleners, de vrijwilligers, de mantelzorgers en alle anderen. Deze mensen zijn het kapitaal van onze zorg en vormen de warme mantel rond onze kwetsbaren. Nu de crisis al zo lang duurt, is een groot zorgpunt in de langdurige zorg dan ook de beschikbaarheid van zorgverleners. Het ziekteverzuim is hoog en vaak langdurig. Er zijn veel besmettingen onder de zorgverleners en daarmee is er ook de noodzaak om in quarantaine te gaan. De druk op de zorgaanbieders in de langdurige zorg om de roosters 'rond' te krijgen is enorm. Daarbij komt bij dat van veel zorgverleners al sinds het begin van de pandemie meer inzet wordt gevraagd dan gebruikelijk en onder moeilijke omstandigheden. Ook dit wordt scherp door mij gevolgd.

Om de zorgsector voldoende financiële rust te bieden heeft het kabinet besloten de meerkostenregelingen en meerkostenprestatie te continueren. Het kabinet zal de financiële gevolgen van het verloop van de pandemie op de zorgsector blijven volgen. Korthedshalve verwijs ik u naar mijn brief van 10 december 2021 over de voorzetting van financiële COVID-maatregelen zorg 2022.

<sup>77</sup> Uitgangspunten PBM bij verzorging, verpleging of medische behandelingen buiten het ziekenhuis (<https://lci.rivm.nl/covid-19/PBMBuitenziekenhuis>).

<sup>78</sup> <https://www.actiz.nl/sites/default/files/2021-04/Handreiking-Bezoek-en-sociaal-contact.pdf>

*Ruimte en vertrouwen*

In een nieuwsbericht van 18 november jl.<sup>79</sup> heeft de IGJ, gelet op de hoge druk op zorg en jeugdhulp, laten weten ruimte en vertrouwen te geven aan de zorgaanbieders. De IGJ geeft aan dat juist bij oplopende druk de professionals uiteindelijk het beste zélf kunnen bepalen wat nodig is om goede zorg te kunnen blijven bieden. Zorg die verantwoord, veilig en liefdevol is en blijft. De inspectie ziet dat zorgaanbieders alles op alles zetten om die zorg te blijven geven. Zorgaanbieders moeten soms ook bepalen welke aanpassingen nodig zijn. Aan ingewikkelde keuzes valt niet te ontkomen als de druk binnen een instelling, een regio of landelijk te hoog oploopt. Het kan zijn dat zorgaanbieders noodgedwongen moeten afwijken van wat gebruikelijk is.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

Het is dan belangrijk dat bestuurders hun afwegingen en keuzes goed vastleggen. Vooral om die uit te kunnen leggen aan patiënten, cliënten en hun familie en vrienden. Ook later nog. Die afwegingen kunnen ook betrokken worden in het (latere) gesprek met de eigen medewerkers, de inspectie of andere relevante partijen. Een voorbeeld waarin wordt afgeweken van de normale praktijk, is bij de inzet van ondersteunend personeel als studenten geneeskunde, leerling-verpleegkundigen, voormalige zorgverleners (BIG-geregistreerd, of niet meer), zzp'ers of anderen. Met voldoende ondersteuning vanuit de werkgever zijn daar ruimere mogelijkheden voor dan in een gebruikelijke situatie. Bestuurders in de zorg en de jeugdhulp blijven wel zelf verantwoordelijk voor de keuzes die zij maken. De inspectie geeft ruimte en vertrouwen om afwijkende keuzes te maken als die nodig blijken. Diverse zorgaanbieders in zowel de ouderen- als in de gehandicaptenzorg hebben mede op basis hiervan deze keuzes ingevuld om zo de kwaliteit van de zorg te kunnen borgen. Voorbeelden zijn:

Extramurale verpleegzorg (mpt, vpt), taken die door een helpende of huishoudelijke hulp uitgevoerd kunnen worden. Handelingen:

- Steunkousen uittrekken. Dit is voornamelijk van toepassing in de avonden.
- Waar er met twee personen naar een cliënt wordt gegaan hoeft de ene persoon niet gediplomeerd te zijn.
- Hulp bij eten en drinken, tenzij er bij de cliënt sprake is van ernstige slikproblematiek.
- Alle ADL-activiteiten bij cliënten met een stabiele zorgvraag (o.a. douchen).
- Begeleiding bij onbegrepen gedrag. Onbegrepen gedrag is een brede term, die ter discussie kan staan. Het is essentieel om per cliënt te kijken wat het onbegrepen gedrag is. Hierbij is het belangrijk om individueel te bekijken wat hierbij wel en niet kan. Een voorwaarde is dat de kennis over onbegrepen gedrag van de medewerker goed moet zijn, zodat de cliënt persoonsgerichte zorg ontvangt. Tijdens het proces moeten de hogere niveaus blijven signaleren op het gedrag zodat de kwaliteit van zorg optimaal blijft. Het praktisch inrichten hiervan vergt aandacht.

Intramuraal, niveau 2 handelingen die door een helpende of woonassistent uitgevoerd kunnen worden, onder voorwaarde dat er tussenkomst kan zijn van een bevoegd en bekwaam iemand. Handelingen:

- Steunkousen aan- en uittrekken.
- Stomaverzorging, alléén het stomazakje verwisselen met een tweedelig systeem.

<sup>79</sup> [www.igj.nl/actueel/nieuws/2021/11/18/vierde-coronagolf-legt-weer-hoge-druk-op-zorg-en-jeugdhulp---igj-geeft-ruimte-en-vertrouwen](http://www.igj.nl/actueel/nieuws/2021/11/18/vierde-coronagolf-legt-weer-hoge-druk-op-zorg-en-jeugdhulp---igj-geeft-ruimte-en-vertrouwen).

- Medicatie aanreiken uit baxter. Hiervan uitgesloten is medicatie die zelf moet worden uitgezet of hoog risico medicatie.
- Oog- en oordruppels toedienen.
- Transdermale pleisters aanbrengen.
- Verzorgen van een (externe) katheter. Hierbij worden taken bedoeld als het aanbrengen/wisselen van de katheterzak en het observeren van de katheter. Het moet duidelijk zijn waar de medewerker tijdens het observeren op moet letten, zodat de medewerker weet wanneer die contact moet opnemen met een arts of verpleegkundige.
- Monitoren gewicht, saturatie, bloeddruk, pols, ademhaling en temperatuur. Hierbij zijn de onder- en bovengrenzen van de waardes vastgesteld waarop de medewerker dan contact moet opnemen met een arts of verpleegkundige.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

De handelingen op niveau 2 zouden ook geleerd kunnen worden aan vrijwilligers, familie of woonassistenten die daarvoor openstaan.

#### *Verpleeghuizen, onderzoek professor Hertogh*

In de verpleeghuizen wonen de meest kwetsbare ouderen. Vanwege deze kwetsbaarheid kan COVID-19 voor deze groep enorme gevolgen hebben. Dat zagen we aan de sterftecijfers in de eerdere golven. Deze kwetsbaarheid dwong tijdens de eerste golf tot ingrijpende maatregelen, zoals het sluiten voor bezoek. Vanwege die kwetsbaarheid is deze groep begin dit jaar dan ook met voorrang gevaccineerd.

Helaas nam het aantal uitbraken in verpleeghuizen de afgelopen tijd opnieuw toe. Er zijn veel besmettingen onder zowel de bewoners als de zorgverleners. Volgens informatie van het RIVM zijn er per 8 december 1.071 locaties<sup>80</sup> die te maken hebben met een besmetting. Het ziekteverzuim in de ouderenzorg is toegenomen, volgens informatie van Vernet is het ziekteverzuim per oktober 8,65%, maar vanuit het veld horen wij aanzienlijk hogere verzuimcijfers. Bovendien wordt – zoals hierboven ook opgemerkt – al langdurig veel gevraagd van de zorgverleners.

In de media was er onlangs aandacht voor een onderzoek naar COVID-19 bij verpleeghuisbewoners. Samen met de landelijke partijen in de langdurige zorg heb ik in oktober jl. professor 5.1.2e verzocht onderzoek te doen naar symptomen, het ziekteverloop en het overlijdensrisico bij besmettingen ná vaccinatie. Hij is hoogleraar ouderengeneeskunde & ethiek van de zorg bij het AmsterdamUMC en voorzitter van de Academische Werkplaats ouderenzorg. Ook is hij lid van het OMT. In het onderzoek gaat het om het ziekteverloop bij 800 bewoners. Het betreffende onderzoek zal een dezer dagen worden afgerond.

Eén van de bevindingen uit het onderzoek tot dusverre is dat als bewoners gevaccineerd zijn en toch COVID krijgen, de kans dat ze binnen 30 dagen komen te overlijden ongeveer 22 procent is. Dit percentage is vergelijkbaar met de kans op overlijden in de tweede golf.

We hebben professor Hertogh en het RIVM uitvoerig gesproken. De conclusie die *niet* getrokken mag worden is dat vaccineren geen zin heeft. Dan zou deze groep moeten worden vergeleken met de groep die geen vaccinatie heeft gehad en dat is niet gebeurd in dit onderzoek. Dit onderzoeken is niet mogelijk vanwege onder andere de hoge vaccinatiegraad in de verpleeghuizen. Meer algemeen weten we

<sup>80</sup> Cf Coronadashboard

natuurlijk wel dat vaccineren meer bescherming biedt en het de kans op ernstige ziekte en overlijden aanzienlijk vermindert. Professor Hertogh wijst erop dat dankzij de vaccinaties begin van het jaar het aantal infecties om het voorjaar daarom ook sterk is teruggelopen (ook onder bezoekers en zorgverleners). Als we niet gevaccineerd hadden, was de situatie vermoedelijk aanzienlijk erger geweest.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

Het onderzoek van professor Hertogh geeft aan dat een combinatie van verschillende factoren een rol kan spelen:

- De infectiedruk in de samenleving is hoog, bezoekers en personeel nemen het virus mee de huizen in (we zijn mogelijk ook wat minder voorzichtig geworden);
- De deltavariant is mogelijk krachtiger dan eerdere varianten, zowel in de verspreiding als de effecten, wat betekent dat mensen zieker kunnen worden en de verspreiding sneller gaat;
- De effectiviteit van het vaccin tegen ernstige ziekte is niet 100% en er is mogelijk sprake van afnemende immuniteit ("*waning immunity*"). Er is aanvullend onderzoek nodig om hier meer inzicht uit te krijgen;
- De onderzochte populatie is bijzonder kwetsbaar (in de onderzochte groep waren meer mensen met dementie en met beroertes dan in de groep van de tweede golf).

Professor Hertogh geeft aan dat het erop lijkt dat dit samenspel van factoren ertoe leidt dat het overlijdensrisico van deze groep gevaccineerde mensen nu hetzelfde is als in de tweede golf. Tegenover een positief effect van vaccineren staan dus andere effecten. Positief geformuleerd: bijna 80 procent van de onderzochte groep weet na besmetting gelukkig te overleven, ondanks de hiervoor genoemde factoren.

Desalniettemin, zijn deze bevindingen van professor Hertogh reden tot zorg. Het beschermen van de meest kwetsbare mensen is immers één van de doelen van onze COVID-19 strategie. Professor Hertogh wijst op twee reacties die nodig zijn:

- Het belang van infectiepreventie: dragen van persoonlijke beschermingsmiddelen, handen wassen etc. Daarbij gaat het om personeel maar zeker ook om de bezoekers.
- Boosterprik: die verhoogt de beschermingsgraad.

Dit onderstreept dus het belang van het vervroegen van de booster voor de verpleeghuizen (zowel de bewoners als de zorgverleners) ten opzichte van de eerdere planning van 1 januari 2022. Ik ben blij dat instellingen hier heel voortvarend mee aan de slag zijn gegaan. Eerder in deze brief, onder paragraaf 8, heeft u kunnen lezen over de voortgang van de boostercampagne.

Hiervoor heb ik al aangegeven dat met het RIVM en professor Hertogh is gesproken over hoe de onderzoeksresultaten van professor Hertogh en de cijfers die het RIVM presenteert zich tot elkaar verhouden. Naar voren kwam dat de brede oversterfte in de verpleeghuizen waarneembaar is (zowel in de cijfers van het CBS over oversterfte als signalen vanuit het veld) en dat er enige vertraging is in de rapportage van de sterftcijfers vanuit de verpleeghuizen. Complicerend is dat het gaat om broze mensen die vaak met meerdere kwalen te maken hebben. Bij overlijden is dan niet altijd duidelijk wat de exacte oorzaak is en of bewoners zijn overleden *met* COVID-19 of *door* COVID-19. De verandering van het ziektebeeld, die ook blijkt uit het onderzoek van professor Hertogh, maakt deze beoordeling niet eenvoudiger. Niet uit te sluiten valt dat sprake is van een zekere

onderregistratie van het aantal overledenen als gevolg van COVID-19 in de verpleeghuizen. Afgesproken is dat het RIVM mede op basis van de inzichten dit nader beziet en daarop terugkomt.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

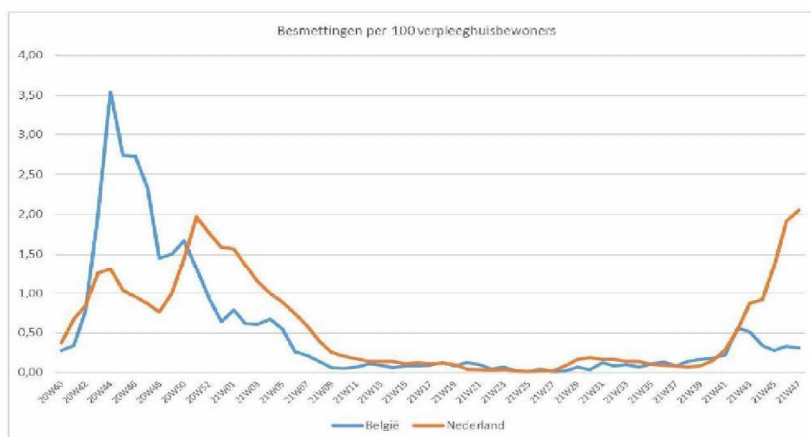
Ik ben professor Hertogh dankbaar voor de inzichten die hij presenteert. Op basis hiervan kunnen we het verloop van de ziekte beter volgen en waar nodig aanvullende maatregelen nemen. Professor Hertogh heeft aangegeven samen met GGD Amsterdam vervolgonderzoek te willen doen. Over vordering in zijn onderzoek zal ik uw Kamer informeren.

#### *Vergelijking België*

Tijdens het COVID-19 debat op 1 december jl. heeft het lid Omtzigt gevraagd naar de vergelijking met België. Ik heb toegezegd hierop schriftelijk terug te komen. Samen met het RIVM hebben we de vergelijking met België gemaakt. We hebben gekeken naar de cijfers en de oorzaken voor de verschillen. Volledigheidshalve verwijs ik ook naar een artikel op de website van Vilans<sup>81</sup> met 5 internationale lessen van COVID-19.

#### Cijfers

Het aantal besmettingen per 100 verpleeghuisbewoners in Nederland en België, periode 28 september 2020 – 28 november 2021.<sup>82</sup>



Figuur 6: Besmettingen per 100 verpleeghuisbewoners België en Nederland

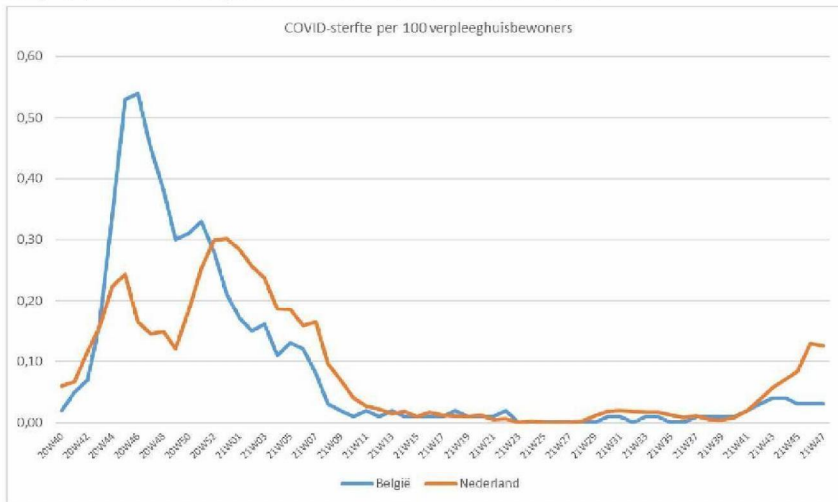
- Het aantal besmettingen per 100 verpleeghuisbewoners was tijdens de periode oktober-december 2020 was in België hoger dan in Nederland.
- Tijdens de huidige golf is het aantal besmettingen hoger in Nederland.

<sup>81</sup> [www.vilans.nl/artikelen/5-internationale-lessen-van-corona](http://www.vilans.nl/artikelen/5-internationale-lessen-van-corona)

<sup>82</sup> De grafieken zijn gemaakt op basis van open data (bron: COVID-19 dataset (RIVM); Epistat – COVID-19 Monitoring (Sciensano)). De Nederlandse open data bevatten dagcijfers. Voor de vergelijkbaarheid is herberekend naar wektotalen. Er is uitgegaan van 128.000 verpleeghuisbewoners.

Het aantal COVID-sterfgevallen per 100 verpleeghuisbewoners in Nederland en België, periode 28 september 2020 – 28 november 2021.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19



Figuur 7: COVID-sterfte per 100 verpleeghuisbewoners België en Nederland.

- Het aantal sterfgevallen per 100 verpleeghuisbewoners was tijdens de periode oktober-december 2020 hoger in België dan in Nederland.
- Tijdens de huidige golf is het aantal sterfgevallen hoger in Nederland.
- Uit de Belgische data blijkt dat het aantal sterfgevallen tijdens de start van de huidige golf toenam, maar dat deze circa 2 weken na de start van de boosterprikken weer afnam.

#### Vaccinatiegraad Nederland & België

Onderstaande tabel vergelijkt de vaccinatiegraad van ouderen naast elkaar. Dit betreft alle ouderen, niet alleen de bewoners van de verpleeghuizen.

Nederland	Opkomst 1 <sup>e</sup> prik	Volledig	België	Opkomst 1 <sup>e</sup> prik	Volledig
81+	92%	89%	85+	92%	90%
71-80 jaar	93%	93%	75-84 jaar	94%	93%
61-70 jaar	91%	90%	65-74 jaar	94%	93%

Tabel 3: vergelijking van vaccinatiegraad bij ouderen in België en Nederland  
Bron: Coronadashboard & RIVM; Belgium COVID-19 Dashboard - Sciensano

Maatregelen in Nederland en België

Tot slot is hierna ingegaan op de basismaatregelen.

Maatregel	Nederland	België
Mondkapjes	OMT 116 <sup>e</sup> en 117 <sup>e</sup> : preventief dragen mondneusmaskers is afhankelijk van risiconiveau; niet nodig bij risiconiveau 'waakzaam'.	Mondkapjesplicht (chirurgisch masker) in woonzorgcentra. Geldt óók voor bezoekers.
Horeca	Horeca in verpleeghuizen toegankelijk voor iedereen vanwege sociale en maatschappelijke functie.	Horeca in woonzorgcentra alléén toegankelijk voor bewoners en hun bezoekers.
CTB	N.v.t.	Sinds 1 november 2021 mag een woonzorgcentra vragen om een CTB.
Uitbraak	Bij een uitbraak, strengere maatregelen (deels afsluiting voor bezoek, testen, enz). Zie ook nieuwe handreiking aanpak verpleeghuiszorg bij corona (vorig jaar door veldpartijen in de langdurige zorg gemaakt hoe om te gaan met bezoek en sociaal contact) Bron: <a href="https://www.actiz.nl/nieuwe-handreiking-aanpak-verpleeghuiszorg-bij-corona-gereed">https://www.actiz.nl/nieuwe-handreiking-aanpak-verpleeghuiszorg-bij-corona-gereed</a>	Bij een uitbraak kunnen strengere maatregelen gelden.
Booster	Eerste boosterprik halverwege november 2021.	Op 9 september gestart met booster van immuun-gecompromitteerden. Dit betrof ook hoogbejaarden en daarmee een deel van de woonzorgcentra. Op 22 september 2021 is gestart met het booster van alle bewoners van woonzorgcentra.

Tabel 4: Vergelijking van maatregelen in België en Nederland.

Conclusie

De voorgaande vergelijking leert het volgende. Het aantal besmettingen en sterfgevallen in Nederlandse en Belgische verpleeghuizen is redelijk vergelijkbaar voor de periode 28 september 2020 – 28 november 2021. In België lag het aantal sterfgevallen hoger tijdens de tweede golf, in Nederland ligt het aantal sterfgevallen hoger tijdens de huidige (vierde) golf. De toegediende vaccins en de vaccinatiegraad zijn vergelijkbaar voor Nederland en België.

Er zijn diverse verklaringen mogelijk voor de verschillen tussen Nederland en België. Er kan uiteraard sprake zijn van verschillen in registratie, dataverwerking en definities, er kunnen gezondheidsverschillen tussen de populaties van verpleeghuisbewoners, er kunnen verschillen zijn in infectiedruk, testbeleid en beleid ten aanzien van quarantaine en isolatie. Deze verschillen in beeld brengen

vergt nader onderzoek. Enkele verschillen zijn wel duidelijk. Er is een verschil in de wijze waarop met de basismaatregelen is omgegaan. In Nederland gold bij versoepelingen dat de verpleeghuizen een onderdeel zijn van de samenleving en qua maatregelen daarop moet meebewegen. Dit uitgangspunt is belangrijk voor de kwaliteit van leven van de cliënten. Daarbij zijn we er ons van bewust dat sprake is van een wat hoger risico voor bewoners. Het tweede in het oog springende verschil is de start van het boosterplan. In België is op 9 september 2021 gestart en in Nederland op 18 november 2021.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

#### *Signalen bij hulplijnen*

Ik zie de belangrijke rol die hulplijnen en online platforms nog steeds vervullen. De behoefte aan een luisterend oor, aan informatie en/of het vragen en aanbieden van hulp, blijft aanwezig. Ik blijf dan ook mijn waardering uitspreken voor organisaties en vrijwilligers die zich inzetten om in deze moeilijke tijd een ander te helpen, vaak terwijl ze het zelf ook zwaar hebben.

Veel mensen weten de weg naar de verschillende hulplijnen en platforms te vinden. Op de website [www.steunpuntcoronazorgen.nl](http://www.steunpuntcoronazorgen.nl) is een overzicht te vinden van deze hulplijnen. Een aantal hiervan zijn:

- De Luisterlijn
- De Kindertelefoon
- Alles Oké?
- De hulplijn van het Rode Kruis
- Mantelzorglijn
- MIND Korrelatie

Gedurende de coronapandemie heb ik regelmatig contact gehad met de hulplijnen om de ontwikkelingen te kunnen volgen. Tijdens de eerste coronagolf gaven de hulplijnen aan dat er in vergelijking met de situatie vóór corona een stijging was in het aantal oproepen. In eerste instantie ging het vooral om praktische (hulp)vragen, zoals hulp bij het doen van boodschappen of vervoer naar de teststraat, naarmate de crisis langer duurde was er sprake van een verschuiving naar de behoefte aan een luisterend oor. Angst, depressie en eenzaamheid waren steeds vaker het gespreksonderwerp. Het kabinet heeft toen een steunpakket van 200 miljoen beschikbaar gesteld om in te zetten op de sociale en mentale gezondheid en een gezonde leefstijl. Ik ben voornemens om uw Kamer nog voor het eind van het jaar te informeren over de opbrengsten van het steunpakket.

Naar aanleiding van de huidige maatregelen en de stijgende coronabesmettingen heb ik de hulplijnen opnieuw gevraagd een beeld te schetsen van de vragen die zij ontvangen. Over het algemeen melden de meeste hulplijnen dat het aantal oproepen constant is over het jaar heen met zo nu en dan de gebruikelijke fluctuaties. De Mantelzorglijn meldt dat het aantal vragen die ze binnen krijgen wel is gestegen sinds de recente stijging van het aantal coronabesmettingen. Meest voorkomende vraag is of mantelzorgers gelijktijdig met de zorgvrager een boostervaccin kunnen ontvangen. Tevens is er een toename in vragen over de persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) en de mogelijkheid om gratis sneltesten te verkrijgen (zie verder: 'verlenging regeling PBM en zelftesten'). De Mantelzorglijn geeft aan dat mantelzorgers toenemende druk ervaren in verband met de personeelstekorten in de (thuis)zorg en het uitstellen van de zorg en/of ondersteuning bij een coronabesmetting. Gemeenten kunnen hier een rol in spelen

door mantelzorgers ondersteuning te bieden via bijvoorbeeld mantelzorgsteunpunten.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

De overige hulplijnen zoals de Kindertelefoon, Alles Oké Supportlijn en de Landelijke Luisterlijn melden dat de gesprekken nog steeds veel gaan over de mentale gezondheid, zoals angsten, depressie en eenzaamheid. Alles Oké Supportlijn heeft in november meer coronagerelateerde gesprekken ontvangen dan in de maand ervoor. MIND Korrelatie meldt dat in week 47 en 48 sprake is van een verergering van de psychische klachten, vooral de uitzichtloosheid van de situatie valt mensen zwaar. Bij de hulplijnen wordt ook steeds vaker gebeld voor de relatie met partner, vrienden en/of familie. De langdurige situatie waar we als samenleving in zitten heeft ook invloed op de persoonlijke relaties van en tussen mensen.

De meeste hulplijnen zijn toegankelijk voor Nederlandstaligen en Engelstaligen. Om de toegankelijkheid te vergroten heeft het Nederlandse Rode Kruis verschillende WhatsApp-lijnen voor anderstaligen, zoals in het Arabisch, Tamazight, Turks, Portugees en Pools. Sinds 2 december jl. is ook een WhatsApplijn voor Frans- en Spaanstaligen geopend. Veel van de recente WhatsApp- gesprekken gaan over mensen die zich steeds meer zorgen maken om de coronasituatie nu de epidemie erger lijkt te worden. Het Nederlandse Rode Kruis heeft sinds de opening van de algemene hulplijn 35.000 oproepen gehad.

Naast de hulplijnen zijn er ook veel online platforms waar mensen terecht kunnen voor hun vraag en/of aanbod voor hulp, zoals mijnbuurtje, Nextdoor en Handjehelpen. Ook NLvoorElkaar biedt landelijk organisaties en particulieren de mogelijkheid om vrijwilligersvraag-en aanbod te plaatsen. NLvoorElkaar ziet een stijging in het aantal hulpvragen op het platform vergeleken met vorig jaar, vooral op het thema eenzaamheid. Veel hulpvragen gaan over de behoefte aan gezelschap in de vorm van een maatje of buddy. NLvoorElkaar is met een samenwerkingspartner een campagne gestart om Nederland aan te moedigen elkaar een uurtje te helpen. Ik juich dergelijke initiatieven toe en roep eenieder op om extra aandacht te geven aan een ander. De situatie heeft, niet altijd zichtbaar, z'n weerslag op iedereen. Daarom is het goed om kracht en steun te vinden bij elkaar en naar elkaar om te blijven kijken, zowel binnen als buiten je omgeving.

#### *Verlenging regeling PBM en zelftesten*

Om budgethouders en mantelzorgers en kwetsbare personen in thuisisolatie te voorzien van persoonlijke beschermingsmiddelen en/of zelftesten, bestaat een aparte voorziening die via de apothekers wordt uitgevoerd. Ik onderzoek de mogelijkheden om deze voorziening voor 2022 te verlengen.

#### *Crisis management plan (CMP) Nederlandse Rode Kruis*

In juni heeft het Rode Kruis het CMP (crisis management plan) gedeactiveerd. Een actief CMP betekent dat alle vrijwilligers en beroepskrachten reguliere werkzaamheden moeten stopzetten en werken ten behoeve van de noodsituatie. De afgelopen maanden zijn de COVID werkzaamheden van het Nederlandse Rode Kruis niet gestopt, een deel van de medewerkers was echter weer gestart met hun reguliere werkzaamheden. Onlangs heeft het Rode Kruis besloten om het CMP weer te activeren.

Om de hulpverlening gecoördineerd en zo efficiënt mogelijk te laten verlopen is besloten per 29 november wederom te gaan werken met de crisisstructuur. Het Rode Kruis richt zich daarbij op twee grote prioriteiten:

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

1. Corona: met het hoge aantal besmettingen in Nederland en de druk op de zorg, neemt het aantal vragen op het gebied van coronahulpverlening flink toe. Met ziet met name toenemende vragen bij (begeleid)vervoer, ondersteuning in verzorg- en verpleeghuizen en bij huisartsenposten en vaccinatielocaties.
2. COA: daarnaast heeft het COA het Rode Kruis gevraagd te ondersteunen bij de opvang van vluchtelingen in Nederland. Opvangcentra zitten vol en het Rode Kruis zal helpen om mensen hier zo goed en humaan mogelijk op te vangen.

## **15. Communicatie**

### *Maatregelen*

Naar aanleiding van eerdere debatten met de Eerste en Tweede Kamer breng ik hierbij in beeld op welke wijze er wordt gecommuniceerd over de geldende basisregels en maatregelen. Hierbij geef ik invulling aan de toezeggingen aan het lid Gündoğan (Volt) en aan het lid Karakus (PvdA).

Het kabinet heeft direct bij het inzetten van de huidige golf (medio oktober) de communicatie fors geïntensiveerd. De maandelijkse uitgaven aan advertentieruimte op radio, tv, papieren media, digitale media en in de buitenruimte zijn dit jaar nog niet zo hoog geweest als nu. Met een afgewogen mediamix behalen we het hoogste mogelijke bereik. De campagne-inspanningen worden regelmatig geëvalueerd door middel van een campagne-effectonderzoek en zo zien we ook hoeveel impact onze communicatie heeft. Dit onderzoek wordt altijd gepubliceerd.

Uit het meest recente campagne-effectonderzoek en het recente cohort en trendvragenlijstonderzoek van de gedragsunit van het RIVM zien we dat in de afgelopen maand de naleving van de meeste basisregels is toegenomen.

### Informatievoorziening

Rijksoverheid.nl is de belangrijkste informatievoorziening. Redacteuren zorgen er dagelijks voor dat alle informatie up-to-date is. Na besluitvorming wordt informatie bij voorkeur tijdens en anders zo kort mogelijk na de persconferentie aangepast. Rijksoverheid.nl is ook de basis voor vraagbeantwoording van de call-centers.

Het kabinet vindt het belangrijk dat mensen met een verminderd taalbegrip of een mindere beheersing van de Nederlandse taal informatie kunnen vinden. Daarom worden onder meer nieuwsberichten naar verschillende talen vertaald, verschijnt er een nieuwsbericht in eenvoudige taal en worden beeldsamenvattingen gemaakt van de geldende en nieuwe maatregelen. Er wordt intensief met Steffie samengewerkt om ook mensen met een verstandelijke beperking van begrijpelijk informatie te voorzien. Daarnaast worden de persconferenties 'getolkt' om mensen met een auditieve beperking te bereiken.

### Massamediale campagne

Sinds het begin van de crisis is de massamediale campagne 'Alleen samen krijgen wij corona onder controle' een belangrijke ruggengraat van de communicatie vanuit de Rijksoverheid. Op dit moment lopen verschillende (deel)campagnes:

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

- In de afgelopen maand is de campagne over het testen bij klachten en het belang van thuisisolatie na een positieve test gestart. Radio, tv, sociale media en reclame in de buitenruimte (bijvoorbeeld op digitale displays) worden ingezet. De kern van de campagne is: 'Twijfel je of je je moet laten testen? Laat je dan testen'.
- In december is een extra ronde van de campagne gericht op het tegengaan van eenzaamheid gestart, hierbij worden onder andere een tv-commercial, advertenties in dagbladen en magazines en online bannering ingezet.
- De massamediale campagnes over de basisregels, het coronatoegangsbevijs en vaccineren zijn verder geïntensiveerd. Zo wordt er nu een tv-spot gericht op het vermijden van drukte ingezet. Op de borden boven de snelwegen staat sinds de vorige persconferentie de boodschap "blijf zoveel mogelijk thuis".
- Recent is ook de campagne over de herziene mondkapjesplicht gestart.
- Vanaf begin december wordt er via twee deelcampagnes aandacht besteed aan het samen, maar veilig vieren van de feestdagen: bij het inkopen doen (voorbereiding) en tijdens het vieren zelf. De basisregels inclusief zelftesten en ventileren staan hierin centraal. De campagnes worden vertoond op (digitale) radio, (digitale) tv en sociale media. In aanloop naar de feestdagen wordt in landelijke en regionale dagbladen en huis-aan-huis kranten een advertentie geplaatst om de basisregels nog eens onder de aandacht te brengen. In wijken of gebieden waar de vaccinatiegraad laag is, wordt daarbovenop extra nadruk gelegd op de basisregels met advertenties in de buitenruimte.
- Het kabinet blijft het thuiswerkadvies met tips en informatie onder de aandacht brengen via [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl), [www.hoewerktnederland.nl](http://www.hoewerktnederland.nl) en via sociale media.

Naar aanleiding van vragen van de fractie van Volt kijken we of er gemeenten zijn waar de vaccinatiegraad hoog is, maar het aantal besmettingen ook. Mogelijk volgt ook in die gemeenten extra communicatie-inzet.

### Sociale media

Sociale media lenen zich voor praktische communicatie gericht op het handelingsperspectief. Rond persconferenties worden visuals verspreid van de aangekondigde veranderingen. Tussendoor worden regelmatig sociale media posts verspreid over de basisregels. Zoals handen wassen, 1,5 meter afstand houden, ventileren en testen. In de hierna volgende alinea's over ventileren en testen wordt dit verder toegelicht.

### Partners

Het kabinet vindt het belangrijk dat er niet alleen vanuit de Rijksoverheid wordt gecommuniceerd. We zijn dan ook blij met alle samenwerkingen die in de afgelopen bijna twee jaar zijn opgebouwd. Allereerst met de veiligheidsregio's en de gemeenten. Zij zorgen er voor dat er met de inwoners van die regio's en

gemeenten wordt gecommuniceerd, passend bij die situatie in die regio. Lokale initiatieven worden gedeeld en beschikbaar gesteld aan andere gemeenten. Een mooi voorbeeld is daarbij de campagne 'Ik hou (anderhalve meter afstand) van jou' die de gemeente Amsterdam heeft ontwikkeld en die nu landelijk wordt versterkt en ingezet.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

Ook andere maatschappelijke organisaties pakken hun rol. Er vindt constant overleg plaats met sectoren over de te nemen maatregelen, sectoren hebben hier de gelegenheid om aandachtspunten in te brengen. Deze gesprekken vormen een belangrijk onderdeel van de communicatie. Naast het standaardpakket (informatie op [rijksoverheid.nl](http://rijksoverheid.nl), Q&A's, nieuwsberichten, factsheets, visuals, socials, toolkit voor ondernemers), ontvangen brancheorganisaties campagnemateriaal. Zo kunnen ondernemers in aansluiting op deze campagnes hun eigen materiaal (door)ontwikkelen. Ondernemers kunnen ook terecht bij de helpdesk van de KvK.

#### *Wijkgerichte aanpak*

In de maatregelenbrief aan de Tweede Kamer van 12 november jl. heb ik uitgebreid toegelicht welke communicatieactiviteiten worden ingezet voor de wijkgerichte aanpak.

Aanvullend daarop is op basis van de input van lokale GGD'en een nieuwe landelijke campagne opgezet om priklocaties onder de aandacht te brengen. Met de data die we voor prikkenzonderafpraak.nl verzamelen, worden online banners gecreëerd die op populaire nieuwssites worden getoond met daarbij het adres van de dichtstbijzijnde priklocaties. Deze gerichte aanpak wordt ingezet in gebieden waar de vaccinatiegraad achterloopt, waaronder de 30 geïdentificeerde gemeenten uit de wijkgerichte aanpak. De campagne is in december gestart.

Op dit moment loopt een kwalitatief onderzoek over het coronatoegangsbewijs (CTB) in de wijken die onderdeel uitmaken van de wijkgerichte aanpak. Doel is om de belevingswereld van bepaalde doelgroepen (bijvoorbeeld mensen die digitaal minder vaardig zijn, moeite hebben met taal, minder vertrouwen in de overheid hebben) te doorgronden, met name als het gaat om de houding ten opzichte van het CTB en het praktisch gebruik daarvan. De onderzoeksresultaten worden gebruikt om de communicatie over het CTB verder te verbeteren.

#### *Vaccinatie*

##### Booster

De boostervaccinatiecampagne zit in een flinke versnelling. Dagelijks worden de jaargangen die aan de beurt zijn via (sociale) media opgeroepen om een afspraak te maken. We stimuleren mensen om dit zoveel mogelijk online te doen om de wachtrijen in het callcenter te beperken. We vragen familieleden, kennissen en burens om ouderen die soms minder digitaal vaardig zijn te helpen bij het maken van een online afspraak.

Op [uitlegprikafpraak.nl](http://uitlegprikafpraak.nl) wordt stap voor stap uitgelegd hoe het maken van een online afspraak in zijn werk gaat. Deze extra uitleg werken we uit in een handleiding die onder andere via ouderenbonden, buurthuizen en seniorenorganisaties verspreid kan worden. Voor meer informatie over het belang van een boostervaccinatie werken we aan een serie achtergrondartikelen voor

verschillende doelgroepen. De artikelen worden online gedeeld via coronavaccinatie.nl, sociale media, belangen-, branche- en koepelorganisaties en via huis-aan-huis en regionale bladen.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

Naast deze extra inzet is de basisinformatie over de boostervaccinatie te vinden op coronavaccinatie.nl/booster, medisch inhoudelijke informatie op <https://www.rivm.nl/covid-19-vaccinatie/vragen-achtergronden/boostervaccinatie> en informatie voor zorgmedewerkers op <https://www.rivm.nl/covid-19-vaccinatie/professionals/boostervaccinatie-zorgmedewerkers>.

Deze basisinformatie is aangevuld met een praatplaat en Steffie-module voor mensen die minder taalvaardig zijn, video's en animaties met extra uitleg en social mediaberichten met het antwoord op veel gestelde vragen.

### Kinderen

Het is van het grootste belang zorgvuldig te zijn in de communicatie over de coronavaccinatie voor kinderen. Hiervoor is een speciale werkgroep ingericht waarin het ministerie van VWS samenwerkt met vertegenwoordigers van AJN Jeugdartsen Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, ActiZ, de Gezondheidsraad, GGD GHOR en het RIVM. De werkgroep heeft als doel ouders en kinderen zo goed mogelijk te informeren over de coronavaccinatie.

Voorbeelden van middelen die hiervoor worden ontwikkeld zijn de webpagina coronavaccinatie.nl/kinderen, een praatplaat en visuele uitleg voor kinderen, vijf vragen over de coronavaccinatie voor kinderen, een achtergrond artikel en een artikel over het Multisystem Inflammatory Syndrome Children' (MIS-C), een zeldzame aandoening waarbij het coronavirus een ontstekingsreactie van de organen veroorzaakt. In aanvulling hierop maakt het Netwerk Patiënteninformatie een uitleg 'vaccin in het kort', specifiek gericht op ouders en een visuele uitleg voor kinderen.

### Verhogen vaccinatiegraad

#### 1. Spijtoptanten

We werken aan een deelcampagne waarin een of meerdere ongevaccineerde mensen die ernstig ziek zijn geweest na een coronabesmetting hun ervaring delen. Dit verhaal nemen we samen met een schets van de situatie in de ziekenhuizen op in huis-aan-huisbladen. Zo mogelijk wordt ook aandacht besteed aan zwangere vrouwen, omdat er veel behoefte is aan aandacht voor vaccinatie bij deze groep. Hier werd eerder in deze brief, onder pagina 12, al uitgebreider op ingegaan.

#### 2. Twijfelaars

Er is een groep mensen die twijfelt over het nemen van een vaccinatie tegen het coronavirus. De oorzaak is vaak desinformatie die zij via social media of familie en vrienden krijgen. Met de campagne 'Over vaccineren' willen we hen aanspreken en voorzien van de juiste informatie op een toon die hen aanspreekt. Op de website overvaccineren.nl geven we informatie over de twijfels die zij hebben. Het doel is mensen een stap verder te helpen in het nemen van de beslissing om zich te laten vaccineren en in elk geval desinformatie en feitelijke onjuistheden tegen te gaan.

#### 3. Mensen die vanwege hun geloof nog geen vaccinatie hebben gehaald

Om de geloofsgemeenschappen te informeren over vaccineren, maken we content voor sociale media. Hierin bieden we feitelijke informatie over de onderwerpen die binnen de verschillende gemeenschappen leven. Daarnaast maken we een video met een huisarts die antwoord geeft op de vier meest gestelde vragen door (streng) gelovigen. Er zijn ook andere initiatieven om mensen uit verschillende geloofsgemeenschappen te bereiken.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

Zo heeft de gemeente Amsterdam een soapserie geproduceerd voor de veelal gelovige Ghanese gemeenschap, waarin verschillende boodschappen rond vaccineren zijn verwerkt. Verschillende imams maken en verspreiden filmpjes over het nut en de noodzaak van vaccineren. De gemeente Rotterdam doet veel met Facebook live, gericht op de geloofsgemeenschappen. We zijn met de gemeenten in gesprek over de vraag hoe we deze en andere initiatieven vanuit de Rijksoverheid kracht kunnen bijzetten.

#### Aanpak desinformatie

Het bieden van feitelijke en juiste informatie tegenover desinformatie heeft de hoogste prioriteit. Het doel is de informatiepositie van burgers te verstevigen. De geïntensiverde aanpak volgt twee routes:

1. Meer kennis over desinformatie verspreiden en zo bewustwording creëren.
  - Er is een 'Handreiking Desinformatie in coronatijd'<sup>83</sup> voor zorgprofessionals opgesteld en verspreid. Deze handreiking is bedoeld voor mensen in de zorg, onderwijs of andere publieke beroepen. Deze brochure is door het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap verspreid in het onderwijsveld.
  - Tips en handvatten uit de handreiking delen we via onder andere social media in de vorm van teasers en filmpjes.
2. Meer middelen verspreiden over specifieke onderwerpen waarover veel desinformatie rond gaat.
  - Via monitoring, webcare en samenwerkingspartners zoals het RIVM, CBG, IGJ en Lareb weten we wat er speelt en op welke onderwerpen aanvullende informatie nodig is om mensen te informeren en daarmee de desinformatie te ontkrachten.
  - We verspreiden continu de feitelijke informatie over deze onderwerpen en werken hiervoor samen met experts, zoals artsen. Dit doen we met behulp van artikelen, folders, social mediaberichten, filmpjes en intensieve webcare.
  - Ook starten we met een interactieve manier waarop mensen in gesprek kunnen gaan over de genoemde onderwerpen en desinformatie in het algemeen.

Met deze geïntensiverde aanpak desinformatie geef ik invulling aan de motie de leden Van der Voort en Backer (D66) over 'Informatievoorziening en desinformatie betreffende corona'.<sup>84</sup>

#### *(Zelf)testen*

In de aanloop naar de feestdagen wordt de communicatie over zelftesten

<sup>83</sup> [www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2021/12/02/handreiking-desinformatie-voor-zorgprofessionals-in-coronatijd](http://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2021/12/02/handreiking-desinformatie-voor-zorgprofessionals-in-coronatijd)

<sup>84</sup> Kamerstuk 35 899, nr. L.

geïntensiveerd. Daarbij wordt ingezet op het bevorderen van het gebruik van zelftesten voordat je op bezoek gaat of bezoek ontvangt.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

De Steffie-module met uitleg voor laaggeletterden over zelftesten is aangepast en vertaald naar meerdere talen. De huidige animaties worden aangepast en een nieuwe animatie is in de maak over wanneer en waarom je een zelftest doet. Extra aandacht over de betrouwbaarheid van zelftesten komt binnenkort op [rijksoverheid.nl](http://rijksoverheid.nl), deze teksten zijn op dit moment in bewerking. Dat geldt ook voor de informatie over het afnemen van zelftesten bij kinderen.

Een online campagne over het zelftesten is gestart op 11 december jl. en loopt in elk geval tot 31 december. De landelijke feestdagencampagne op radio en tv is gestart op 12 december jl., hierin is de boodschap om preventief zelf te testen voor je op bezoek gaat of bezoek ontvangt meegenomen.

In het funderend onderwijs is het zelftestadvies uitgebreid: voor leerlingen van de groepen 6, 7 en 8 in het primair onderwijs, alle leerlingen van het voortgezet onderwijs en alle leraren geldt: twee keer per week thuis een preventieve zelftest doen, zo nodig met behulp van ouders of andere verzorgers. Leraren en leerlingen ontvangen de zelftesten via de school. Alleen al in het primair onderwijs gaat het om zo'n 1,2 miljoen zelftesten per week extra voor de leerlingen.

Op 1 december zijn 917 schoolbesturen en 6.615 scholen in het basisonderwijs en speciaal (basis)onderwijs per brief geïnformeerd over de uitwerking van dit besluit.<sup>85</sup> Scholen konden vervolgens ouders/verzorgers verder inlichten. Om hierbij te helpen zijn de volgende materialen gemaakt en beschikbaar gesteld via [www.lesopafstand.nl/zelftesten](http://www.lesopafstand.nl/zelftesten):

- Handreiking zelftesten voor de school
- Voorbeeldbrief ouders/verzorgers (Nederlands, Engels, Turks en Arabisch)
- Instructievideo's zelftesten en flyer voor ouders/verzorgers
- Lesmateriaal voor docenten

#### *Quarantaine*

De publiekscampagne over quarantaine wordt nu al een aantal weken ingezet, deze wordt per half december verlengd op de online kanalen zoals social media en display banners. Doel is om de naleving van quarantaine/thuisblijven te blijven stimuleren. De gebruiksvriendelijke Quarantainecheck - [quarantainecheck.rijksoverheid.nl](http://quarantainecheck.rijksoverheid.nl) - staat hierbij centraal.

Daarnaast loopt de campagne voor de quarantaineplicht ook de hele maand december door. Deze wordt specifiek ingezet op relevante plekken voor reizigers uit zeer hoog risicogebieden. Hier wordt onderscheid gemaakt tussen reizigers uit zeer hoog risicogebieden zonder en met zorgwekkende virusvariant (bijvoorbeeld Zuid-Afrika in verband met de omikronvariant).

De Quarantaine Reischeck - [reizentijdenscorona.rijksoverheid.nl](http://reizentijdenscorona.rijksoverheid.nl) - speelt hier een prominente rol om reizigers die (terug) komen naar Nederland te voorzien van

<sup>85</sup> [www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/documenten/publicaties/2021/12/01/brief-scholen-aangescherpte-coronamaatregelen-in-het-basisonderwijs-en-speciaal-basisonderwijs](http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/documenten/publicaties/2021/12/01/brief-scholen-aangescherpte-coronamaatregelen-in-het-basisonderwijs-en-speciaal-basisonderwijs).

juiste en persoonlijke informatie. Ook zijn er flyers ontwikkeld om de reizigers o.a. op Schiphol te voorzien van informatie, zoals het testadvies na terugkomst in Nederland en de quarantaineplicht.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

#### *Ventileren*

Van 12 november tot 12 december is een online campagne gevoerd over ventileren. Een animatie met het hoe en waarom van ventileren is ingezet als voorfilmpje bij uitgesteld televisiekijken en op YouTube voor filmpjes en programma's. Daarnaast is in verschillende berichten aandacht gevraagd: in verschillende posts op Twitter, Instagram, Facebook en LinkedIn.

Tijdens de persconferentie van 12 november is het belang van ventileren uitgebreid toegelicht door de minister-president. Het 'waarom' van ventilatie in de thuissituatie wordt binnenkort nogmaals toegelicht in een video en ventilatie is een van de onderwerpen in de radio- en televisiespotjes rond de feestdagen die de basisregels onder de aandacht brengen.

#### *CoronaMelder*

Omdat het aantal besmettingen nog steeds onverminderd hoog is, is het belangrijk dat mensen snel weten of ze bij iemand in de buurt zijn geweest met corona. Daarvoor is de Coronamelder-app beschikbaar. De Coronamelder-app wordt in bestaande communicatiemiddelen meegenomen. Daarnaast worden er enkele advertorials gemaakt over het nog sneller anoniem kunnen doorgeven van een besmetting via de app op coronatest.nl. De communicatietoolkit voor partners wordt geactualiseerd, een radio-item over Coronamelder is ingepland en een nieuwe poster en folder voor in de GGD-test- en vaccinatiestraten komen binnenkort beschikbaar.

#### *Coronadashboard*

De informatie op coronadashboard.rijksoverheid.nl is op 7 december jl. uitgebreid. Op het dashboard is nu ook informatie over boosterprikken en derde prikken terug te vinden. Het gaat om de volgende gegevens:

- Totaal aantal gezette boosterprikken en derde prikken. N.B. Getal is inclusief derde prikken en geschatte boosterprikken gezet door overige uitvoerders.
- Aantal boosterprikken gezet door de GGD (deze zijn geregistreerd)
- Aantal geschatte boosterprikken gezet door overige uitvoerders, omdat de registraties vertraagd binnen komen.
- Aantal derde prikken gezet door de GGD (deze zijn geregistreerd)

#### *Reizen*

De vliegverboden zijn gecommuniceerd via een nieuwsbericht van het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat (IenW) op rijksoverheid.nl (met updates voor Mozambique en Malawi op respectievelijk 26 en 27 november). Ook is er een aparte webpagina op rijksoverheid.nl aangemaakt en is er via sociale media van de verschillende departementen (ministeries van IenW, VWS en BZ) aandacht gevraagd voor de vliegverboden (op 26 en 27 november) en voor de aanvullende maatregelen.

Webcare-afdelingen van betrokken ministeries hebben de publieksvragen

afgehandeld. Vliegtuigmaatschappijen zijn per direct geïnformeerd via een NOTAM (Notice to Airmen). Het ministerie van BZ heeft de website nederlandwereldwijd.nl aangepast aan de nieuwe situatie en de buitenlandse posten geïnformeerd. Informatie over de inreismaatregelen en aanscherping van de quarantaineregels is op alle websites en in de communicatiemiddelen direct aangepast.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

Voor de kerstvakantie start de campagne 'Winterreizen'. Deze heeft met name een informerend karakter en legt uit dat reizigers zich goed moeten voorbereiden op hun reis. En ook tijdens de reis goed geïnformeerd moeten blijven over eventuele nieuwe ontwikkelingen.

## 16. Arbeidsmarkt

### *Inzet Nationale zorgreserve en Defensie*

In de Kamerbrief van 12 november jl.<sup>86</sup> heb ik uw Kamer geïnformeerd dat Defensie en de Nationale Zorgreserve gedurende een korte periode bijstand kunnen verlenen om de piekbelasting bij zorgorganisaties te ondervangen. Beide bronnen beschikken over een beperkte capaciteit en fungeren als *last resort*. Om deze inzet zo optimaal mogelijk te verdelen over organisaties in nood, zijn afspraken gemaakt. Zorgorganisaties dienen een aantal stappen te doorlopen voordat crisisinzet vanuit deze bronnen aan de orde is:

- Stap 1: Het benutten van de eigen interne en externe flexibele schil.
- Stap 2: Samenwerken in de regio, gericht op patiëntenspreiding, het delen van zorgmedewerkers en regionale COVID-opvang buiten het ziekenhuis.
- Stap 3: Beroep doen op het Rode Kruis voor mensen in ondersteunende werkprocessen.

Als dit onvoldoende is, is een beroep op de Nationale Zorgreserve mogelijk, waarbij getoetst wordt of sprake is van een kortdurende crisisinzet. Aanvragen bij de Nationale Zorgreserve ten behoeve van regionale opvang voor COVID-zorg buiten het ziekenhuis gaan in de prioritering voor individuele aanvragen van zorgorganisaties. Inmiddels zijn er 1.200 actieve zorgreservisten geregistreerd bij de stichting Extra Zorg Samen. In november zijn meer dan 350 diensten ingevuld door zorgreservisten. De stichting Extra Zorg Samen beheert het huidige reservistenbestand en blijft reservisten werven. De ervaring leert dat gerichte regionale en lokale wervingscampagnes het meest effectief zijn. Ook ben ik bezig met de inrichting van de Nationale Zorgreserve. In de volgende fase worden de juridische en uitvoerings- en financieringsvraagstukken van dit voorstel uitgewerkt. Het streven is de Nationale Zorgreserve te operationaliseren na de zomer van 2022.

Schiet de bijstand van de Nationale Zorgreserve tekort, dan is de inzet van Defensie mogelijk, op het moment dat een *fact finding mission* de noodzaak daarvan heeft bevestigd. Defensie is sinds begin december actief bij het Universitair Medisch Centrum Utrecht in het kader van de landelijke patiëntenspreiding. Vanaf 6 december jl. is Defensie ingezet bij twee ziekenhuizen in Limburg, namelijk het Viecuri Ziekenhuis en het Zuyderland Ziekenhuis. De crisisinzet in Limburg wordt in principe voor het einde van 2021 beëindigd.

<sup>86</sup> Kamerstuk 25295, nr. 1519.

*Amendement Ellemeet herstel van zorgprofessionals*

Het aangenomen amendement Ellemeet/De Vries resulteert in €10 miljoen voor het herstel van zorgprofessionals. Zeggenschap is een belangrijke voorwaarde voor effectief herstelbeleid. Om professionele zeggenschap te verbeteren, zijn door de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en de brancheorganisaties al eerder werkagenda's opgesteld. Hierover wordt momenteel overleg gevoerd met de partijen. Los daarvan zullen de onderhavige financiële middelen (€10 miljoen) ten goede komen aan verpleegkundigen, verzorgenden en/of begeleiders. Zij worden ondersteund door het samenwerkingsverband van V&VN, de Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk (BPSW) en brancheorganisaties. Deze aanpak biedt zorgprofessionals ondersteuning bij het verwerven van vaardigheden door middel van intervisie, een leernetwerk en tijd en ruimte om binnen de werkcontext vorm en inhoud te geven aan zeggenschap. Daarnaast zetten partijen in op zeggenschap bij herstelbeleid.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

*Manifest 'Waardering, Zeggenschap & Resultaten'*

Ik heb kennisgenomen van het manifest 'Waardering, Zeggenschap & Resultaten' dat het collectief van (IC-)verpleegkundigen Nurse Minded 22 november jl. aanbood aan uw Kamer. Het collectief roept op tot meer waardering, zeggenschap en resultaten ten aanzien van de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek in de zorgsector. Deze uitgangspunten zijn herkenbaar in de bestaande beleidskoers, al ligt de eerste verantwoordelijkheid voor de onderwerpen in het manifest bij zorgorganisaties. Het is de werkgever die met medewerkers bespreekt wat zij nodig hebben om inzetbaar te blijven of meer uren te werken. Het manifest spreekt ook de UMC's en de NFU aan op verantwoordelijkheden. Voor het ministerie van VWS biedt het manifest input voor beleid in het kader van de 'Herijking Aanpak Najaar', waarin we komende periode nagaan wat nodig is om de optimale inzet van personeel te ondersteunen. Tevens biedt het manifest input voor het herstel van zorgprofessionals, zoals hierboven onder het kopje 'Amendement Ellemeet herstel van zorgprofessionals' toegelicht.

*Zorgprofessionals met langdurige gezondheidsklachten na een COVID-19-besmetting*

Voor hen die te maken hebben met langdurige gezondheidsklachten na COVID-19 besmetting (ook wel aangeduid als 'Long COVID') kan dat ingrijpende gevolgen hebben. Niet alleen in medisch en sociaal opzicht, ook financieel. D66 en FNV hebben gevraagd iets te doen voor zorgprofessionals die door langdurige coronaklachten te maken hebben met inkomensgevolgen. In reactie op die vragen heb ik in de brief aan uw Kamer van 20 september jl.<sup>87</sup> toegezegd uw Kamer dit najaar te informeren over de vervolgstappen die ik rondom het vraagstuk van inkomensgevolgen van Long COVID voor zorgprofessionals ga zetten. Op 7 december jl. heb ik u mijn reactie op het schriftelijk overleg over de brief van 20 september jl. gestuurd. Met deze brief heb ik u in algemene zin geïnformeerd over de laatste ontwikkelingen rondom Long COVID.<sup>88</sup>

In mijn brief van 20 september jl. heb ik reeds aangegeven dat bij langdurige ziekte in principe het stelsel van sociale zekerheid volstaat: dat mensen langdurige coronaklachten hebben is geen aanleiding om aanvullende maatregelen op het

<sup>87</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1453.

<sup>88</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1453.

terrein van de sociale zekerheid te treffen en de periode van loondoorbetaling of ziekengeld te verlengen. Een nieuw ziektebeeld brengt met zich mee dat er nog geen onomstreden, breed gedragen definitie van het ziektebeeld is. Hierdoor kan niet goed worden vastgesteld om hoeveel mensen het gaat, noch in hoeverre mensen hierdoor (al dan niet) worden getroffen en welke impact dat op hen heeft. Ook staat nog niet vast wat de perspectieven op herstel zijn en in hoeverre sprake is van (permanente) restklachten. Daarom blijf ik de situatie van zorgprofessionals en andere mensen met langdurige coronaklachten volgen, om te kunnen beoordelen of de bestaande ondersteuning voldoende aansluit bij de situatie van deze groep.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

Het gebrek aan inzicht in de omvang en impact van de problematiek laat onverlet dat diegenen die te maken hebben met langdurige gezondheidsklachten na COVID-19 zich gehoord en gezien willen voelen en geholpen willen worden (in het omgaan) met deze klachten. Dit blijkt ook uit gesprekken met patiënten. Uit de kennis en ervaring met dit nieuwe ziektebeeld tot nu toe, komt naar voren dat de gevolgen sterk wisselen. Een deel van de patiënten herstelt na een relatief korte of langere periode van de klachten, terwijl een ander deel (vooral nog) klachten houdt. De impact van de gezondheidsklachten zal daarmee per patiënt verschillen.

Om mensen met langdurige gezondheidsklachten na COVID-19 op dit moment te helpen, zet ik in op een goede ondersteuning van deze patiënten, gericht op herstel en re-integratie. Deze inzet moet eraan bijdragen dat zij zich gehoord en gezien voelen en hen een adequate ondersteuning wordt geboden. Dit betreft een generieke inzet, gericht op eenieder die te maken heeft met langdurige coronaklachten, niet alleen op zorgprofessionals.

#### Korte termijn: Ondersteuning, herstel en re-integratie

In de brief van 20 september jl.<sup>89</sup> heb ik uitgebreid toegelicht welke generieke activiteiten worden ondernomen, gericht op zowel de Long COVID-patiënt als op werkgevers. In het kort gaat het om:

#### *Spoor 1: Onderzoek om beter beeld te krijgen van de klachten en effectieve behandeling van Long COVID*

- vanuit ZonMw en het RIVM loopt onderzoek naar de aard en omvang van de Long COVID klachten en effectieve herstel- en nazorg. Overigens zal ik op verzoek van de vaste commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op een later moment reageren op de bevindingen van het onderzoek van het RIVM, waarbij ik ook desgevraagd in zal gaan op onderzoek en behandeling van Long COVID bij kinderen.
- de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor COVID-19-nazorg die rekening houdt met het gegeven dat Long COVID-patiënten zowel lichamelijke als psychische problematiek kunnen ervaren. Deze richtlijn voor zorgprofessionals die zorg verlenen aan COVID-19-patiënten zal eraan bijdragen dat voor COVID-patiënten de best passende behandeling wordt ingezet.

#### *Spoor 2: Ondersteuningsaanbod voor Long COVID-patiënten*

<sup>89</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1453.

- C-support biedt op het gebied van gezondheid, werk, inkomen en sociaal leven ondersteuning aan COVID-19-patiënten die langer dan 3 maanden klachten houden en werkt daarbij samen met alle professionals waarmee de patiënt te maken heeft. Ook wordt training en nascholing gegeven aan zorgverleners, zoals huisartsen, bedrijfsartsen, UWV en GGZ-artsen;
- ondersteuning van Long COVID-patiënten via coronaplein.nu waar een plek is gecreëerd voor onder meer lotgenotencontact en contact met zorgverleners met deskundigheid op het terrein van COVID-19. Op 7 december is het amendement van het lid Paulusma c.s. om extra financiering vrij te maken ten behoeve van versterken van lotgenotencontact aangenomen. Momenteel wordt met patiëntenorganisaties, waaronder het Longfonds gesproken over invulling van het amendement;
- voor mensen die door COVID-19 last hebben van ernstige klachten of beperkingen kan (onder voorwaarden) gebruik gemaakt worden van de tijdelijke regeling paramedische herstellzorg, zoals fysiotherapie en oefentherapie.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

*Spoor 3: Ondersteuning bij werk*

- de bekendheid van Long COVID-klachten onder werkgevers wordt vergroot, bijvoorbeeld via de leidraad 'Herstel & re-integratie in het kielzog van COVID-19'<sup>90</sup> en het programma 'COVID-19 en werk'<sup>91</sup>. De handreikingen die vanuit dit programma zijn opgesteld voor werknemers, ZZP-ers, werkgevers en (arbo)zorgprofessionals zijn te vinden via <https://covid19.nl/tools>;
- tot slot ondersteunt SZW een onderzoeksprogramma gericht op wetenschappelijk onderbouwde inzichten over het begeleiden en ondersteunen van werkhervatting na COVID.

Bij eventuele signalen over de wenselijkheid van extra maatregelen die bijdragen aan erkenning, herstel en re-integratie van mensen met langdurige gezondheidsklachten na COVID-19, zal ik samen met de staatssecretaris van SZW bezien of, en zo ja hoe, daaraan invulling te geven. Door de patiënt zo goed mogelijk te ondersteunen, bevorderen we een spoedig herstel en kan de mogelijke impact die deze gezondheidsklachten nu heeft op de sociale omgeving van de patiënt en op het deelnemen aan de samenleving, worden ingeperkt. Daar ligt nu de eerste prioriteit, niet alleen voor zorgprofessionals met langdurige gezondheidsklachten als gevolg van COVID-19, maar voor eenieder die hiermee kampt.

Lange termijn: in beeld brengen van vraagstukken die aan de orde zijn

Naarmate de gezondheidsklachten door COVID-19 langer aanhouden en de patiënt niet (volledig) herstelt, zal de patiënt voor andere vraagstukken komen te staan. Ook voor de vraagstukken op de langere termijn is aandacht. Afhankelijk van de vraagstukken die zich bij deze groep voordoen, zal ik bezien:

- welke behoefte(n) deze groep heeft, en
- of, en zo ja, op welke wijze en door wie hierin kan worden voorzien.

<sup>90</sup> [nvaab-online.nl/sites/default/files/Herstel%20%26%20Re-integratie%20in%20het%20kielzog%20van%20COVID-19%20-%20Post-Acute%20gevolgen%20van%20SARS%20CoV-2%20infectie%20%28PASC%29%20Versie%2010-1%20mei.pdf](https://nvaab-online.nl/sites/default/files/Herstel%20%26%20Re-integratie%20in%20het%20kielzog%20van%20COVID-19%20-%20Post-Acute%20gevolgen%20van%20SARS%20CoV-2%20infectie%20%28PASC%29%20Versie%2010-1%20mei.pdf)

<sup>91</sup> [Werkcovid19.nl](https://werkcovid19.nl)

Werkenden die langdurige gezondheidsklachten als gevolg van COVID houden, zullen – afhankelijk van de ziekteduur - in aanraking komen met de sociale zekerheid. De mogelijkheden op dit gebied heb ik u geschetst in mijn brief van 20 september jl.<sup>92</sup> Naast de sociale zekerheid, zijn er mogelijk ook vanuit cao's en/of verzekeringen voorzieningen beschikbaar voor werkenden die gezondheidsgevolgen ervaren van COVID.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

Naar verwachting zal de Gezondheidsraad in het eerste kwartaal van 2022 op eigen initiatief met een advies komen over Long COVID. De Gezondheidsraad zal onder andere ingaan op de definitie (of afbakening) van het ziektebeeld Long COVID op basis van de huidige stand van de wetenschap. Op het moment dat een (voorlopige) definitie beschikbaar is, kan ik bezien of deze genoeg handvatten biedt om Long COVID te onderscheiden van andere ziektebeelden. Dan kan in kaart worden gebracht waar Long COVID-patiënten mee geholpen zijn en of specifiek voor deze groep extra activiteiten nodig zijn. Afhankelijk van de vraagstukken die naar voren komen, zal ik kijken of het nodig is om specifieke groepen, zoals zorgprofessionals, die met langdurige coronaklachten kampen, bij deze vraagstukken verder te ondersteunen en zo ja hoe en door wie hierin kan worden voorzien.

#### *Mogelijkheden binnen Wet BIG*

Graag wil ik benadrukken dat veel mogelijk is binnen de grenzen van de Wet BIG en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), dat zorgorganisaties wellicht in staat stelt hun zorgcapaciteit tijdelijk te vergroten. Een voorbeeld daarvan is het werken onder de verlengde armconstructie: daarmee kunnen niet-BIG geregistreerde zorgprofessionals, onder toezicht van een zelfstandig bevoegde BIG-geregistreerde, voorbehouden handelingen uitvoeren, mits zij daarin bekwaam zijn. Vaccineren (injecteren) is zo'n voorbehouden handeling. Het is dus mogelijk om bijvoorbeeld niet-BIG-geregistreerde verpleegkundigen in te zetten in de boostercampagne, mits zij bekwaam zijn om te vaccineren. Toetsing van die bekwaamheid vindt plaats door de medisch eindverantwoordelijke van de regionale GGD. Maar dit geldt dus ook voor andere vormen van zorgverlening met voorbehouden handelingen en in andere settings als bijvoorbeeld de ziekenhuizen en thuiszorg. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) deelt dit beeld en benadrukt dat zorgverleners in deze unieke situatie de ruimte hebben om de zorg op afwijkende manieren te organiseren, als dit nodig is om de kwaliteit en de continuïteit van de zorg te waarborgen. De zorgbestuurder is en blijft eindverantwoordelijk voor het leveren van goede en veilige zorg. Dat betekent dat de bestuurder op de hoogte is van de wijze waarop de ondersteunende inzet is georganiseerd. Het is niet nodig om de Inspectie vooraf te informeren of om toestemming te vragen voor de ondersteunende inzet. De Inspectie is uiteraard beschikbaar om hierover met bestuurders van gedachten te wisselen. Zij zijn hiervoor te bereiken via Meldpunt IGJ. Ik zal dit nogmaals actief onder de aandacht brengen van werkgevers, beroepsverenigingen en andere betrokken partijen.

In dit kader wil ik tevens wederom wijzen op de twee tijdelijke BIG-maatregelen die in maart 2020 zijn genomen om het zorgpersoneel te ontlasten en de continuïteit van zorg te blijven borgen. Allereerst is samen met beroepsverenigingen en

<sup>92</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1453.

de Inspectie een kader met voorwaarden opgesteld, om zo tijdelijk voormalige zorgprofessionals (niet-praktiserende artsen en niet-praktiserende verpleegkundigen) weer zelfstandig in te zetten in de zorg. Zo is dit kader van toepassing op voormalig verpleegkundigen met een verlopen BIG-registratie na 1 januari 2016 en op voormalig artsen met een verlopen BIG-registratie na 1 januari 2018.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

Ten tweede is de herregistratie-verplichting voor alle artikel 3 Wet BIG-beroepsbeoefenaren opgeschort tot nader order. Hiermee wordt voorkomen dat de artikel 3 BIG-geregistreerde zorgprofessionals in deze tijd worden belast met uitstelbare administratieve lasten of in het BIG-register worden doorgehaald en daardoor hun bevoegdheden verliezen. Ik heb sinds 17 maart 2020 geen inschrijvingen van zorgverleners in het BIG-register doorgehaald. Ook deze maatregel geldt tot nader orde.

#### *Publicatie gegevens zorgbonus 2021*

Afgelopen zomer konden zorgaanbieders en budgethouders met behulp van de subsidieregeling bonus zorgprofessionals COVID-19 (hierna: bonusregeling) opnieuw een bonus aanvragen als blijkt van waardering voor zorgprofessionals die vanwege COVID-19 onder moeilijke omstandigheden zorg hebben verleend. In oktober 2021 heb ik uw Kamer geïnformeerd over de hoogte van deze tweede bonus. Deze bedraagt netto €384,71, op basis van een verdeling van het budget van €720 miljoen onder het totaal van de ruim 1 miljoen zorgverleners voor wie de bonusaanvraag is goedgekeurd.

De zorgbonus 2021 wordt bekostigd met behulp van een subsidieregeling die uit publiek geld wordt betaald. De overheid wil transparant zijn over de besteding van publiek geld. In de bonusregeling staat daarom dat zorgaanbieders die de zorgbonus 2021 aanvragen, instemmen met publicatie van bepaalde gegevens. Hieraan is uitvoering gegeven met de recente publicatie van de toegekende subsidies bonusregeling 2021 op de website van de Rijksoverheid.<sup>93</sup>

### **17. Caribisch Nederland**

De laatste gegevens van 13 december 2021 van het Caribisch deel van het Koninkrijk laten het volgende besmettingsbeeld zien:

	Bonaire	St. Eustatius	Saba	Curaçao	Aruba	Sint Maarten
Aantal actieve COVID patiënten (cumulatief)	145 (3.102)	0 (31)	0 (12)	125 (17.598)	192 (16.605)	45 (4.653)
Aantal actuele ziekenhuisopnamen verpleegafdeling (op de IC)	5 (0)	0	0	2 (2)	1 (5)	0 (0)

<sup>93</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/documenten/publicaties/2021/12/09/toegeken-de-subsidies-voor-de-zorgbonus-2021>.

Aantal patiënten onder behandeling in het buitenland	0	0	0	0	6 (Colombia)	0
Aantal patiënten overleden	22	0	0	182	177	75
Percentage totale bevolking volledig gevaccineerd	66% (9/12)	47% (24/11)	81% (8/12)	59% (9/12)	60% (9/12)	40% (9/12)

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

Na een periode van een hoog aantal besmettingen op Bonaire, lijkt dit nu af te nemen. Op Saba en Sint Eustatius zijn momenteel geen actieve casus. Het aantal besmettingen op Aruba, Curaçao en Sint Maarten is de afgelopen weken stabiel gebleven. De druk op de zorg blijft op alle eilanden echter hoog. In de stand van zakenbrief van 2 november is aangegeven dat de extra IC-verpleegkundigen en – artsen die VWS heeft ingezet via een Amerikaans uitzendbureau tot het einde van dit jaar op de eilanden blijven om de zorg te ondersteunen. Wegens de aanhoudende druk op de zorg; de mogelijke toename van het aantal besmettingen in de decembermaand; en vanwege de op termijn verwachte introductie van de Omikronvariant heeft het kabinet besloten om de COVID-steun die aan de CAS-landen geleverd wordt te verlengen tot juni 2022.

#### *Vaccinatiecampagnes Caribisch deel van het Koninkrijk*

De boostervaccinatiecampagnes zijn zowel op de BES-eilanden (Bonaire, Sint Eustatius, Saba) als de CAS-landen (Curaçao, Aruba, Sint Maarten) van start gegaan, waarbij net als in Europees Nederland geprikt wordt van oud naar jong en begonnen wordt met de meest kwetsbaren. Op de CAS-landen en Bonaire wordt voor zowel de primaire serie als de boostervaccinatie het vaccin van BioNTech/Pfizer ingezet.

Sint Eustatius en Saba zijn gestart met de boostervaccinatie van 60-plussers met het Moderna-vaccin. Voor personen onder de 60 jaar zullen zij het BioNTech/Pfizer-vaccin ontvangen. Omdat op deze eilanden tot nu toe enkel het Moderna-vaccin is ingezet voor de primaire vaccinatieserie, is er beperkte koelcapaciteit voor het Pfizer-BioNTech-vaccin. Het RIVM werkt daarom voor de boostervaccinatie van mensen onder de 60 jaar aan de levering van zowel het BioNTech/Pfizer-vaccin als de bijbehorende apparatuur. Sint Eustatius en Saba zullen na de levering van de apparatuur ook voor de primaire serie gebruik gaan maken van het BioNTech/Pfizer-vaccin.

Op Bonaire, Sint Eustatius en Saba heeft respectievelijk 77%, 58% en 93% van de volwassen bevolking de eerste en tweede prik ontvangen. Van de jongeren van 12 tot en met 17 jaar is dat 55%, 21% en 90%. Op Curaçao, Aruba en Sint Maarten is respectievelijk 71%, 77% en 46% van de volwassen bevolking volledig gevaccineerd (eerste en tweede prik). Van de jongeren van 12 tot en met 17 jaar is dat 36%, 57% en 22%. De (ei)landen zullen net als Europees Nederland binnenkort starten met de vaccinatie van kinderen van 5 tot en met 11 jaar. Het

RIVM zal daar vaccins met een door de producent aangepaste dosering voor leveren.

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

### **18. Afdoen moties/toezeggingen/verzoeken**

#### *Uitbreiding van de respiratoire surveillance met de Nivel peilstations*

In de Stand van Zakenbrieven van 18 juni<sup>94</sup> en 6 juli jl.<sup>95</sup> heb ik aangegeven de mogelijkheden voor de uitbreiding van de respiratoire surveillance met de Nivel peilstations te onderzoeken. Het Nivel rapporteert wekelijks over het aantal patiënten met influenza/griepachtige klachten of met andere acute luchtweginfecties die bij de huisarts komen. Bij aangesloten huisartsenpraktijken, de zogenaamde peilstations, nemen huisartsen monsters af van patiënten die griepachtige klachten of een andere acute luchtweginfectie hebben en sturen deze monsters naar het RIVM. Het RIVM onderzoekt de monsters op aanwezigheid van een breed palet aan virussen die luchtweginfecties veroorzaken waaronder COVID-19 en het influenzavirus.

Momenteel zijn ongeveer 40 peilstations aangesloten bij het netwerk van Nivel. Echter, dit aantal peilstations is niet fijnmazig genoeg om een landelijk beeld te krijgen van hoe de circulatie van virussen die respiratoire infecties veroorzaken zich ontwikkelt in de bevolking in Nederland. Ik heb daarom verzocht de respiratoire surveillance van de peilstations uit te breiden. Op deze manier gaan huisartsen een belangrijke rol spelen bij het opzetten van een representatief systeem voor monitoring van virussen die luchtweginfecties veroorzaken zoals COVID-19 inclusief de verspreiding van eventuele varianten.

De monitoring via de Nivel peilstations wordt met name belangrijk voor COVID-19 wanneer het virus endemisch is en het testen via GGD-teststraten wordt afgeschaald. Op dat moment zullen de peilstations een belangrijke functie hebben in het vroegtijdig signaleren van oplevingen van het virus. En voor de andere virussen die respiratoire infecties veroorzaken. Ik houd uw Kamer op de hoogte van de voortgang van dit traject.

#### *Motie lid Omtzigt over onderzoek naar oversterfte*

De aangenomen motie van het lid Omtzigt<sup>96</sup> waarin wordt opgeroepen om een academisch onderzoek te laten starten naar de redenen en oorzaken van oversterfte tot en met november 2021, kan momenteel nog niet worden opgepakt. Bij de CBS-oversterfte gaat het om het verschil ten opzichte van een meerjarig gemiddelde. Als het verschil groot is, is het aannemelijk dat dit komt door COVID-19, maar dit is niet zeker vanwege het ontbreken van inzicht in de onderliggende doodsoorzaken. Het inzicht in de onderliggende doodsoorzaken van de overleden personen in november en daarmee in de oorzaken van oversterfte, heeft het CBS pas begin april 2022. Deze motie kan dan verder worden opgepakt en uitgewerkt. Ik zal de Kamer hierover informeren. Daarnaast heb ik tijdens het debat van 1 december jl. over de ontwikkelingen rondom het coronavirus toegezegd aan het lid Omtzigt het CBS te vragen om bij de eerstvolgende rapportage over de sterfte naar doodsoorzaken een goede duiding te geven over de gemeten sterfte door COVID-19. In een volgende Kamerbrief zal ik u hierover nader informeren.

<sup>94</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1297.

<sup>95</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1356.

<sup>96</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1617.

*Motie lid Van der Staaij c.s. over de levering van zuurstof aan coronapatiënten thuis*

Kenmerk  
3295279-1021660-PDC19

De zuurstofdistributeurs ontvangen dit jaar nog zuurstofconcentratoren op orders die bij fabrikanten uitstaan. Daarnaast heeft het ministerie van VWS nog 200 zuurstofconcentratoren extra die beschikbaar zijn gesteld aan de distributeurs. Wereldwijd is de beschikbaarheid van zuurstofconcentratoren zeer schaars desondanks is VWS in gesprek met distributeurs om er voor te zorgen dat vanaf week 52 nog apparatuur beschikbaar is voor patiënten. Om een nog grotere toestroom van patiënten die zuurstof thuis ontvangen aan te kunnen, is de GGD GHOR momenteel aan het inventariseren in de ROAZ-regio's waar locaties zijn met zuurstof uit de muur die voor deze patiënten ingezet kunnen worden. Deze inventaris moet op korte termijn duidelijk zijn, waarna gekeken kan worden hoe deze locaties ingericht en operationeel gemaakt kunnen worden. Dit zal mogelijk wel vragen om extra personele capaciteit, wat bemoeilijkt wordt door uitval van zorgpersoneel onder andere door ziekte. Hiermee is de motie van het lid Van der Staaij c.s. afgedaan.<sup>97</sup>

*Monitoring economische gevolgen inzet CTB*

Op verzoek van mijn collega van het ministerie van EZK kan ik u melden dat het kabinet regelmatig contact heeft met sectoren die door coronamaatregelen, zoals de verplichte inzet van coronatoegangsbewijzen, worden geraakt. Hiertoe is zij ook opgeroepen door de motie Grinwis.<sup>98</sup> Deze gesprekken zijn voor het kabinet belangrijke bronnen van informatie over de impact en gevolgen van de maatregelen op onder andere eventueel omzetverlies, die gebruikt worden bij het vormgeven van effectief (corona)beleid. Ook mogelijkheden voor adequate implementatie en handhaving van maatregelen zijn onderwerpen van gesprek.

*Toelichting op het lekken van kabinetsplannen*

Zoals de minister-president in de beantwoording van de vragen van de leden Ceder en Segers over het systematisch lekken vanuit het Catshuisoverleg heeft gezegd, moet het kabinet helaas constateren dat de afgelopen periode bij de voorbereiding van de besluitvorming voornemens geheel of gedeeltelijk voortijdig naar buiten zijn gekomen. Daardoor komt informatie die veelal onvolledig of soms zelfs onjuist is, in de media. Daarmee wordt uw Kamer, noch het publiek, goed geïnformeerd. Dit is onwenselijk. Tegelijkertijd kan het kabinet niet uitsluiten dat daar waar het kabinet grote belangen heeft af te wegen, waar het kabinet met verschillende belangengroepen overlegt en waar zovelen betrokken zijn, er met enige regelmaat voornemens uitlekken. Als informatie voortijdig naar buiten komt en die informatie onjuist of onvolledig is en maatschappelijke onrust veroorzaakt, dan is het bovendien soms nodig hierop te reageren en deze van context te voorzien. Ik beschik niet over informatie over de motieven of oorzaken van deze recente lekken, noch over de wijze waarop zij plaatsvonden. Ik voel me wel aangespoord er alles aan te blijven doen om het voortijdig openbaar maken van mogelijke besluiten en het lekken van informatie te voorkomen. Ik wijs binnen en buiten het kabinet met regelmaat op het belang van de vertrouwelijkheid van het besprokene.

<sup>97</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1596.

<sup>98</sup> Kamerstuk 35 420, nr. 393.



### 19. Catshuisstukken

In mijn 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.<sup>99</sup> De stukken worden op de website<sup>100</sup> van Rijksoverheid gedeeld voor zover daar geen zwaarwegende belangen<sup>101</sup> in de weg staan. Hier zijn vanaf heden ook de stukken die besproken zijn in het Catshuis dd. 12 december 2021 raadpleegbaar.

**Kenmerk**  
3295279-1021660-PDC19

### 20. Slot

Net als vorig jaar zijn de feestdagen anders dan dat we gewend zijn. Er zijn nog steeds veel besmettingen, de druk op de zorg is hoog en de opkomst van de omikronvariant brengt grote onzekerheid met zich mee. Daarom heeft het kabinet besloten het huidige maatregelenpakket te verlengen tot 14 januari 2022, de scholen een week eerder te sluiten en de booster campagne te versnellen.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

Hugo de Jonge

<sup>99</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 771.

<sup>100</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-tijdlijn/uitgelicht-catshuisstukken/openbaarmaking-catshuisstukken>

<sup>101</sup> Hierbij is onder meer te denken aan derden belang, het belang van de staat, de persoonlijke levenssfeer en de internationale betrekkingen.



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 1 3720 BA Bilthoven

Aan de 5 1 2e van de  
Volksgezondheid  
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
drs. 5 1 2e  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

A. van Leeuwenhoeklaan 9  
3721 MA Bilthoven  
Postbus 1  
3720 BA Bilthoven  
www.rivm.nl  
KvK Utrecht 30276683  
T 030 274 91 11  
F 030 274 29 71  
info@rivm.nl

Datum 13 december 2021  
Onderwerp Advies n.a.v. 133e OMT

**Ons kenmerk**  
0143/2021 LCI/JvD/at/mdv

**Behandeld door**  
LCI

T (030) 274 7000  
F (030) 274 4455  
5 1 2e@rivm.nl

Geachte mevrouw Sonnema,

Op 10 december 2021 riep het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM het Outbreak Management Team (OMT) bijeen om te adviseren over de situatie rondom de COVID-19-pandemie. Naast de vaste OMT-leden, vertegenwoordigers van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB), de Nederlandse Vereniging van Medische Microbiologie (NVMM), de Vereniging voor Infectieziekten (VIZ) en het Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding (LOI), waren er leden van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), de Vereniging van de Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso), de Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde (NVK), de Nederlandse Vereniging voor Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG), verschillende experts (internist-infectioloog, viroloog, epidemioloog, arts-microbioloog, een regionaal arts-consulent, ouderengeneeskundige, arts M&G), vertegenwoordigers van referentielaboratoria en vertegenwoordigers van diverse centra van het RIVM aanwezig.

## A. Aanleiding OMT en doelstelling

Het OMT komt periodiek bij elkaar om de medisch-inhoudelijke stand van zaken betreffende COVID-19 vast te stellen en te duiden, voor de opvolging van acties en voor de beantwoording van vragen van de Nederlandse overheid.

Het OMT geeft vervolgadvisies over de effecten van de maatregelen die tot op heden zijn ingesteld en over de versoepeling van maatregelen op grond van drie pijlers zoals benoemd door het kabinet:

- een acceptabele belastbaarheid van de zorg – ziekenhuizen moeten kwalitatief goede zorg aan zowel COVID-19-patiënten als aan patiënten binnen de reguliere zorg kunnen leveren;
- het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving;
- het zicht houden op en het inzicht hebben in de verspreiding van het virus.

Op 8 december heb ik de adviesaanvraag ontvangen waarin u het OMT namens het kabinet vraagt te adviseren over een aantal vraagstukken.

Hieronder volgen een samenvatting van de situatie en de adviezen van het OMT.

## B. Actuele situatie

### Verloop van de epidemie

Het OMT is geïnformeerd over het verloop van de epidemie, de resultaten van de modellering en de ontwikkelingen van de variant omikron.

#### Datum

13 december 2021

#### Ons kenmerk

0143/2021 LCI/JvD/at/mdv

#### Adviesaanvraag VWS

*Wat is het algemene beeld van de epidemiologische situatie en de ontwikkeling van de R? Wat is uw verwachting voor de komende weken/voor het eerste kwartaal? Hoe kijkt u daarbij aan tegen de ontwikkelingen van de variant omikron?*

### Epidemiologische situatie

In de afgelopen 7 kalenderdagen (2-9 december 2021) is het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positieve personen ongeveer gelijk (-4%) gebleven in vergelijking met de 7 dagen ervoor. Er werden landelijk 800 personen per 100.000 inwoners gemeld met een positieve test voor SARS-CoV-2, vergeleken met 834 per 100.000 inwoners in de week daarvoor. Er is nog steeds een grote regionale variatie in het aantal positieve testen, van 580 tot 1.094 per 100.000 inwoners. De regio's met het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners ( $\geq 1000$ ) in de afgelopen week waren Zeeland en Limburg-Zuid.

Het regionale beeld van de hoge incidentie van positieve testen komt in grote lijnen overeen met de gemeten virusvrachten in de rioolwatersurveillance. In week 48 (29 november – 5 december) is de landelijk gewogen gemiddelde virusvracht (gebaseerd op 313 meetlocaties) met 27,6% gedaald ten opzichte van week 47. Daarmee is een omkering gekomen van de overwegend stijgende trend die tot week 47 werd waargenomen. Wel blijven de virusvrachten in het hele land nog steeds op een heel hoog niveau.

In Infectieradar werd een afname van het aandeel personen met COVID-19-achtige klachten waargenomen. Het aantal Infectieradar-deelnemers met COVID-19-achtige klachten ligt momenteel op het niveau van december 2020.

Het aantal meldingen per 100.000 inwoners daalde in alle leeftijdsgroepen licht in de afgelopen kalenderweek vergeleken met de week er voor. Het aantal meldingen per 100.000 inwoners was net als een week eerder het hoogst in de leeftijdsgroep 0-12 jaar, gevolgd door de leeftijdsgroepen 30-39 en 40-49 jaar ( $> 1000$  per 100.000 inwoners). Bij de leeftijdsgroepen vanaf 50 jaar was het aantal meldingen per 100.000 inwoners wederom minder hoog dan in andere leeftijdsgroepen ( $< 650$  per 100.000).

Het aantal meldingen bij personen bekend als bewoners van verpleeghuizen en woonzorgcentra voor ouderen nam niet verder toe. Echter, vanaf begin november wordt door de GGD niet gestructureerd nagevraagd of iemand in een instelling woont, vanwege de afschaling van het BCO. Bewoners van een verpleeghuis of woonzorgcentrum voor ouderen worden nu merendeels als zodanig geclassificeerd op basis van postcode en leeftijd. Dit kan echter leiden tot een onderregistratie van besmettingen in verpleeghuizen en woonzorgcentra. Voor instellingen voor de gehandicaptenzorg is dit zeker het geval.

Het aantal testen bij de GGD-testlocaties nam sinds eind vorige week plotseling af. Dit is waarschijnlijk het gevolg van het veranderd beleid waarbij zelftesten bij milde klachten gebruikt kunnen worden door mensen die niet kwetsbaar zijn of

met kwetsbare anderen in aanraking komen. Dit leidt ook tot een toename van het aandeel mensen dat naar de GGD-testlocatie komt vanwege een positieve zelftest, en hiermee tot een toename in het percentage positieve testen. In de lopende kalenderweek is tot nu toe 55% van alle positieve testen afkomstig van personen van wie bekend is of zij voor een bevestigingstest naar de GGD kwamen na een positieve zelftest. Voor 19% van de mensen was dit niet bekend, omdat dit niet geregistreerd wordt bij personen die bellen voor een testafspraak. In totaal was het percentage positieve testen 22,8% voor alle personen die zich lieten testen bij de GGD in de afgelopen 7 dagen; een lichte stijging ten opzichte van de week daarvoor.

**Datum**  
13 december 2021

**Ons kenmerk**  
0143/2021 LCI/JvD/at/mdv

Bij personen getest in het kader van het coronatoegangsbewijs (CTB) steeg het percentage positieve testen licht; het betrof 1,7% in de afgelopen kalenderweek vergeleken met 1,3% in de week ervoor. Het is mogelijk dat een deel van de mensen die zich hier lieten testen, dit niet deden vanwege een CTB maar vanwege kortere wachttijden dan bij de GGD of ter bevestiging van een positieve zelftest.

De instroom in het ziekenhuis en op de IC van personen met een positieve test op SARS-CoV-2 lijkt over de piek heen. De bezetting neemt nog niet af, maar loopt natuurlijk achter. Gemiddeld werden over de laatste week 272 personen per dag opgenomen op een verpleegafdeling en 38 op de IC. Op 9 december 2021 was de totale bedbezetting 2.830: 2.204 op de verpleegafdelingen in het ziekenhuis en 626 op een IC in Nederland, naast 18 op een IC in Duitsland (bron: LCPS).

De oversterfte was verhoogd in de periode 29 november – 5 december, in totaal overleden 4300 personen, 1250 meer dan verwacht o.b.v. de gemiddelde sterfte in de jaren vóór corona. De oversterfte werd gezien zowel bij Wlz-gebruikers als bij niet-Wlz-gebruikers. De absolute oversterfte is het hoogst bij de oudere leeftijdsgroepen ( $\geq 80$  jaar) (bron: CBS). Volgens RIVM-analyses van de CBS-data was de sterfte in alle leeftijdsgroepen vanaf 45 jaar verhoogd in de laatste week van november (25 november t/m 1 december).

De geschatte opkomst voor ten minste één vaccinatie bedroeg t/m 8 december 2021 88,8% voor de volwassen bevolking, 85,5% had de volledige vaccinatieserie afgerond. Voor de bevolking vanaf 12 jaar was dit respectievelijk 87,0% en 83,7%. Bij personen met een positieve test tot nu toe gemeld in december was van 65% de vaccinatiestatus bekend. Van hen was 52% zeker niet gevaccineerd. Voor november zijn deze percentages 71% en 49%, en voor oktober 86% en 50%, respectievelijk.

### **Update over de diverse virusvarianten**

Het OMT is geïnformeerd over de huidige activiteiten om zicht te kunnen houden op de aanwezigheid en opkomst van de omikronvariant in Nederland, inclusief de laatste stand van zaken van de kiemsurveillance.

In de nationale kiemsurveillance zijn nu in totaal 67.489 monsters in deze aselechte steekproef gesequencet. De afgelopen weken wordt uitsluitend de deltavariant aangetroffen in deze steekproef. Hierin lijkt de aanwezigheid van de deltasubvariant AY.4.2 te stabiliseren rond de 2%.

In de weken tot en met week 46 (t/m 21 november) is de omikronvariant nog niet aangetroffen in de kiemsurveillance. De data voor week 47 (22-28 november) zijn nog aan verandering onderhevig, omdat nog niet alle monsters verwerkt zijn. In de eerste dataset voor week 47, zoals gepubliceerd op de RIVM-website, was de variant nog niet aanwezig maar een doorkijk in de data

momenteel in onderzoek duidt erop dat de variant in ieder geval drie keer aanwezig is in de complete dataset voor week 47.

**Datum**

13 december 2021

**Ons kenmerk**

0143/2021 LCI/JvD/at/mdv

In de regio Amsterdam wordt door de GGD en het Amsterdam UMC met een dagelijkse steekproef van ongeveer 200 coronapositieve monsters uit één GGD-teststraat via een omikronspecifieke PCR in combinatie met sequenzen de aanwezigheid van de variant gemonitord. In deze monitoring was op basis van de PCR op 3 december een aandeel van 0,5% omikronvariant, op 6 december van 1,2%, op 7 december van 2,6%, op 8 december van 2,1%, op 9 december van 3,2% en op 10 december een aandeel van 3,1%. Deze aantallen zijn bevestigd op basis van sequenzen tot en met de bemonstering van 9 december. Alle omikronpositieve casus worden doorgegeven aan de GGD voor bron-en contactonderzoek.

Er waren drie GGD-teststraatlaboratoria (Saltro, Gelre ziekenhuis en Synlab) die reeds gebruikmaakten van een PCR-cartridgegetest waarmee een aanwijzing verkregen kan worden voor de aanwezigheid van de omikronvariant. Een retrospectief overzicht van de resultaten met deze PCR-test is opgevraagd bij deze laboratoria inclusief de nog aanwezige verdachte monsters om een eventuele aanwezigheid van de omikronvariant te bevestigen. Uit dit onderzoek waren twee omikronvariantinfecties met monsterafname 19 en 23 november vastgesteld. Op dit moment zijn er geen extra omikronvariantbesmettingen uit dit retrospectieve onderzoek bijgekomen. Daarnaast sturen deze drie laboratoria nu iedere week verdachte monsters naar het RIVM voor sequenzen. Hierin zijn tot nu toe drie besmettingen bevestigd middels sequenzen. Alle omikronpositieve casus worden doorgegeven aan de GGD voor bron-en contactonderzoek.

Via het nationale sequentienetwerk SeqNeth wordt wekelijks een aanvraag gedaan bij alle laboratoria in Nederland naar de eventuele implementatie van een PCR-test specifiek voor bepaalde mutaties in de omikronvariant, en de aantallen van de met deze test geanalyseerde op omikron verdachte monsters. Deze data worden op wekelijkse basis verzameld. Definitieve vaststelling van omikron moet in de huidige epidemiologische context nog plaatsvinden op basis van sequenzen. In totaal is data van 9 laboratoria verkregen. Voor de 3 laboratoria die routinematig reeds een dergelijke PCR-test gebruikten, wordt met deze aanvraag de data van alle door hen verwerkte testen verkregen. Van de overige 6 laboratoria een door hen geteste steekproef. De data vertegenwoordigen niet per se een aselechte steekproef, omdat er ook gegevens uit de prio-teststraten en bemonstering van clusters in voor kunnen komen. De prio-teststraten worden momenteel ook ingezet voor het testen van terugkerende reizigers uit omikron-hoogrisicolanden. In deze dataset lijkt er een lichte stijging in het aandeel van omikronverdachte monsters te zijn in week 48 versus week 47.

Reizigers uit hoogrisicogebieden worden op Schiphol verzocht zich te laten testen. Uit de vliegtuigen in de periode 27/11-9/12 hebben 969 personen zich direct bij aankomst laten testen. Hiervan is bij 107 personen een coronavirusbesmetting vastgesteld. In nader onderzoek bij het RIVM zijn er op basis van PCR 50 omikronverdachte en 8 deltaverdachte monsters geïdentificeerd. Voor 49 monsters was nadere PCR-typering niet mogelijk vanwege te lage hoeveelheid virusmateriaal. Tot nu toe is bij 34 personen definitief een omikronbesmetting vastgesteld op basis van sequenzen. Bij 5 personen is definitief een infectie met de deltavariant vastgesteld. Voor een deel van de monsters is de sequentieanalyse nog gaande. Daarnaast worden reizigers uit Zuidelijk Afrika die

sinds 22 november zijn teruggekeerd, opgeroepen om zich te laten testen via de GGD. Analyse hiervan vindt continu plaats in Nederlandse laboratoria.

**Datum**

13 december 2021

**Ons kenmerk**

0143/2021 LCI/JvD/at/mdv

Samengevat zijn er tot 10 december 2021 bij het RIVM 80 definitief bewezen (op basis van sequencen) omikronbesmettingen gemeld. Dit betreft 71 personen met reisgeschiedenis naar Zuidelijk Afrika, 3 contacten van personen geïnfecteerd met omikron en 6 personen bij wie nog geen directe of indirecte link met een bron vastgesteld kon worden. Het optreden van besmettingen zonder dat een besmettingsbron vastgesteld kan worden en de aanwezigheid van omikron in de aankomende kiemsurveillancedataset duidt op zogenaamde community-transmissie in Nederland, naast de directe import door reizigers.

De ontwikkelingen met betrekking tot SARS-CoV-2-varianten, en omikron in het bijzonder, worden op de voet gevolgd via internationale netwerken waarin de 2 SARS-CoV-2-referentielaboratoria bij RIVM en Erasmus MC, en de RIVM modelleringsgroep deelnemen. Alhoewel er nog veel onduidelijk is over de precieze eigenschappen van de omikronvariant en de betekenis hiervan voor het verloop van de epidemie, begint zich een beeld af te tekenen waarbij omikron een aanzienlijk groeivoordeel ten opzichte van de deltavariant heeft. De eerste studies duiden op een verminderde effectiviteit van opgebouwde immuniteit door vaccinatie of eerder doorgemaakte infectie als component hierin. Of de variant daarnaast ook een verhoogde besmettelijkheid en ziektelast kent, is nog niet duidelijk. De huidige verwachting is dat de omikronvariant binnen afzienbare termijn (in januari) dominant zal worden in Nederland.

### **Reproductiegetal, prognoses ziekenhuizen, IC en omikronvariant**

De meest recente schatting van het reproductiegetal  $R_t$ , zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is voor 25 november op basis van Osiris: gemiddeld 0,97 (95%-interval 0,96 – 0,99) besmettingen per geval. Dit is vergelijkbaar met de waarde die vorige week werd gerapporteerd. De schatting van het reproductiegetal op basis van het aantal nieuwe ziekenhuisopnames per dag kent een aanzienlijk grotere onzekerheid, omdat ze berekend wordt op veel geringere aantallen, en dit reproductiegetal valt hoger uit voor 24 november, het is gemiddeld 1,00 (95%-interval 0,89 -1,13). Het reproductiegetal berekend op basis van nieuwe IC-opnames is gemiddeld 0,99 (95%-interval 0,71 – 1,30).

De prognose op korte termijn op basis van het regressiemodel dat uitgaat van het beloop van de meldingen, toont dat de komende week het aantal ziekenhuis- en IC-opnames gaat dalen. Deze statistische prognose geeft een orde van grootte aan voor het aantal opnames per dag in de komende week van 150 tot 300, en een orde van grootte voor het aantal IC-opnames van 20 tot 50.

De simulaties met een transmissiemodel dat wekelijks gefit wordt op het aantal waargenomen IC-opnames per dag, en waar de beschikbare informatie over vaccinaties (CIMS, GGD'en), de effectiviteit van vaccins, en de geschatte opbouw van immuniteit door doorgemaakte infectie in wordt meegenomen, toont dat de bezetting van ziekenhuizen en de IC met COVID-19-patiënten een piek bereikt heeft.

Een verkenning van de mogelijke implicaties van toename van de nieuwe omikronvariant laat zien dat er nog veel onzekerheid is. Die geldt allereerst voor de relatieve toenamesnelheid ten opzichte van de deltavariant. Er worden verdubbelingstijden van 2 tot 3 dagen gerapporteerd uit Zuid-Afrika en het Verenigd Koninkrijk, en dat duidt op een mogelijk zeer snelle toename van het

aandeel omikron in het aantal infecties. In die landen zijn er relatief weinig maatregelen genomen die de snelheid van verspreiding beogen te beperken. Er is onzekerheid of die relatieve groei wordt bereikt door ontsnapping aan de immuniteit die is opgewekt door natuurlijke infectie of vaccinatie of door een hoger besmettend vermogen of door een combinatie van deze twee. De eerste simulaties waarin mogelijke combinaties worden berekend, suggereren dat de omikronvariant, ook bij voortzetting van de huidige maatregelen, een mogelijke golf van infecties kan veroorzaken in de komende maanden met een grotere omvang dan de golf die we achter de rug hebben. Echter, er is nog grote onzekerheid hoe ernstig infecties door omikron verlopen, en wat de kans op ziekenhuisopname is na infectie met de omikronvariant. Als vaccinatie minder goed beschermt tegen ziekenhuisopname na infectie met omikron dan bij de deltavariant, is belangrijk in welke mate de bescherming is afgenomen, en hoe een en ander zich vertaalt naar een nieuwe golf van ziekenhuisopnames. Het OMT hoopt de komende week over meer gegevens te beschikken om voor de Nederlandse situatie en context, een meer gedetailleerd beeld te kunnen geven over deze ontwikkelingen, en mogelijkheid de toename te mitigeren met interventies.

**Datum**

13 december 2021

**Ons kenmerk**

0143/2021 LCI/JvD/at/mdv

## C. Adviezen

### *Adviesaanvraag VWS*

*Sinds 28 november jl. is een maatregelenpakket van toepassing dat onder meer bestaat uit:*

- *De veilige afstandsnorm (wettelijke verplichting bestaat sinds 24/11).*
- *Mondkapjesplicht op publieke plaatsen binnen en in het primair onderwijs (bovenbouw), voortgezet onderwijs en hoger onderwijs (hier enkel bij verplaatsing).*
- *Algemene sluitingstijden tussen 17.00 en 05.00 uur (m.u.v. essentiële detailhandel en essentiële dienstverlening).*
- *Er geldt een CTB-plicht voor eet- en drinkgelegenheden, evenementen en locaties voor vertoningen van kunst en cultuur en sportlocaties (binnen).*
- *In aanvulling op de basismaatregelen (zoals was vaak je handen en blijf thuis bij klachten en laat je direct testen) wordt geadviseerd maximaal vier gasten thuis te ontvangen en een zelftest te doen voorafgaand aan bezoek.*

*Hoe oordeelt u in het licht van de epidemiologische ontwikkelingen over het huidige maatregelenpakket, mede in het licht van de variant omikron? Is dit pakket volgens het OMT voldoende om het aantal ziekenhuisopnames verder te doen dalen, mede gelet op de feestdagen waar samenkomsten van meerdere groepen mensen (families/ vrienden) worden voorzien?*

*Is er gezien de epidemiologisch situatie aanleiding om het huidige maatregelenpakket aan te passen, en zo ja welke adviezen en/of maatregelen? Kan het OMT hierbij expliciet reflecteren op het eerdere advies om ook CTB in te zetten in de niet-essentiële detailhandel (zoals woonwinkels) en de niet-essentiële dienstverlening (zoals pretparken)?*

*Ziet het OMT nog steeds aanleiding, gelet op het 131e en 133e OMT-advies en de huidige epidemiologische ontwikkelingen, om de kerstvakantie voor scholen (een week) te verlengen?*

**Datum**

13 december 2021

**Ons kenmerk**

0143/2021 LCI/JvD/at/mdv

Uit de aan het OMT gepresenteerde data en modellen over het verloop van de epidemie concludeert het OMT dat we voor de korte termijn over de huidige piek met de deltavariant heen lijken en dat het aantal besmettingen en ook het aantal opnames in ziekenhuizen en op de IC zal gaan dalen. De effecten van de maatregelen van 13 november zijn daarmee zichtbaar geworden. De effecten van de maatregelen van 28 november op de instroom in het ziekenhuis en op de IC zullen pas in de komende week zichtbaar worden. Indien de effecten daarvan optreden, wat de verwachting is, dan leidt dit tot een voorzichtig gunstig beeld met betrekking tot de golf veroorzaakt door deltavariant.

Zoals in het vorig advies is aangegeven, wordt verwacht dat het pakket van maatregelen van 28 november, bovenop de effecten van de maatregelen van 13 november, uiteraard steeds afhankelijk van de mate waarin er opvolging aan gegeven wordt, het reproductiegetal verder kan doen dalen. Echter, het aantal nieuwe meldingen, de belasting van de hele zorgketen en de opnames in de ziekenhuizen en op de IC's zijn nog steeds hoog; te hoog om de afschaling van de reguliere zorg al terug te kunnen draaien. Gezien deze ontwikkelingen adviseert het OMT om de maatregelen zoals die nu gelden in stand te houden tot ten minste na de feestdagen en de eerste week van januari.

Een tweede beeld is de situatie met betrekking tot de omikronvariant. Uit de eerste signalen vanuit de surveillance blijkt deze variant in Nederland aanwezig. De verwachting is dat de omikronvariant in de komende weken de plaats van de deltavariant zal overnemen. De eerste modelmatige verkenning van de mogelijke implicaties van de omikronvariant kent veel onzekerheden. Een van de aan het OMT gepresenteerde modellen laat een mogelijk hoge piek in besmettingen en daarmee ook ziekenhuis- en IC-opnames in januari zien. Echter, dagelijks wordt de kennisbasis over de omikronvariant breder en komen essentiële gegevens beschikbaar over de besmettelijkheid, het verminderd reageren op immuniteit opgebouwd door infectie met een andere variant van SARS-CoV-2 c.q. na vaccinatie tegen COVID-19, en de ernst van het ziektebeeld veroorzaakt door deze variant. Vanwege deze onzekerheid wil het OMT de komende week gebruiken om de situatie opnieuw te beoordelen, omdat er waarschijnlijk belangrijke gegevens over ziekmakend vermogen beschikbaar komen. Ondertussen wordt zo veel mogelijk informatie over de nieuwe variant verzameld en welke invloed deze zal hebben op de epidemie, zoals bepaald door de mate van besmettelijkheid, transmissie, kans op herinfectie, ziektelast en daarmee gepaard gaande het effect op ziekenhuisopnames, en de bescherming door de huidige vaccins of door natuurlijke immuniteit om daarmee tot een meer betrouwbare inschatting te kunnen komen. Ook de rol van boosters zal dan worden beoordeeld, of eerder als daarover gegevens beschikbaar komen.

Gezien deze ontwikkelingen adviseert het OMT om de maatregelen zoals die nu gelden in stand te houden tot ten minste na de feestdagen en de eerste week van januari. De effecten van de maatregelen van 28 november zijn nog niet volledig zichtbaar en deze zijn zeker nodig om het huidige hoge aantal meldingen, ziekenhuis- en IC-opnames naar beneden te brengen.

Naast de huidige maatregelen adviseert het OMT om:

- adviezen op te stellen en te communiceren over hoe men met kerst en de feestdagen het best om kan gaan met bijvoorbeeld het ontvangen van bezoek

- en het bezoeken van oudere familieleden, gebruik van zelftesten, hanteren van de basisregels, ed.;
- te benadrukken dat het ongewenst is om avondactiviteiten naar overdag of de vroege morgen te verplaatsen aangezien dat dit het effect van de avondlock-down beïnvloedt;
  - te heroverwegen de basisscholen in december toch een week eerder te sluiten en in deze week over te gaan op het geven van online thuisonderwijs; zo wordt de in het vorige OMT-advies genoemde thuisbubbel voor de kerst en de feestdagen bereikt, om zoveel mogelijk besmettingen tijdens de kerstdagen naar oudere familieleden te voorkomen. Uiteraard is het nut van een gezinsbubbel afhankelijk van de wijze van opvang van de kinderen, die opvang zou dan zeker niet bij de grootouders gelegd moeten worden. Verder zou er, net zoals bij eerdere keren, aandacht moeten zijn voor opvang van kinderen voor ouders met cruciale beroepen en de eerdere adviezen met betrekking tot de uitzondering voor de kwetsbare kinderen in speciaal onderwijs;
  - maximaal in te zetten op de boostervaccinatie zodat voor kerst ten minste de groep 60+ is gevaccineerd en zo snel mogelijk daarna kan worden gestart met de groep 60-;
  - actief in te blijven zetten op een vaccinatiegraad in Nederland van meer dan 95%;
  - het gebruik van CTB op dit moment niet aan te scherpen naar 2G of het CTB uit te breiden naar andere sectoren, maar de huidige maatregelen te continueren en vast te houden aan de basisregels onder andere met betrekking tot de veilige afstand;
  - drukte in OV en met name treinen te voorkomen. In eerdere OMT-adviezen (103 en 109) is hier op gewezen. Vanwege drukte kan de afstand tot medereizigers en personeel niet altijd in acht genomen worden. Het vaker inzetten van kortere treinen helpt niet om de afstand tussen reizigers en personeel voldoende te houden. Deze situatie is onwenselijk en dit contrasteert met de algemene boodschap en basisregels om drukke plekken te vermijden;
  - het mogelijk te maken dat personen een positieve zelftest gemakkelijk (digitaal) kunnen melden aan de GGD. In OMT 110 en OMT 132 is aangegeven dat om zicht te houden op het verloop van de epidemie en de effecten van maatregelen een adequate registratie van het aantal positieve zelftesten (die niet in de GGD-teststraat worden geconfirmeerd) essentieel is;
  - na te denken over scenario's hoe in de zorg om te gaan met een eventuele volgende piek op de IC en in het ziekenhuis vanwege de omikronvariant. Het OMT adviseert om verdere opschaling in de ziekenhuizen voor te bereiden; dit te staken indien nieuwe data over het effect van de omikronvariant op ziekenhuisopnames toch gunstig blijken (d.w.z. omikron weinig ziekmakend blijkt).

**NB.** Het OMT benadrukt dat voortschrijdend inzicht ten aanzien van de omikronvariant, ten aanzien van besmettelijkheid, ziekmakend vermogen en verminderde bescherming van vaccinatie of doorgemaakte infectie, ertoe kan leiden dat eerder dan nu de planning is, al specifieke adviezen over bestrijding worden uitgebracht.

**Datum**

13 december 2021

**Ons kenmerk**

0143/2021 LCI/JvD/at/mdv

## Inzet FFP2-maskers

### Adviesaanvraag VWS

*In het verleden is meerdere keren door het OMT geadviseerd over het gebruik van mondneusmaskers en de inzet van FFP2-maskers in de zorg. Dit heeft geleid tot de huidige uitgangspunten en richtlijnen. Daarbij is geoordeeld dat FFP2-maskers niet in alle situaties nodig zijn en ook nadelen kennen. Het voorgeschreven type mondneusmasker hangt daarom af van de situatie en handeling. Kunt u ons op basis van de huidige epidemiologische situatie adviseren over het nut en de noodzaak van het breed inzetten van medische FFP2-mondneusmaskers in het tegengaan van besmettingen onder — en daarmee het beschermen van — zorgpersoneel en aangeven of er reden is tot aanpassing van de huidige richtlijnen en uitgangspunten?*

### Datum

13 december 2021

### Ons kenmerk

0143/2021 LCI/JvD/at/mdv

Op verzoek van VWS heeft het OMT opnieuw gekeken naar de adviezen over het gebruiken van FFP2-maskers.

Om verspreiding in de zorg te voorkomen, is het belangrijk om bij de huidige hoge incidentie van SARS-CoV-2 preventief medische mondneusmaskers in te zetten in alle binnenruimtes met patiënten/cliënten en in situaties waarbij de > 1,5 m afstand houden voor medewerkers onderling niet mogelijk is. Hiervoor zijn voldoende medische mondneusmaskers voorradig.

Afhankelijk van de locatiegebonden context en de aard van de blootstelling bij een patiënt/cliënt kan voor een chirurgisch mondneusmasker type IIR of een FFP2-masker gekozen worden, zoals beschreven is in de richtlijnen die zijn besproken in het OMT 79-advies van 6 oktober 2020 en OMT 97-advies van 22 januari 2021. De huidige epidemiologische situatie is geen reden voor het OMT om het eerder ingestelde mondneusmaskerbeleid te wijzigen.

Het dragen van een mondneusmasker is onderdeel van een samenhangend pakket van infectiepreventiemaatregelen, waaronder handhygiëne, correct gebruik van andere persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM), reiniging en desinfectie, inrichting van ruimtes, ventilatie, afstand houden indien mogelijk en tijdig testen en thuisblijven bij klachten.

Deskundigen op het gebied van veilig en gezond werken en infectiepreventie kunnen op basis van een risico-inschatting beoordelen welke beheersmaatregelen passend zijn en of aanscherping nodig is.

### **Isolatie duur en her-testen bij personen recent teruggekeerd uit Zuidelijk Afrika**

Aan het OMT is een voorstel voor aanpassing van werkwijze met betrekking tot isolatie duur en her-testen bij personen recent teruggekeerd uit Zuidelijk Afrika ter accordering voorgelegd. Dit voorstel betreft het her-testen van asymptomatische bevestigde personen met de omikronvariant, op dag 5 van isolatie, omdat, anders dan de andere varianten, vaker een duidelijke stijging van virale load wordt waargenomen tijdens de isolatieperiode. Dit voorstel is reeds gecommuniceerd naar GGD'en.

Het voorstel houdt in:

- Alle COVID-19-positief geteste personen die terugkeren en asymptomatisch zijn, vanuit Zuidelijk Afrika, op dag 5 na terugkeer nogmaals testen met PCR en bij een positieve uitslag ten minste nog 5 dagen in isolatie laten gaan, gerekend vanaf de tweede testafname.

- Personen die na terugkeer symptomen ontwikkelen dienen direct getest te worden en gaan bij een positieve uitslag in isolatie tot ten minste 10 dagen na terugkeer, én 7 dagen na de eerste ziektedag én 1 dag klachtenvrij.

**Datum**

13 december 2021

**Ons kenmerk**

0143/2021 LCI/JvD/at/mdv

Het OMT kan zich vinden in dit voorstel en adviseert hierbij om deze aanpak niet te beperken tot reizigers uit Zuidelijk Afrika, maar het te laten gelden voor alle reizigers uit landen met een VOC.

Verder zal het OMT in een volgend overleg meer in detail kijken naar het brede beleid voor testen, isolatie en quarantaine met betrekking tot reizigers en in het kader van de opkomst van de omikronvariant, en nagaan welke aanpassingen gezien de actuele ontwikkelingen gewenst zijn.

Tot een nadere mondelinge toelichting ben ik gaarne bereid.

Hoogachtend,

5.12e 12 J.T. van Dissel  
5.12e Cib



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 1 3720 BA Bilthoven

Aan de [redacted] van de  
Volksgezondheid  
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
drs. [redacted]  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

A. van Leeuwenhoeklaan 9  
3721 MA Bilthoven  
Postbus 1  
3720 BA Bilthoven  
www.rivm.nl  
KvK Utrecht 30276683  
T 030 274 91 11  
F 030 274 29 71  
[redacted]@rivm.nl

Datum 14 december 2021  
Onderwerp Aanvullend advies n.a.v. 133e OMT

**Ons kenmerk**  
0145/2021 LCI/JvD/at

**Behandeld door**  
LCI  
T (030) 274 7000  
F (030) 274 4455  
[redacted]@rivm.nl

Geachte mevrouw Sonnema,

In antwoord op uw additionele adviesaanvraag m.b.t. de betekenis van de omikronvariant ten aanzien van primair onderwijs het volgende.  
De opkomst van de omikronvariant onderstreept het belang van schoolsluiting in het primair onderwijs ten einde de overdracht van het coronavirus te vertragen en dus de besmettingskans van kinderen te verminderen. Deze maatregel kan als onderdeel gezien worden van de maatregelen die de veiligheid van het samenzijn van families (inbegrepen grootouders) tijdens de feestdagen vergroten.

Met vriendelijke groeten,

[redacted] J.T. van Dissel  
[redacted] C1b

## Advies 28: Masterplan voor verwijdering van persoonsgegevens

Begeleidingscommissie Digitale Ondersteuning Bestrijding Covid-19

11 november 2021

### Inleiding Begeleidingscommissie

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft een Begeleidingscommissie ingesteld die de Minister zal adviseren over digitale ondersteuning bij de bestrijding van Covid-19. De begeleidingscommissie brengt naast gevraagde adviezen ook ongevraagde adviezen uit.

Onderstaande betreft het advies om een masterplan te maken voor de toekomstige *verwijdering* van persoonlijke data (inclusief NAW-gegevens, BSN, etc.) die gedurende de pandemie zijn verzameld. Het betreft hier vele data op talloze plekken waarbij ook diverse bewaartermijnen gelden, wat het geheel complex maakt. De commissie vindt het belangrijk om een plan voor dataverwijdering en –opslag te ontwikkelen welke in werking kan treden zodra de situatie dit toelaat. Met een dergelijk plan zal voorkomen worden dat een vertekend beeld ontstaat over de bestemming en het gebruik van data. De commissie beseft zich terdege dat bepaalde data die verzameld zijn door zorg verlenende instanties enige tijd bewaard dienen te blijven, alsmede data die verzameld zijn ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek. Tegelijkertijd is de commissie van mening dat de overheid inzake *verwijdering van covid-data* niet slechts een afwachende en controlerende houding dient aan te nemen maar een pro-actieve rol dient te vervullen, dat wil zeggen kaders en tijdspaden stelt. Dit vraagt om een VWS-overstijgende aanpak en ook plan daartoe. De overheid heeft aangestuurd op het implementeren van digitale hulpmiddelen om de covid-19 pandemie te beheersen. De daaruit voortvloeiende verantwoordelijkheid – van alle betrokken departementen – om erop toe te zien dat de in dat kader verzamelde gegevens ordentelijk worden opgeslagen en later weer verwijderd, is ons inziens tevens een taak van de overheid.

### (1) Masterplan voor de vernietiging van persoonlijke data die wegens covid zijn verzameld en bewaard

Gedurende de covid-pandemie zijn van vele burgers data verzameld, bijvoorbeeld in het kader van testen en vaccineren. De data bevinden zich op talloze plekken variërend van particuliere testlocaties tot zorginstellingen, onderzoekscentra, bedrijven en (semi)overheidsinstellingen. De omvang van vergaarde persoonsgegevens tijdens de pandemie is inmiddels dermate groot dat er een masterplan nodig is om deze data in de toekomst weer volledig te laten verwijderen. De commissie is van mening dat alleen een verwijzing naar bestaande wetgeving en toezichhouders als de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) hierin niet volstaat. Eerder is gebleken dat hierin het gevaar van versnippering en onduidelijkheid schuilt waardoor partijen een eigen interpretatie geven aan bijvoorbeeld bewaartermijnen, persoonsgegevens en medische gegevens mogelijk onvoldoende beschermd worden bewaard, of erger, geraadpleegd en verhandeld worden. Om dit stuwmeer aan data duurzaam en volledig te verwijderen is een plan nodig waarbij in ieder geval voor de volgende aspecten aandacht is:

- Een inventarisatie bij welke instellingen er covid-gerelateerde persoonsgegevens zijn opgeslagen
- Juridisch kader, en indien nodig deze (bijvoorbeeld op het gebied van bewaartermijnen) aanscherpen
- Parameters voor verwijdering (vanaf wanneer mogen of moeten data worden verwijderd)
- Welke data mogen of moeten bewaard blijven door zorg verlenende instanties of voor wetenschappelijk onderzoek, en met welke bewaartermijnen
- Methode van dataopslag (inclusief methoden van anonimisering) en dataverwijdering

- Sancties in geval van niet naleven van de juiste data bewaar- en opslagtermijnen
- Proactieve uitvoering van de verwijdering, toezicht en controle

De commissie adviseert daarbij om de inzet van open source en co-creatie te overwegen, en ook in dit geval transparant en open te zijn en te communiceren over de ontwikkeling en uitvoering van genoemde plan.

## **(2) Bewaring van data ten behoeve van onderzoek**

Indien verzamelde data langere tijd bewaard dienen te blijven ten behoeve van onderzoek en evaluatie (bijvoorbeeld van de accuratesse of kwaliteit van gebruikte testen), dient de burger erop te kunnen vertrouwen dat deze data ontdaan van identificerende persoonsgegevens (geanonimiseerd) opgeslagen worden. Het is daarbij van belang zowel het volledig geanonimiseerd zijn van de database te garanderen, als de mogelijkheid te creëren latere koppelingen alsnog mogelijk te maken voor de beantwoording van bepaalde wetenschappelijke vragen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan vragen aangaande de immuniteit en infecties op langere termijn en de effectiviteit van vaccinaties. Dit laatste uiteraard onder de strikte geldende normen voor onderzoek met persoonsgebonden data.

# KANTAR PUBLIC

## Profijtbeginsel bij toegangstesten

Onderzoek naar de mogelijke  
effecten van invoering van het  
profijtbeginsel bij toegangstesten

Petra Kramer  
Juliette Bouwman  
244409996  
18 november 2021



## Inhoudsopgave

1	<a href="#">Samenvatting hoofdzichten</a>	3
2	<a href="#">Inleiding en leeswijzer</a>	5
3	<a href="#">Onderzoeksverantwoording</a>	9
4	<a href="#">Keuze om al dan niet te vaccineren</a>	15
5	<a href="#">Houding en gedragsintentie: algemeen</a>	19
6	<a href="#">Testbereidheid in verschillende situaties</a>	25
7	<a href="#">Bereidheid tot vaccineren in verschillende situaties</a>	38
8	<a href="#">Houding van gevaccineerden t.a.v. profijtbeginse!</a>	46
9	<a href="#">Bijlage</a>	49

1  
Samenvatting  
hoofdinzichten



## Samenvatting van de hoofdzichten

Let op: de hier benoemde effecten zijn gebaseerd op voorgelegde fictieve situaties: een benadering van de werkelijkheid. We kunnen op basis daarvan niet met zekerheid zeggen of deze effecten ook in werkelijkheid zullen optreden.

### Mening over testen voor toegang en het profijtbeginsel:

Onder ongevaccineerde Nederlanders is er veel weerstand tegen de bestaande plicht rondom het toegangsbewijs. Met de invoering van een eigen bijdrage voor het testen is vrijwel niemand van hen het eens.

De meerderheid van de gevaccineerde Nederlanders kan zich juist wel vinden in het vragen van een eigen bijdrage, een vijfde juist niet. € 7,50 lijkt volgens deze groep beste prijs te zijn.

### Wat zou het effect van het profijtbeginsel op bezoek aan verschillende sectoren kunnen zijn?

Het onderzoek laat zien dat het invoeren van het profijtbeginsel effect kan hebben op de mate waarin ongevaccineerde mensen zich gaan laten testen: dit kan sterk dalen op het moment dat er een eigen bijdrage gevraagd wordt. Dit effect zien we al bij een eigen bijdrage van € 5; bij hogere eigen bijdrages neemt dit effect nog iets toe. Echter: de testbereidheid is ook in de huidige (gratis testen) situatie al laag. We moeten hierbij benadrukken dat dit is gebaseerd op voorgelegde fictieve scenario's; het betreft dan ook de *geanticiperde* testbereidheid.

Het effect van het vragen van een eigen bijdrage verschilt nauwelijks tussen sectoren. Het lijkt erop dat mensen bij meer planbare activiteiten (festivals/evenementen/poppodia en sportwedstrijden) een iets hogere testbereidheid hebben (ook in de huidige situatie) en dat daar de prijselasticiteit iets lager is (echter nog steeds daalt tot bijna 0 wanneer er € 10 of € 15 voor een test betaald moet worden).

### Wat zou de invoering van het profijtbeginsel kunnen betekenen voor de vaccinatiebereidheid?

Het onderzoek laat geen verband zien tussen de vaccinatiebereidheid en een eigen bijdrage voor toegangstesten. Mensen geven zowel wanneer testen gratis is als wanneer hier een hogere eigen bijdrage voor wordt gevraagd aan dat de kans dat zij zich hierdoor mogelijk toch laten vaccineren niet verandert of zelfs nog kleiner wordt.

Oftewel: het invoeren van een profijtbeginsel voor toegangstesten zal afgaande op dit onderzoek waarschijnlijk leiden tot minder testen en tot een gelijkblijvende intentie om zich *niet* te laten vaccineren. Het lijkt er derhalve op dat ongevaccineerde Nederlanders zich hierdoor niet of weinig zullen laten dwingen zich te laten vaccineren. Tegelijkertijd lijkt het ook het negatieve sentiment onder ongevaccineerden ten aanzien van coronamaatregelen (in ieder geval testen en vaccineren) te versterken.

### Welke verschillen zien we in geanticiperde effecten op testbereidheid bij verschillende hoogten van eigen bijdrage?

De hoogte van de eigen bijdrage maakt voor de vaccinatiebereidheid niet uit: zoals gezegd is hier geen verband gevonden met de hoogte van de prijs/eigen bijdrage.

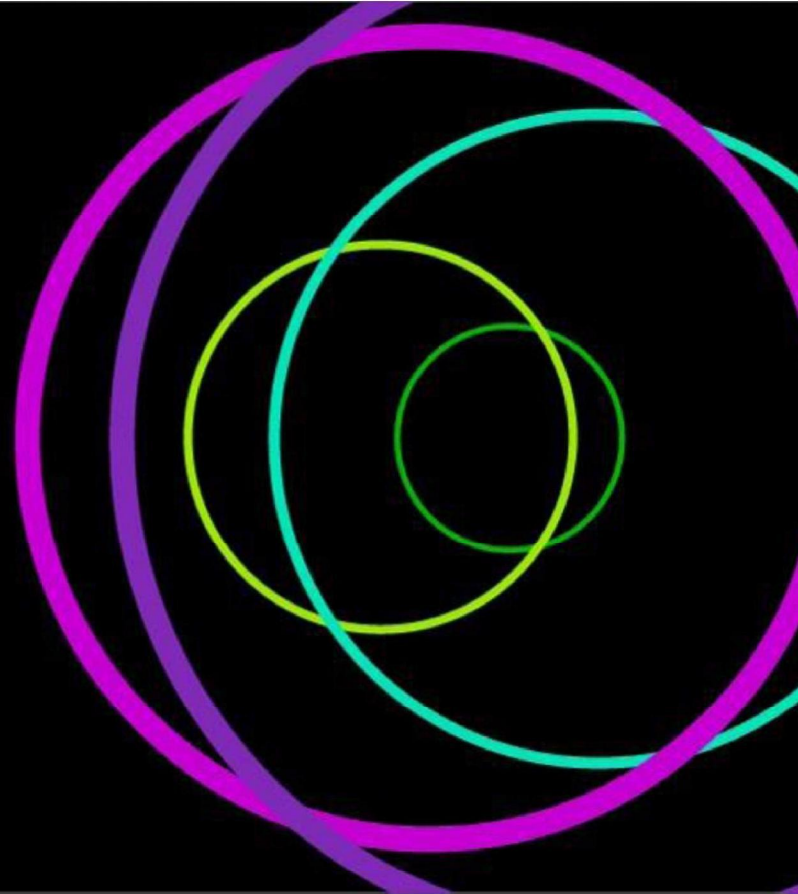
Voor de testbereidheid zien we dat deze in de meeste sectoren sterk daalt vanaf € 5 en daarna nog iets verder afneemt. Alleen bij festivals/evenementen/poppodia en sportwedstrijden lijkt de daling iets minder sterk te zijn.

### Hoe verhoudt de invloed van het profijtbeginsel zich tot andere beïnvloeders van test- en vaccinatiebereidheid?

Op de testbereidheid heeft de hoogte van de eigen bijdrage de sterkste invloed, maar speelt ook mee in welke mate men het eens is met de toegangsbewijs-maatregel, in welke mate men vertrouwen heeft in de manier waarop de overheid de bestrijding van corona aanpakt en de leeftijd (bij jongeren is de testbereidheid hoger).

Op de vaccinatiebereidheid heeft prijs van toegangstesten zoals gezegd geen invloed. We zien wel dat de vaccinatiebereidheid beïnvloed wordt door de mate waarin men gelooft in de beschermende werking van het coronavaccin. Daarnaast spelen ook hierbij het vertrouwen in de corona-aanpak van de overheid en het draagvlak voor de toegangsbewijs-maatregel een rol. De mate waarin men in het algemeen de verschillende sectoren bezoekt speelt eveneens een kleine rol.

## 2 Inleiding en leeswijzer



## Context

Een groot deel van de Nederlanders is gevaccineerd tegen COVID-19. Volgens de cijfers die het RIVM op 14 november publiceerde, was 84,7% van de volwassen bevolking volledig gevaccineerd en 64% van de groep van 12 t/m 17 jaar.

Sinds 25 september 2021 is het in Nederland op sommige plekken verplicht een coronatoegangsbewijs te tonen om toegang te krijgen. Mensen die niet volledig gevaccineerd zijn (en geen recent herstelbewijs hebben), dienen een negatieve testuitslag van maximaal 24 uur oud te hebben om dit toegangsbewijs te verkrijgen.

Op dit moment is het testen voor toegang gratis voor degene die getest wordt. Er is echter op 18 augustus jl. een motie ingediend door Kamerlid Paternotte met het verzoek toe te gaan werken naar de instelling van een profijtbeginsel bij het testen voor toegang, uitgaande van een eigen bijdrage. Dit houdt in dat er een eigen financiële bijdrage aan de kosten van toegangstesten wordt gevraagd aan de persoon die getest wordt.

**Hoewel hierover nog geen besluit is genomen, wil het ministerie van VWS graag inzicht krijgen in de mogelijke effecten indien dit profijtbeginsel ingevoerd zou worden:**

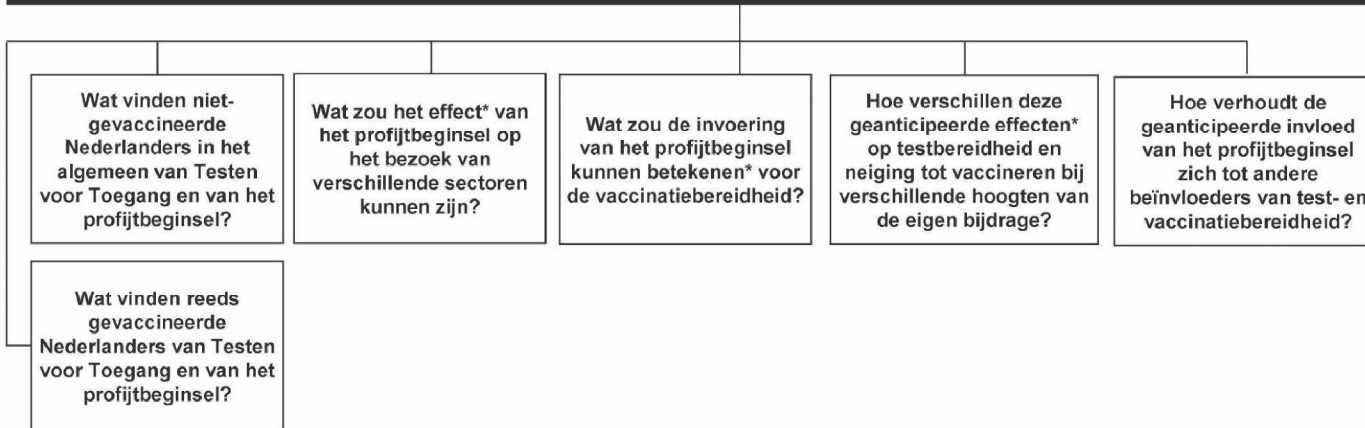
- Hoe zou hier vanuit de samenleving (wel en niet gevaccineerden) op gereageerd worden?
- Welke effecten vallen te verwachten, op bijvoorbeeld de mate waarin niet gevaccineerde mensen zich zullen laten testen, de mate waarin zij bepaalde sectoren zullen (blijven) bezoeken en de neiging om zich alsnog te laten vaccineren.
- En hoe zouden deze geanticipeerde reacties en effecten verschillen bij diverse hoogten van de eigen bijdrage (verschillende prijsniveaus).

Om hier inzicht in te krijgen, heeft Kantar Public onderzoek gedaan onder een grote groep gevaccineerde en ongevaccineerde Nederlanders. Op de volgende pagina zijn de centrale vraag en onderliggende deelvragen van het onderzoek te vinden.



## Centrale vraag en deelvragen in dit onderzoek

Welke effecten\* zou het invoeren van het profijtbeginsel bij corona-toegangstesten kunnen hebben op het bezoek aan sectoren, de vaccinatiebereidheid en de houding van gevaccineerde en ongevaccineerde Nederlanders?



\* Let op: de hier benoemde effecten zijn gebaseerd op voorgelegde fictieve situaties: een benadering van de werkelijkheid. We kunnen op basis daarvan niet met zekerheid zeggen of deze effecten ook in werkelijkheid zullen optreden.

## Leeswijzer

### 01

In dit rapport spreken we over gevaccineerden en ongevaccineerden.

- 'Gevaccineerden' zijn: volledig gevaccineerd + mensen die een eerste of tweede afspraak gepland hebben + mensen die niet gevaccineerd kunnen worden om medische redenen (omdat testen voor toegang niet op hen van toepassing is).
- 'Ongevaccineerden' zijn mensen die niet gevaccineerd zijn en daar ook nog geen afspraak voor hebben.

### 02

In het rapport wordt regelmatig gesproken over 'events'. Hiermee bedoelen we gelegenheden waarvoor een coronatoegangsbewijs nodig is als men ze wil bezoeken.

### 03

Bij de interpretatie van de resultaten is het belangrijk om in acht te nemen dat het veldwerk heeft gelopen tussen 26 oktober en 1 november 2021. Dit was ná de invoering van het coronatoegangsbewijs van 25 september, maar vóór de uitbreiding van Testen voor Toegang van 6 november en voor de vooraankondiging van een mogelijk 2G beleid.

### 04

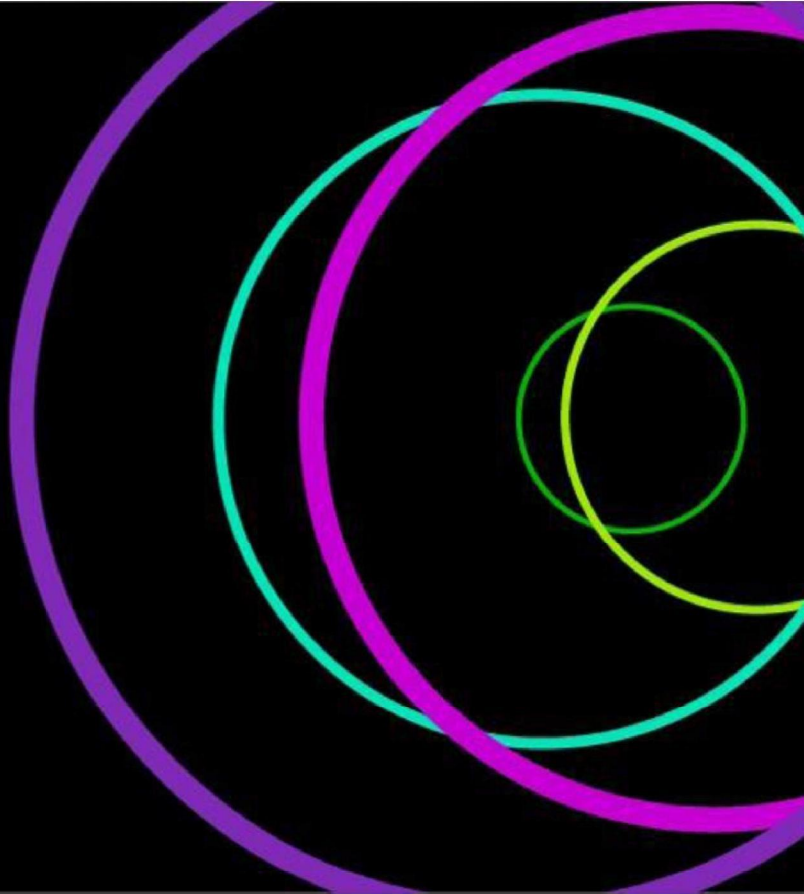
Sommige resultaten zijn gebaseerd op een relatief klein deel van de steekproef. Daarbij moeten resultaten voorzichtig geïnterpreteerd worden. Dit wordt aangegeven met het volgende teken: **!**

### 05

Wanneer percentages in figuren niet optellen tot 100% is dit te wijten aan afrondingsverschillen of de mogelijkheid om meer dan één antwoord te geven.

De letterlijke vraagstelling waarop resultaten gebaseerd zijn, is onderaan de pagina's te vinden.

# 3 Onderzoeks- verantwoording

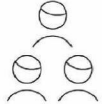


## Onderzoeksspecificaties onderzoek overall



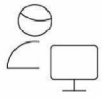
### Doelgroep

Nederlanders van 13 jaar of ouder, representatief op geslacht, leeftijd (13+), regio, opleidingsniveau en herkomst. De groep gevaccineerde Nederlanders en de groep ongevaccineerde Nederlanders hebben elk een aparte weging zodat beide doelgroepen zo representatief mogelijk zijn. Deze weegcijfers zijn gebaseerd op de screening van september uitgevoerd door Kantar. Beide groepen worden in de volgende slides nader toegelicht.



### Steekproefbron

De steekproef is getrokken uit onze respondentendatabase Nipobase. Vooraf is deze hele database uitgenodigd voor een zogenaamde screening, waarin werd gevraagd of zij al dan niet gevaccineerd zijn (of dit nog van plan zijn).



### Respons

Bruto zijn n= 5.996 respondenten uitgenodigd. Uiteindelijk hebben n= 4.002 respondenten deelgenomen (respons 67%). Hieronder vallen n=1.781 ongevaccineerden en 2.221 gevaccineerden. Zie de volgende twee pagina's voor nadere details over beide doelgroepen.



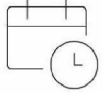
### Online methode

Voor dit onderzoek is gebruikt gemaakt van een online vragenlijst (CAWI: computer assisted web interviewing). Respondenten ontvingen een e-mail met daarin informatie over het onderzoek en een link naar de online vragenlijst.



### Vragenlijst

De vragenlijst is opgesteld door Kantar in samenspraak met het ministerie van VWS, het gedragsteam van DG Samenleving & Covid-19 en met advies vanuit het RIVM en de Erasmus Universiteit. De gemiddelde invulduur bedroeg 7 minuten.



### Veldwerkperiode

Het veldwerk heeft gelopen van 26 oktober t/m 1 november 2021.

## Onderzoeksspecificaties **ongevaccineerde groep**



### Doelgroep

Nederlanders van 13 jaar en ouder die nog niet gevaccineerd zijn. Mensen die vanwege medische redenen niet gevaccineerd kunnen worden, vallen buiten deze doelgroep (maar krijgen wel algemene vragen, gelijk aan de vragen voor gevaccineerden). Ook vallen mensen die nog geen vaccinatie hebben, maar deze al wel gepland hebben bij de GGD buiten deze doelgroep (ook zij krijgen algemene vragen, gelijk aan gevaccineerden). Een kanttekening bij de steekproef is dat bepaalde groepen waarvan reeds bekend is dat ze relatief weinig gevaccineerd zijn, met dit online onderzoek ook weinig bereikt zijn. Het gaat dan met name om mensen met een niet-westerse migratieachtergrond die niet of niet goed Nederlands spreken. Zij zijn via een online vragenlijst niet goed te bereiken. Binnen de kaders van dit onderzoek was het niet mogelijk deze groep via een andere weg te includeren. Hier dient bij de interpretatie van de resultaten rekening mee gehouden te worden.



### Steekproef

De steekproef is getrokken uit de respondentendatabase van Kantar: NIPObase. Vooraf is een groot deel (ruim 40.000 personen) van deze database 'gescreend' met de vraag of zij zich al hebben laten vaccineren of dit al dan niet van plan zijn (voor kinderen van 13 t/m 15 jaar is dit aan de ouders gevraagd). Op basis daarvan zijn alle niet gevaccineerden uitgenodigd voor het hoofdonderzoek, om het maximaal haalbare aantal ongevaccineerden in de steekproef te krijgen. In totaal waren dit er netto  $n=1.781$ . Dit maximale aantal is nagestreefd om statistisch betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de uitkomsten van het onderzoek, inclusief subgroepen (zoals leeftijdsgroepen) en de verschillende scenario's die zijn voorgelegd (combinaties van sectoren en prijsniveaus, die steeds aan een deel van de steekproef zijn voorgelegd). Met een minimum van  $n=1.500$  was de verwachting voldoende statistische power te hebben per scenario. Na afronding blijkt dat alleen over de scenario's 'professionele sportwedstrijd' en 'nachtclub/discotheek' relatief weinig waarnemingen zijn verzameld (ca.  $n=50$  per situatie), waardoor de power hier lager is en de resultaten meer indicatief van karakter zijn.



### Weging & Representativiteit

We kennen de exacte samenstelling op achtergrondkenmerken van de groep ongevaccineerde Nederlanders niet. De resultaten van de screening (ruim 40.000 personen) zijn gewogen op de achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, regio en herkomst) van de Nederlandse samenleving van 13 jaar of ouder. Vervolgens hebben we met deze weging de percentages van dezelfde achtergrondgegevens van de screening voor de tweede keer bepaald, apart voor gevaccineerden en ongevaccineerden om zo op basis van deze weging de representatieve cijfers per doelgroep te achterhalen. Op basis van de percentages van achtergrondgegevens van ongevaccineerde Nederlanders uit de screening hebben we de resultaten van het onderzoek gewogen om zo de beste benadering van de werkelijkheid te bereiken.

## Onderzoeksspecificaties **gevaccineerde groep**



### Doelgroep

Nederlanders van 13 jaar of ouder die al volledig gevaccineerd zijn, maar ook mensen die de intentie daartoe hebben (en daadwerkelijk een afspraak gepland hebben voor hun eerste of tweede prik). Omdat mensen die vanwege medische redenen niet gevaccineerd kunnen worden ook niet hoeven te testen voor toegang, is deze groep in dit onderzoek eveneens bij de gevaccineerden meegenomen.



### Steekproef

De steekproef is getrokken uit de respondentendatabase van Kantar: NIPObase. Vooraf is een groot deel (ruim 40.000 personen) van deze database 'gescreend' met de vraag of zij zich al hebben laten vaccineren of dit al dan niet van plan zijn (voor kinderen van 13 t/m 15 jaar is dit aan de ouders gevraagd). In totaal is de vragenlijst door netto  $n=2.221$  gevaccineerden ingevuld. Omdat deze groep met name als geheel wordt bekeken in dit onderzoek (zonder op te splitsen in subgroepen of scenario's), werd een minimale  $n=1.000$  hier als ruim voldoende gezien om statistisch gezien betrouwbare uitspraken te kunnen doen. We zijn ruim boven dit streefaantal uitgekomen.



### Weging & Representativiteit

We kennen de exacte samenstelling op achtergrondkenmerken van de groep gevaccineerde Nederlanders niet. De resultaten van de screening (ruim 40.000 personen) zijn gewogen op de achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, regio en herkomst) van de Nederlandse samenleving van 13 jaar of ouder. Vervolgens hebben we met deze weging de percentages van dezelfde achtergrondgegevens van de screening voor de tweede keer bepaald, apart voor ongevaccineerden en gevaccineerden om zo op basis van deze weging de representatieve cijfers per doelgroep te achterhalen. Op basis van de percentages van achtergrondgegevens van gevaccineerde Nederlanders uit de screening hebben we de resultaten van het onderzoek gewogen om zo de beste benadering van de werkelijkheid te bereiken.

## Opzet van het onderzoek

Onderzoek onder twee hoofddoelgroepen: gevaccineerde en ongevaccineerde Nederlanders op basis van voorgelegde fictieve situaties (een benadering van de werkelijkheid).

### Ongevaccineerde Nederlanders

Het grootste deel van het onderzoek richt zich op de ongevaccineerde groep, aangezien dit de groep is voor wie testen voor toegang relevant is.

Om inzicht te krijgen in de mate waarin het moeten betalen van een eigen bijdrage invloed kan hebben op de testbereidheid en op het overwegen van vaccinatie, zijn verschillende fictieve situaties voorgelegd. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen diverse 'events' (gelegenheden) voor verschillende sectoren. Evenals verschillende niveaus van eigen bijdrage:

- Gratis
- € 5
- € 7,50
- € 10
- € 15

De 7 verschillende 'events' worden op de volgende pagina getoond.

Iedere respondent kreeg maximaal vier fictieve situaties voorgelegd. Daarbij bleef het prijsniveau per respondent gelijk (er werd at random een prijsniveau toegekend aan de respondent), maar men kreeg (maximaal) vier verschillende random gekozen 'events' voorgelegd. Het ging hierbij alleen om events waarvan men aangaf er normaal gesproken minimaal eens per jaar naartoe te gaan). Als men normaal gesproken naar minder dan vier van de events gaat, werden er minder event-prijscombinaties voorgelegd.

### Gevaccineerde Nederlanders

Gevaccineerden hoeven geen toegangstest te doen omdat ze reeds een vaccinatie- en dus een toegangsbewijs hebben. Daarom hebben zij geen vragen gekregen over of zij zelf een toegangstest willen doen.

De vragen voor deze groep zijn met name gericht op hun mening over het testbeleid en het profijtbeginsel: vinden zij het vanuit het oogpunt van solidariteit een goed idee dat er een eigen bijdrage wordt gevraagd voor toegangstesten?

## De zeven voorgedegde 'events'

Om te zorgen dat respondenten zich zo goed mogelijk konden inleven, zijn afbeeldingen van de te bezoeken 'events' getoond in de vragenlijst. Verder is gezorgd dat de situatie en vraagstelling voor iedereen gelijk bleef: het ging om een bezoek **volgende week zaterdag**. Verder is aangegeven dat het ging om een test in **neus en keel**. En dat het testen circa **30 minuten van je tijd** zou kosten, waarbij de **uitslag er binnen twee uur** is.

Hieronder zijn de events en bijbehorende afbeeldingen te zien.

Koffientje of lunchroom



Restaurant/eetcafé



Kroeg



Professionele sportwedstrijd



Nachtclub of discotheek



Festival, evenement, feest of poppodium



Bioscoop of theater

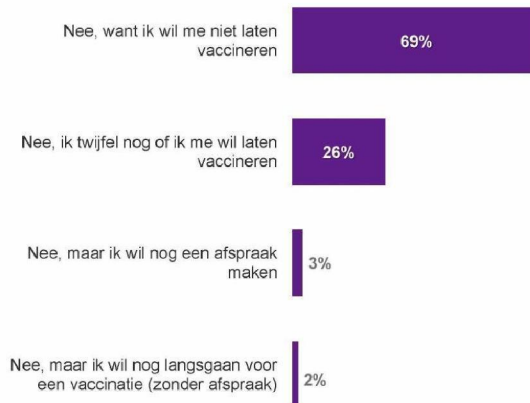


# 4 Keuze om al dan niet te vaccineren



De meeste **ongevaccineerde** Nederlanders zijn ook niet van plan zich nog te laten vaccineren, een derde twijfelt of denkt wel over het maken van een afspraak. De meest genoemde redenen om niet te vaccineren is twijfel over de veiligheid of de bijwerkingen

Bent u (volledig) gevaccineerd tegen corona?  
Status van 'ongevaccineerden' in dit onderzoek



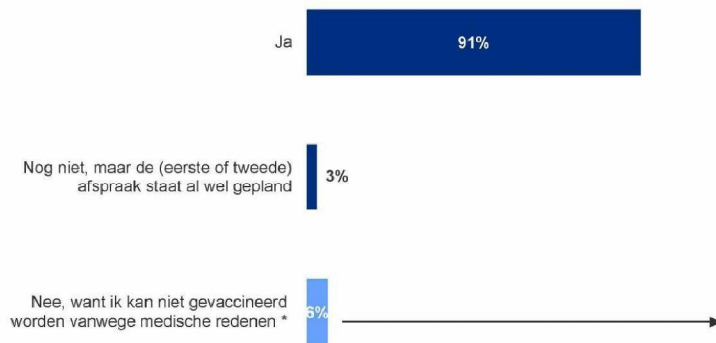
Er kunnen verschillende redenen zijn waarom mensen niet gevaccineerd zijn. Welk van onderstaande redenen past het best bij u?



Q003: Vaccinatie tegen het coronavirus is vrijwillig; het is uw keuze of u zich wilt laten vaccineren of niet. Bent u volledig gevaccineerd tegen het coronavirus? (basis: ongevaccineerden, n= 1.781)  
Q004: Er kunnen verschillende redenen zijn waarom mensen niet gevaccineerd zijn. Welk van onderstaande redenen past het best bij u? (basis: ongevaccineerden, n= 1.781)

**9 op de 10 **gevaccineerde** Nederlanders geven aan al twee vaccinaties te hebben ontvangen. Als men aangeeft een medische reden te hebben, is dit deels door de huisarts of specialist aangegeven, maar ook een vrij groot deel zegt dat dit op basis van eigen inschatting is**

Bent u (volledig) gevaccineerd tegen corona?  
Status van 'gevaccineerden' in dit onderzoek (n=2.221)

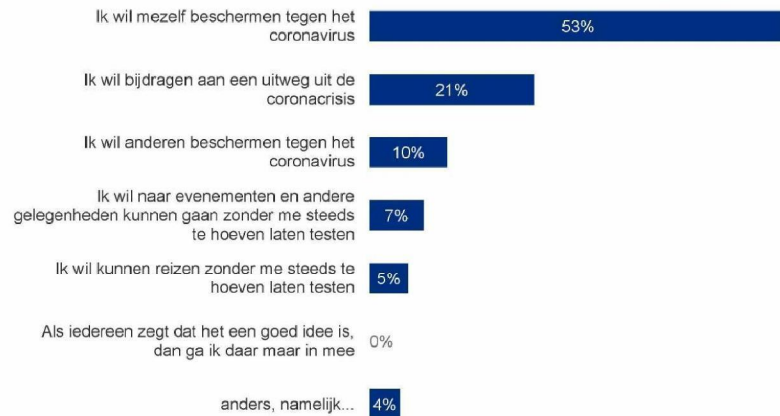


U heeft aangegeven dat u vanwege een medische reden niet gevaccineerd kunt worden. Hoe is dit vastgesteld? (n=142)



Q003: Vaccinatie tegen het coronavirus is vrijwillig; het is uw keuze of u zich wilt laten vaccineren of niet. Bent u volledig gevaccineerd tegen het coronavirus? (basis: gevaccineerden, n= 2.221)  
Q046: U heeft aangegeven dat u vanwege een medische reden niet gevaccineerd kunt worden. Hoe is dit vastgesteld? (basis: ongevaccineerden met een medische reden, n= 142)

## De meest genoemde reden van **gevaccineerden** om zich wel te laten vaccineren is om zichzelf te beschermen; te willen bijdragen aan een uitweg uit de coronacrisis volgt op een tweede plek



### Verschillen tussen doelgroepen?

De groepen t/m 34 jaar (15%) en tot en met 54 jaar (12%) laten zich vaker vaccineren om anderen te beschermen dan volwassenen van 55 jaar of ouder (5%). Ook zien we dat de jongste groepen vaker kiezen voor vaccinatie om naar gelegenheden toe te kunnen gaan (13 t/m 18 jaar: 18%; 20 t/m 34 jaar: 12%).

Laag opgeleiden (6%) geven iets minder vaak bescherming voor anderen als reden om zich te laten vaccineren dan midden- en hoogopgeleiden (beide 11%).

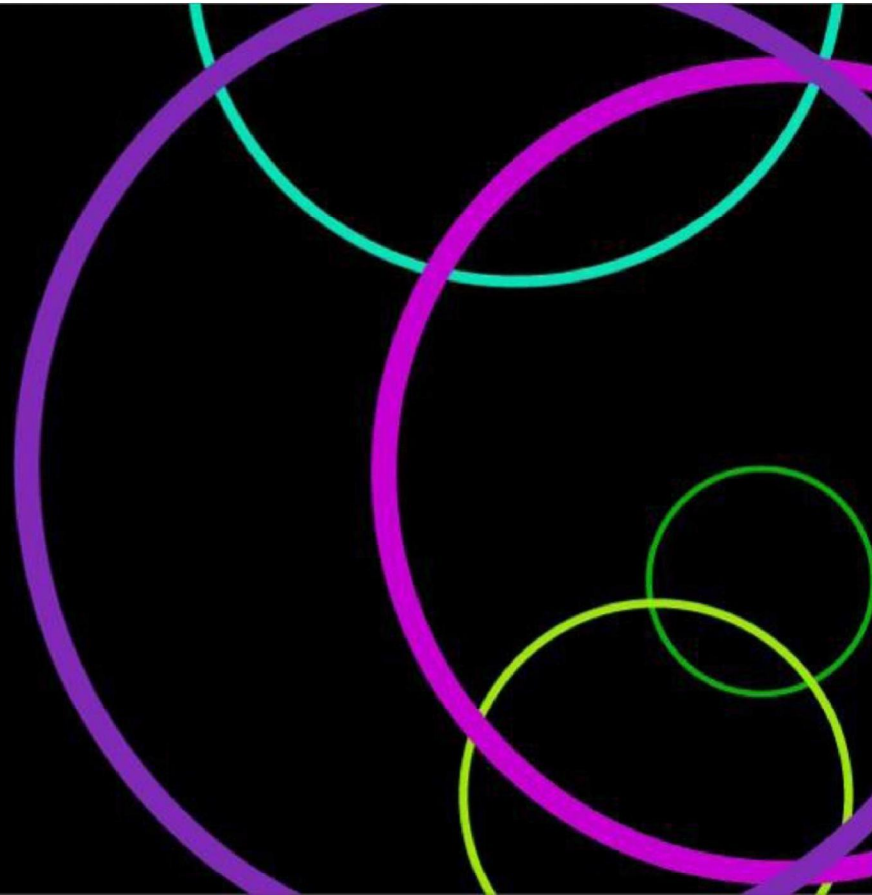
Nederlanders uit de laagste sociale klasse geven vaker aan dat ze zichzelf willen beschermen (60%) dan Nederlanders uit de hoogste sociale klasse (51%).

Mensen met een niet-westerse migratieachtergrond nemen vaker het vaccin om zichzelf te beschermen (59%) dan autochtonen (52%). Autochtonen nemen vaker het vaccin om te kunnen reizen (22%) dan mensen met een niet-westerse migratieachtergrond (16%).

Mannen (56%) laten zich vaker vaccineren voor zichzelf dan vrouwen (49%). Terwijl vrouwen zich vaker laten vaccineren voor anderen (12% vs 7%).

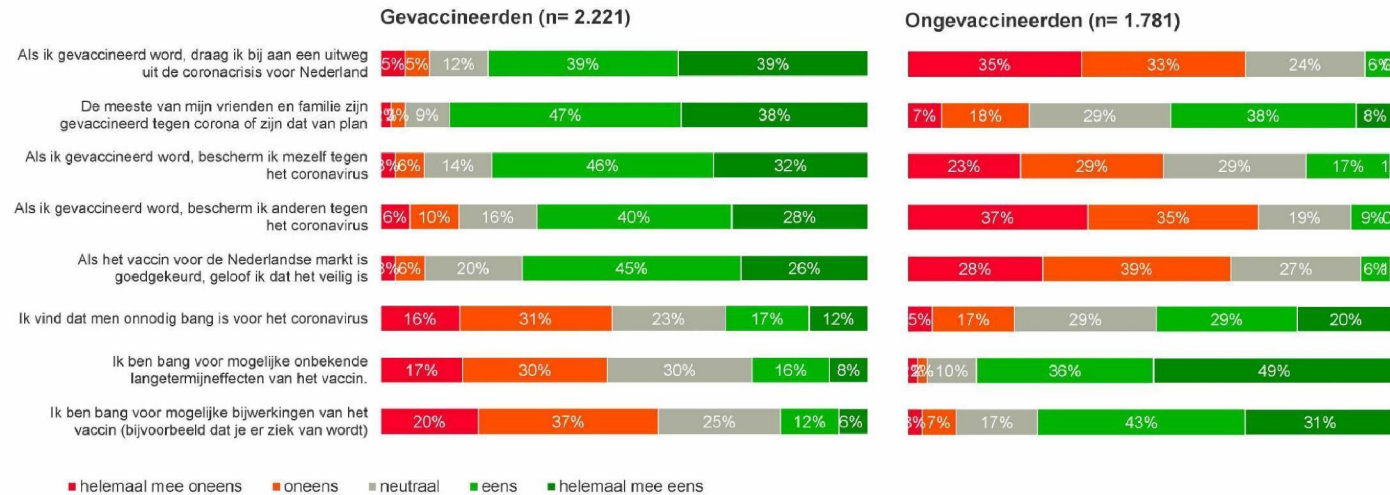
Q041: Er kunnen verschillende redenen zijn waarom mensen zich laten vaccineren. Welk van onderstaande redenen past het best bij u? (basis: gevaccineerden, n= 2.079)

5  
Houding en  
gedragsintentie  
algemeen



**Ongevaccineerden geven minder vaak aan dat hun sociale omgeving (vrienden en familie) gevaccineerd is. Ook valt op dat ze minder vertrouwen hebben in de beschermende werking van het vaccin en in de veiligheid ervan.**

In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?

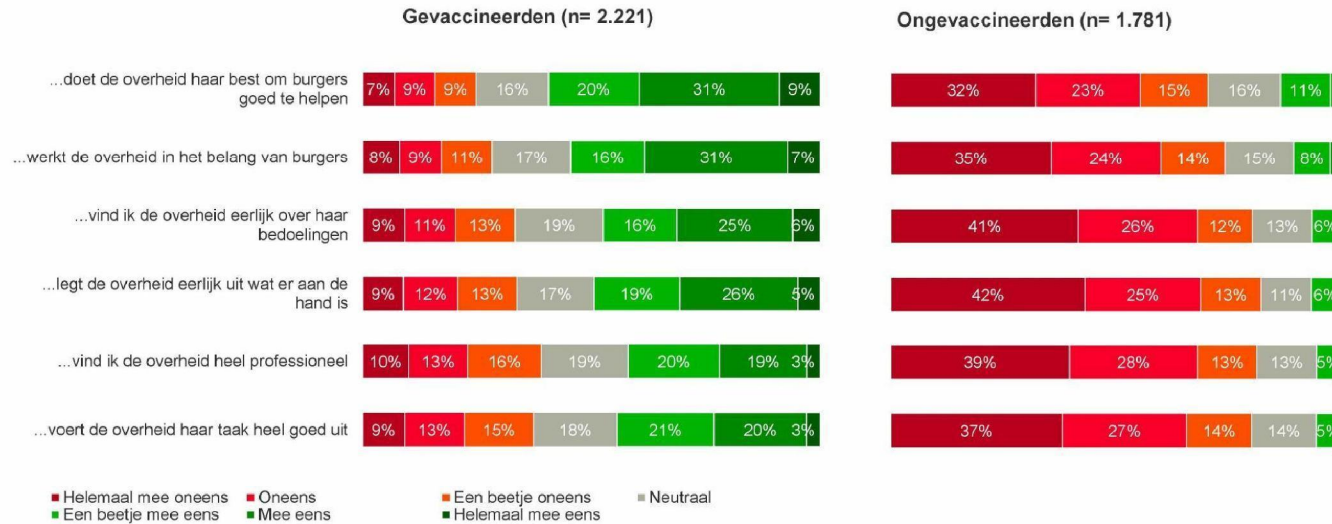


Q005: In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen? (basis: alle respondenten n= 4.002).

De eerste 6 stellingen zijn gebaseerd op eerder onderzoek van het RIVM: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.36.2100792>

## Ongevaccineerde Nederlanders hebben veel minder vertrouwen in de manier waarop de overheid de bestrijding van corona aanpakt dan gevaccineerde Nederlanders

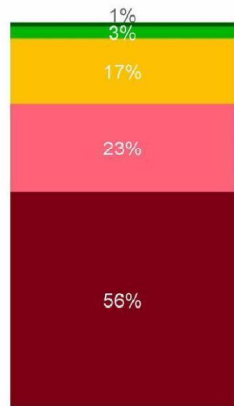
Hoe eens bent u het met onderstaande uitspraken over de Nederlandse overheid?  
Als het gaat om de bestrijding van corona, dan...



Q045: Wilt u hieronder aangeven hoe eens u het bent met onderstaande uitspraken over de Nederlandse overheid? (basis: alle respondenten n= 4.002).

## 8 op de 10 **ongevaccineerde** Nederlanders zijn niet bereid om alsnog de vaccinatie te halen en de helft is ook niet bereid om te testen voor toegang

Algemene intentie om alsnog te laten vaccineren

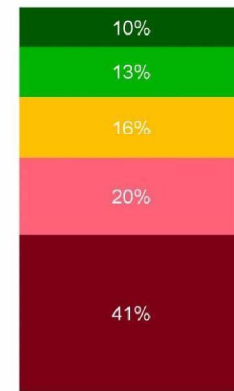


Nederlanders uit de hoogste sociale klasse staan vaker open voor alsnog vaccineren (10% zeker + waarschijnlijk).

Ook jongeren t/m 19 jaar staan vaker open voor vaccinatie (8% zeker + waarschijnlijk).

Mensen met een niet-westerse migratie-achtergrond staan vaker open voor vaccinatie (9% zeker + waarschijnlijk).

Algemene intentie om te testen voor toegang



Nederlanders uit de laagste sociale klasse zijn minder bereid om te testen (12% zeker + waarschijnlijk).

55-plussers zeggen minder vaak zich te zullen laten testen voor toegang (13% zeker + waarschijnlijk).

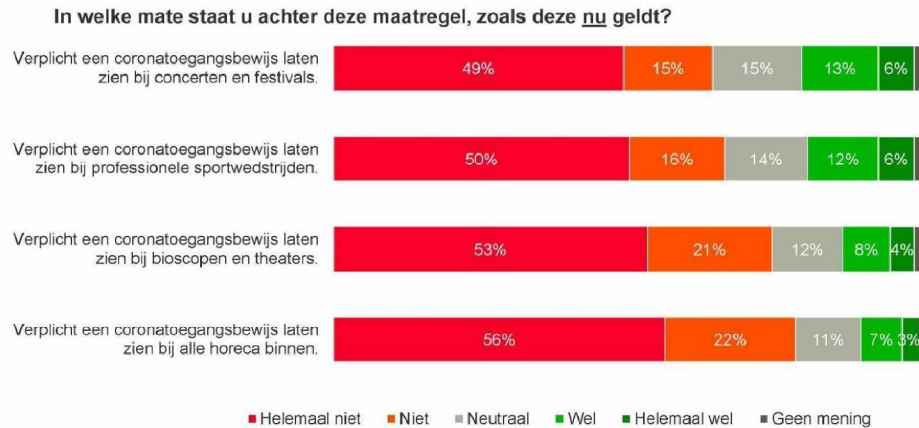
■ Ik ga dit zeker wel doen      ■ Ik ga dit waarschijnlijk wel doen  
■ Ik ga dit misschien doen / ik weet het nog niet      ■ Ik ga dit waarschijnlijk niet doen  
■ Ik ga dit zeker niet doen

■ Ik ga dit zeker wel doen      ■ Ik ga dit waarschijnlijk wel doen  
■ Ik ga dit misschien doen / weet het nog niet      ■ Ik ga dit waarschijnlijk niet doen  
■ Ik ga dit zeker niet doen

Q006: Hoe groot is de kans dat u zich in de komende twee maanden nog gaat laten vaccineren? (basis: ongevaccineerden, n= 1.781)

Q008: Hoe groot is de kans dat u zich in de komende twee maanden één keer of vaker zult laten testen voor toegang? (basis: ongevaccineerden n= 1.781)

## Onder **ongevaccineerde** Nederlanders is er veel weerstand tegen het laten zien van een coronatoegangsbewijs, in de horeca is dit het grootst



### Verschillen tussen doelgroepen?

Jongeren t/m 19 jaar staan vaker (helemaal) wel achter de maatregel om een toegangsbewijs te laten zien in horeca binnen (15%) en bij concerten en festivals (27%).

Nederlanders uit de hoogste sociale klasse staan vaker (helemaal) wel achter de maatregel om een toegangsbewijs te laten zien bij concerten en festivals (22%) en bij professionele sportwedstrijden (20%).

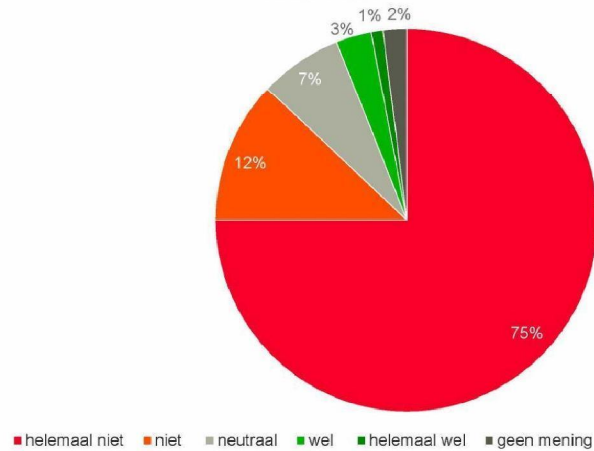
### De meesten verwachten dat de toegangsbewijsmaatregel nog meer dan een half jaar van kracht blijft

61% van de ongevaccineerden denkt dat de verplichting om een toegangsbewijs te tonen langer dan 6 maanden zal duren. 18% denkt 4 tot 6 maanden, 13% denkt 2 tot 4 maanden en 9% korter dan 2 maanden.

Q007: <Toelichting maatregel coronatoegangsbewijs, zoals 25 september 2021 ingevoerd> In welke mate staat u achter deze maatregel, zoals deze nu geldt? (basis: ongevaccineerden, n= 1.781)

**Bovendien blijkt dat het draagvlak onder ongevaccineerden voor de invoering van het profijtbeginsel nog lager is, bijna negen op de tien staan hier niet achter**

Testen voor toegang is op dit moment gratis. Stel dat in de toekomst besloten wordt dat daar een eigen bijdrage voor betaald zou moeten worden. In welke mate zou u daar achter staan?



**Verschillen tussen doelgroepen?**

Ongevaccineerde mannen (5%) staan vaker (helemaal) wel achter een eigen bijdrage voor testen voor toegang dan vrouwen (3%).

Q010: Testen voor toegang is op dit moment gratis. Stel dat in de toekomst besloten wordt dat daar een eigen bijdrage voor betaald zou moeten worden. In welke mate zou u daar achter staan? (basis: ongevaccineerden, n= 1.781)

# 6

## Testbereidheid in verschillende situaties



## Toelichting op het hoofdstuk testbereidheid

Dit hoofdstuk laat allereerst zien **welke invloed de invoering van het profijtbeginsel bij Testen voor Toegang mogelijk zal hebben op de testbereidheid van ongevaccineerde Nederlanders.**

- We tonen de **testbereidheid in scenario's waarin testen gratis** is (zoals momenteel het geval is).
- En **vergelijken de testbereidheid in hypothetische situaties** met deze 'gratis' situatie: in welke mate neemt deze toe of af als er een eigen bijdrage wordt gevraagd van € 5, € 7,50, € 10 of € 15.

Zoals in de inleiding is toegelicht, hebben respondenten hun testbereidheid aangegeven voor een specifieke voorgelegde combinatie van een 'event' en een prijsniveau. We tonen daarom de resultaten specifiek voor deze event-prijscombinaties.

*De voorgelegde combinaties zijn at random gekozen: een random gekozen prijsniveau per respondent wordt gecombineerd met maximaal vier events. De events zijn random gekozen uit de events waarvan men aangeeft ze normaal gesproken, zonder corona, weleens te bezoeken. Als dat er minder dan vier zijn, kreeg men minder combinaties voorgelegd.*

Behalve prijs, kunnen **ook andere factoren een rol spelen bij testbereidheid**. Bovendien kunnen sommige achtergrondfactoren de invloed van prijs versterken.

De analyse van deze overige factoren is in het tweede deel van dit hoofdstuk te vinden.

Let op: bij de interpretatie van de resultaten is het belangrijk om in acht te nemen dat het veldwerk heeft gelopen tussen 26 oktober en 1 november 2021. Dit was ná de invoering van het coronatoegangsbewijs van 25 september, maar vóór de uitbreiding van Testen voor Toegang van 6 november en voor de voor aankondiging van een mogelijk 2G beleid.



De meerderheid van de **ongevaccineerden** wil zich in de huidige 'gratis' situatie niet laten testen voor bezoek aan een koffiezaak, lunchroom, restaurant of eetcafé; wanneer een eigen bijdrage betaald moet worden daalt deze testbereidheid vanaf een prijs van € 5 significant

Testbereidheid voor **koffietentje/lunch** per niveau van eigen bijdrage



Testbereidheid voor **restaurant/eetcafé** per niveau van eigen bijdrage



Q014 (gratis), Q020 (€5), Q051 (€7,50), Q026 (€10), Q032 (€15): Stel, u wilt volgende week zaterdag naar <event>. Het is, als je niet volledig gevaccineerd bent, verplicht om een coronatest te laten doen bij een officiële testlocatie. De testuitslag mag maximaal 24 uur oud zijn. Het gaat om een test met neus- en keelafname. Het testen kost u, inclusief reistijd, ca. 30 minuten van uw tijd en de uitslag krijgt u binnen twee uur. De test is gratis / kost € 5 / € 7,50 / € 10 / € 15. Zou u zich dan laten testen om naar <event> te kunnen gaan?

De testbereidheid van **ongevaccineerden** voor bezoek aan de kroeg is in de 'gratis' situatie al laag en daalt sterk wanneer een eigen bijdrage betaald moet worden; voor een festival/feest/poppodium is de bereidheid wat groter en is de prijselasticiteit iets minder sterk

Testbereidheid voor **kroeg**  
per niveau van eigen bijdrage



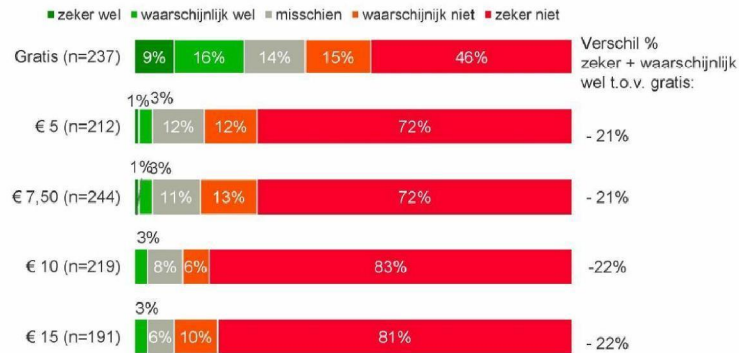
Testbereidheid voor **festival, georganiseerd feest/  
evenement of poppodium** per niveau van eigen bijdrage



Q014 (gratis), Q020 (€5), Q051 (€7,50), Q026 (€10), Q032 (€15): Stel, u wilt volgende week zaterdag naar <event>. Het is, als je niet volledig gevaccineerd bent, verplicht om een coronatest te laten doen bij een officiële testlocatie. De testuitslag mag maximaal 24 uur oud zijn. Het gaat om een test met neus- en keelafname. Het testen kost u, inclusief reistijd, ca. 30 minuten van uw tijd en de uitslag krijgt u binnen twee uur. De test is gratis / kost € 5 / € 7,50 / € 10 / € 15. Zou u zich dan laten testen om naar <event> te kunnen gaan?

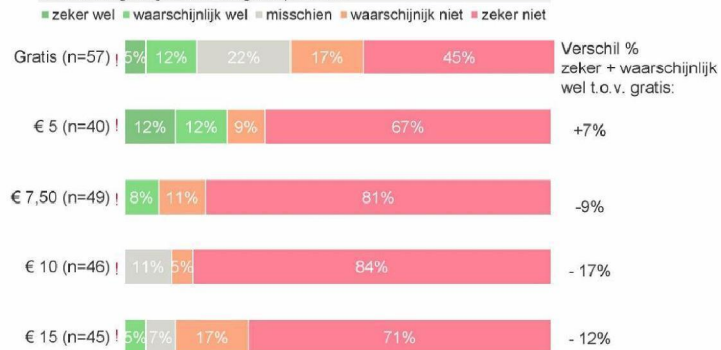
Wanneer testen gratis is, is ongeveer een kwart van de **ongevaccineerden** hiertoe bereid voor bioscoop of theater, maar dit daalt sterk vanaf een eigen bijdrage van € 5; de testbereidheid voor een nachtclub neemt ook af als een eigen bijdrage wordt gevraagd (vanaf € 7,50)

#### Testbereidheid voor bioscoop/theater per niveau van eigen bijdrage



#### Testbereidheid voor nachtclub/discotheek per niveau van eigen bijdrage

Let op: dit is gebaseerd op relatief kleine steekproeven, waardoor er grotere schommelingen zijn. Voorzichtig interpreteren!



Q014 (gratis), Q020 (€5), Q051 (€7,50), Q026 (€10), Q032 (€15): Stel, u wilt volgende week zaterdag naar <event>. Het is, als je niet volledig gevaccineerd bent, verplicht om een coronatest te laten doen bij een officiële testlocatie. De testuitslag mag maximaal 24 uur oud zijn. Het gaat om een test met neus- en keelafname. Het testen kost u, inclusief reistijd, ca. 30 minuten van uw tijd en de uitslag krijgt u binnen twee uur. De test is gratis / kost € 5 / € 7,50 / € 10 / € 15. Zou u zich dan laten testen om naar <event> te kunnen gaan?

Voor bijwonen van sportwedstrijden is ruim een kwart van de **ongevaccineerden** bereid tot testen in de gratis situatie; het percentage dat dit zeker niet zal doen stijgt sterk op het in scenario's waarin er een eigen bijdrage wordt gevraagd



Q014 (gratis), Q020 (€5), Q051 (€7,50), Q026 (€10), Q032 (€15): Stel, u wilt volgende week zaterdag naar <event>. Het is, als je niet volledig gevaccineerd bent, verplicht om een coronatest te laten doen bij een officiële testlocatie. De testuitslag mag maximaal 24 uur oud zijn. Het gaat om een test met neus- en keelafname. Het testen kost u, inclusief reistijd, ca. 30 minuten van uw tijd en de uitslag krijgt u binnen twee uur. De test is gratis / kost € 5 / € 7,50 / € 10 / € 15. Zou u zich dan laten testen om naar <event> te kunnen gaan?

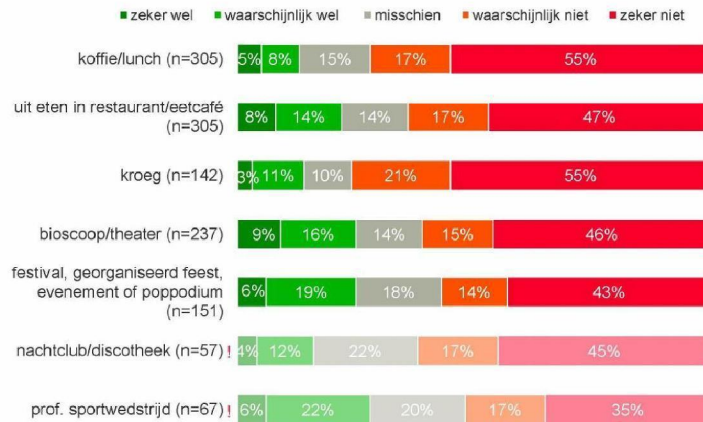
Bij alle evenementen zien we een sterke daling in testbereidheid van **ongevaccineerde Nederlanders** vanaf een prijs van € 5; bij festivals, feesten en poppodia is de prijselasticiteit iets minder sterk, maar bij € 10 en € 15 daalt de testbereidheid ook daar met meer dan driekwart

Event	Testbereidheid huidige (gratis) situatie	Afname testbereidheid (zeker/waarschijnlijk wel) vergeleken met GRATIS			
		Afname bij € 5	Afname bij € 7,50	Afname bij € 10	Afname bij € 15
	<i>Gratis</i>				
Koffietentje/lunch	13%	-11%	-10%	-11%	-12%
Restaurant/eetcafé	22%	-17%	-16%	-17%	-19%
Kroeg	14%	-12%	-11%	-13%	-13%
Festival, feest, poppodium	25%	-16%	-13%	-19%	-20%
Bioscoop/theater	25%	-21%	-21%	-22%	-22%
Nachtclub/discotheek !	16%	+7%	-9%	-17%	-12%
Sportwedstrijd !	28%	-21%	-17%	-22%	-15%

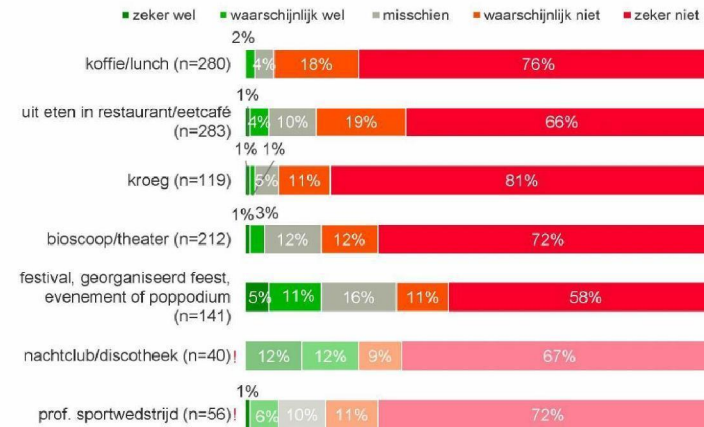
! Vanwege de kleine steekproefgroottes voor nachtclub/discotheek en sportwedstrijd, moeten deze cijfers voorzichtig geïnterpreteerd worden.

## Testbereidheid van **ongevaccineerden** verschilt enigszins tussen de sectoren: deze is zowel in de gratis situatie als bij een prijs van € 5 relatief hoog voor festivals/georganiseerde feesten/evenementen/pop-podia, nachtclubs/discotheken en sportwedstrijden

Testbereidheid **indien gratis**, per event

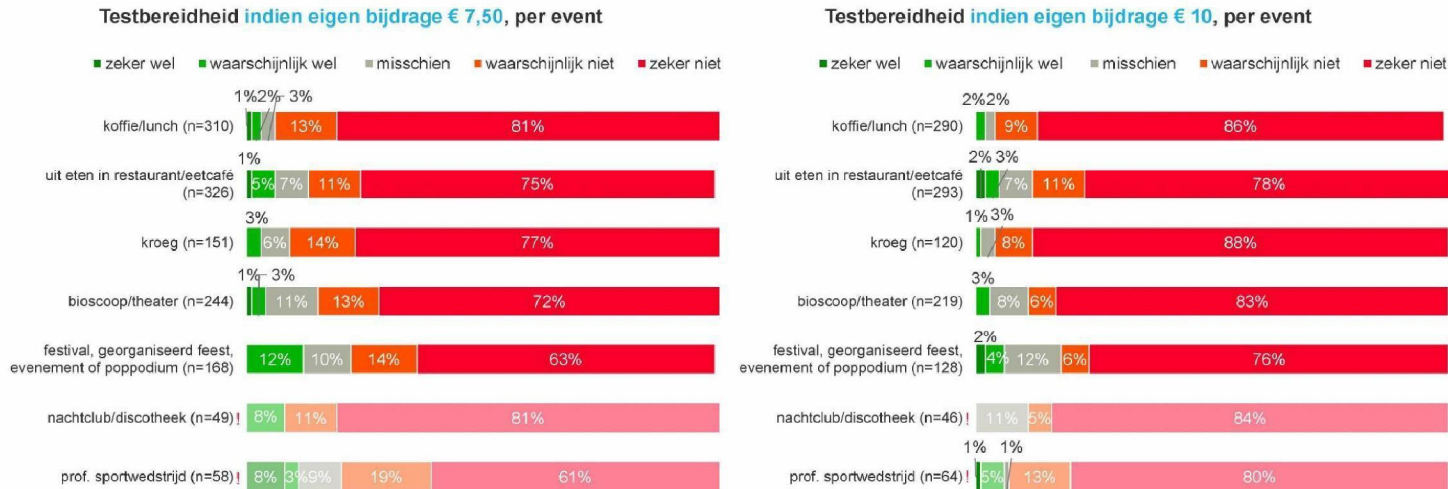


Testbereidheid **indien eigen bijdrage € 5**, per event



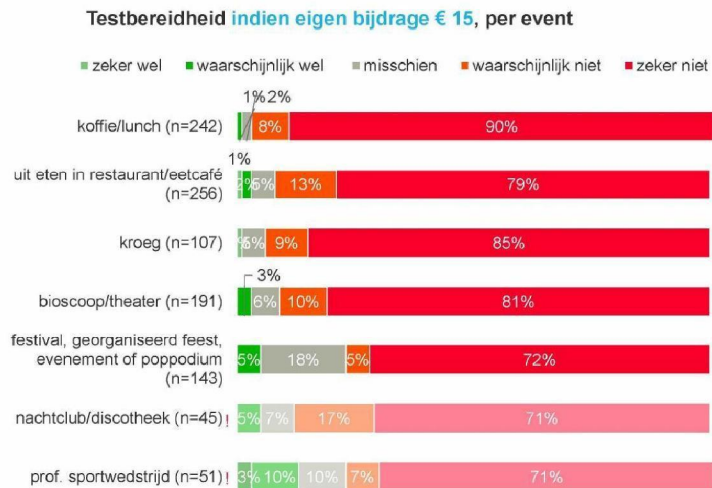
Q014 (gratis), Q020 (€5): Stel, u wilt volgende week zaterdag naar <event>. Het is, als je niet volledig gevaccineerd bent, verplicht om een coronatest te laten doen bij een officiële testlocatie. De testuitslag mag maximaal 24 uur oud zijn. Het gaat om een test met neus- en keelafname. Het testen kost u, inclusief reistijd, ca. 30 minuten van uw tijd en de uitslag krijgt u binnen twee uur. De test is gratis / Voor de test moet u een eigen bijdrage betalen van € 5. Zou u zich dan laten testen om naar <event> te kunnen gaan?

## Bij prijsniveaus van € 7,50 en € 10 zijn de verschillen tussen sectoren kleiner en is de testbereidheid van **ongevaccineerden** overall erg laag



Q051 (€7,50), Q026 (€10): Stel, u wilt volgende week zaterdag naar <event>. Het is, als je niet volledig gevaccineerd bent, verplicht om een coronatest te laten doen bij een officiële testlocatie. De testuitslag mag maximaal 24 uur oud zijn. Het gaat om een test met neus- en keelafname. Het testen kost u, inclusief reistijd, ca. 30 minuten van uw tijd en de uitslag krijgt u binnen twee uur. Voor de test moet u een eigen bijdrage betalen van € 7,50 / € 10. Zou u zich dan laten testen om naar <event> te kunnen gaan?

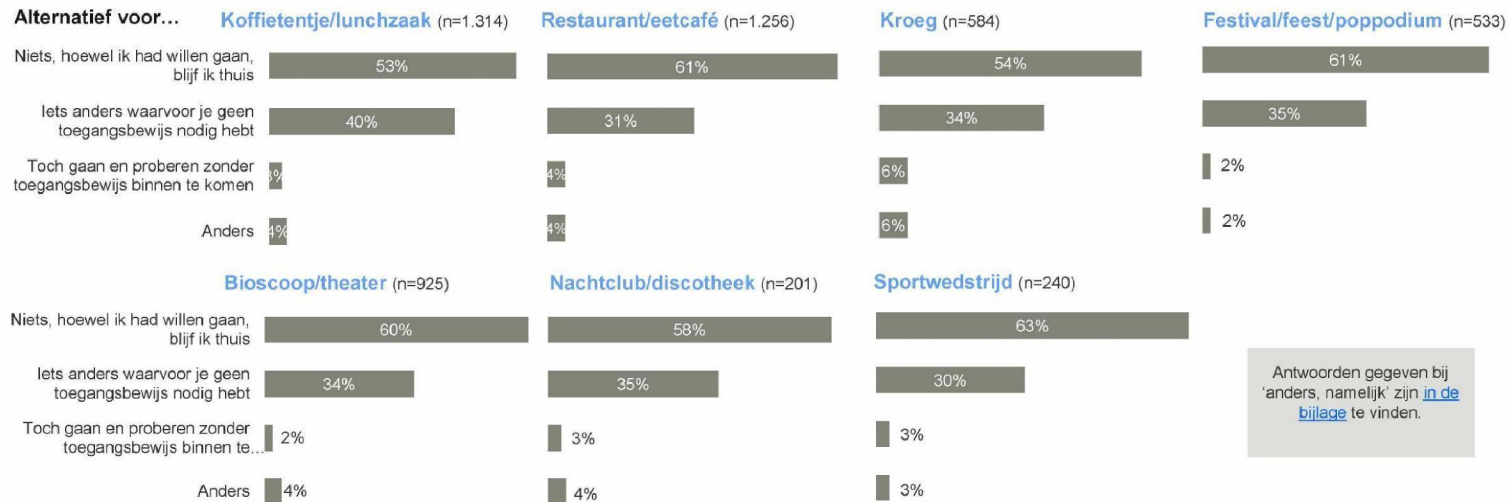
## Bij een eigen bijdrage van € 15 is de testbereidheid van **ongevaccineerden** in alle sectoren laag, voor het bijwonen sportwedstrijden lijkt deze iets hoger dan voor andere activiteiten



Q032: Stel, u wilt volgende week zaterdag naar <event>. Het is, als je niet volledig gevaccineerd bent, verplicht om een coronatest te laten doen bij een officiële testlocatie. De testuitslag mag maximaal 24 uur oud zijn. Het gaat om een test met neus- en keelafname. Het testen kost u, inclusief reistijd, ca. 30 minuten van uw tijd en de uitslag krijgt u binnen twee uur. Voor de test moet u een eigen bijdrage betalen van € 15. Zou u zich dan laten testen om naar <event> te kunnen gaan?

## Van de **ongevaccineerden** die zeggen zich niet te willen laten testen voor toegang, kiezen de meesten als alternatief voor thuisblijven of een andere activiteit waarvoor geen toegangsbewijs nodig is

Een kleine groep geeft aan toch te willen proberen binnen te komen zonder toegangsbewijs



Q047+Q048 +Q049+Q050+Q052: U geeft aan zich (waarschijnlijk) niet te zullen laten testen als u naar <event> zou willen gaan. Wat zou u in plaats daarvan doen?  
Omdat de genoemde alternatieven voor alle voorgelegde prijsniveaus min of meer gelijk zijn, zijn deze hier samen genomen en worden de resultaten als gemiddelde per 'event' getoond.

## Correlatie tussen hoogte van eigen bijdrage en bereidheid van **ongevaccineerde Nederlanders** tot Testen voor Toegang geldt sterker voor jongeren en voor mensen met een hoog inkomen



### Correlatie tussen prijs (eigen bijdrage) en testbereidheid

We hebben gezien dat de testbereidheid voor alle 'events' daalt als er een eigen bijdrage wordt gevraagd. Een correlatieanalyse geeft dan ook aan dat prijs (eigen bijdrage) en testbereidheid met elkaar correleren, al is deze niet heel sterk (-0,292). Dit komt vermoedelijk doordat de testbereidheid ook bij de gratis situatie al vrij laag is.

### Deze correlatie is sterker voor jongeren

Daarbij valt verder op dat de correlatie tussen prijs en testbereidheid sterker is bij jongeren (jonger dan 21 jaar): -0,461. Bij jongeren daalt de testbereidheid dus sterker wanneer er een eigen bijdrage wordt gevraagd.

### We zien geen sterkere daling bij mensen met lage inkomens, wel bij hoge inkomens

Er is eveneens getoetst of ongevaccineerden met een laag inkomensniveau mogelijk sterker benadeeld worden door de invoering van een eigen bijdrage. Dat komt in dit onderzoek echter niet naar voren. We zien juist dat de geanticipeerde testbereidheid van mensen met een *hoger* inkomen *sterker daalt* bij een stijgende eigen bijdrage.

- Hoog inkomen (2 keer modaal of meer, n=244): correlatie -0,344
- Gemiddeld inkomen (modaal of 1 tot 2 keer modaal, n=704): correlatie - 0,282
- Laag inkomen (minder dan modaal, n=349): correlatie -0,288.

Vermoedelijk wordt dit verklaard doordat de testbereidheid bij gratis testen onder mensen met een hoger inkomen hoger is dan bij de mensen met een lager inkomensniveau. Daardoor is er de groep met een hoog inkomen meer ruimte voor de testbereidheid om te dalen bij het verhogen van de prijs. Terwijl deze bij lagere inkomens al lager was en dus ook minder kan dalen.

## Overige factoren die van invloed zijn op bereidheid tot Testen voor Toegang van ongevaccineerde Nederlanders



### Ook andere factoren spelen een rol

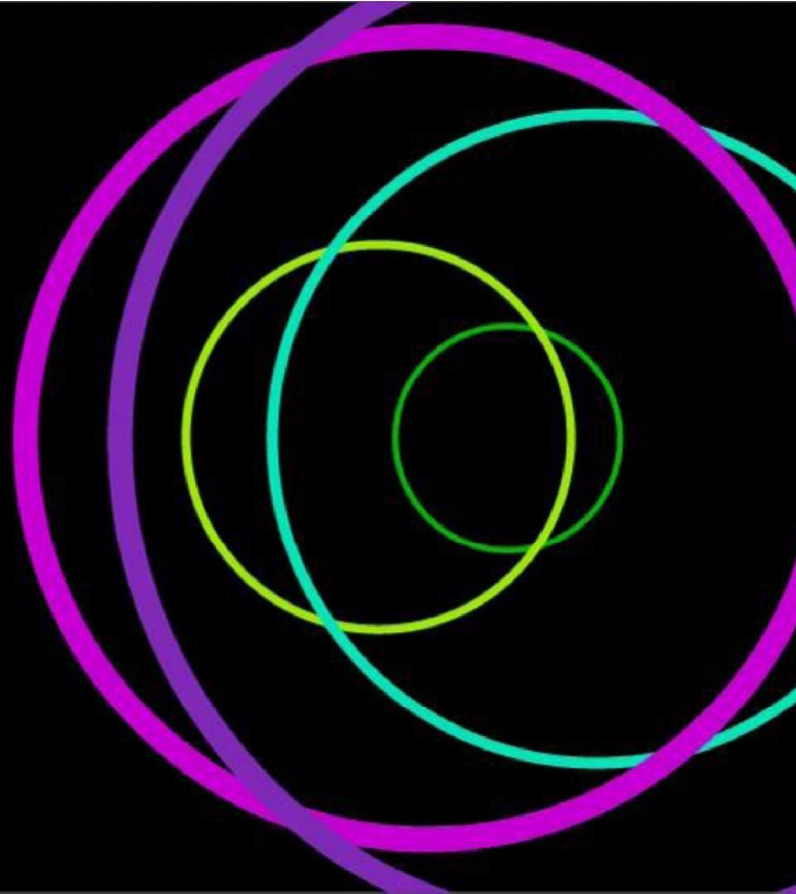
Door middel van een regressieanalyse\* is vastgesteld in welke mate verschillende factoren (zowel prijs als andere factoren) invloed hebben op de mate waarin men zich in de diverse voorgelegde situaties wil laten testen. In de bijlage staan de onafhankelijke variabele en de afhankelijke variabelen waarop we hebben getoetst. Uiteindelijk is er een significant model uitgekomen met de onderstaande factoren die invloed hebben op de testbereidheid ( $F(5,1690) = 103.96, p > .001, n = .24$ ). Prijs komt daarbij als sterkste beïnvloeder naar voren. Hieronder staan ook de overige factoren die een significante invloed hebben.

1. **Prijs:** Bij een hogere eigen bijdrage is de bereidheid tot testen lager ( $b(se) = -0.293(0.01), t(1690) = -13.77, p < .001$ ).
2. **Draagvlak maatregel toegangsbewijs:** wanneer men het meer eens is met de maatregel rondom het toegangsbewijs (zoals de 25 september is ingevoerd), is de bereidheid tot testen iets groter ( $b(se) = 0.202(0.02), t(1690) = 8.21, p < .001$ ).
3. **Vertrouwen in de corona-aanpak van de overheid:** naarmate men meer vertrouwen heeft in de manier waarop de overheid corona aanpakt (vastgesteld op basis van de stellingen die te vinden zijn op [pagina 21](#)), is de kans dat men zich wil laten testen iets groter ( $b(se) = 0.171(0.02), t(1690) = 6.73, p < .001$ ).
4. **Leeftijd:** Bij een hogere leeftijd is de bereidheid tot testen lager ( $b(se) = -0.170(0.03), t(1690) = -7.64, p < .001$ ).
5. **De mate waarin men verschillende evenementen bezoekt.** Als men vaker naar plekken gaat waar een toegangsbewijs nodig is, is de neiging om te testen iets hoger (kleine invloed, ( $b(se) = 0.089(0.02), t(1690) = 4.11, p < .001$ ).

De b-waarde staat voor de regressiecoëfficiënt en drukt de sterkte van de impact op de testbereidheid uit.

[\\*Een verdere toelichting op de regressie-analyse is te vinden in de bijlage](#)

7  
Bereidheid tot  
vaccineren in  
verschillende situaties



## Toelichting op het hoofdstuk bereidheid tot vaccinatie

Dit hoofdstuk laat allereerst zien **welke invloed de invoering van het profijtbeginstel bij Testen voor Toegang mogelijk zal hebben op de bereidheid van ongevaccineerde Nederlanders om zich alsnog te laten vaccineren.**

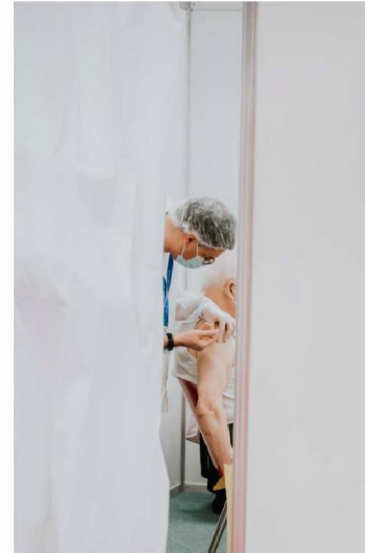
- We tonen in hoeverre de bereidheid tot vaccinatie groter of kleiner wordt **in de situatie waarin je voor bepaalde gelegenheden moet laten testen voor toegang en de test gratis is** (zoals momenteel het geval is).
- En **vergelijken de vaccinatiebereidheid in andere hypothetische situaties** met deze 'gratis' situatie: in welke mate wordt de neiging om zich te laten vaccineren sterker (of juist minder sterk) als er een eigen bijdrage wordt gevraagd van € 5, € 7,50, € 10 of € 15? De hypothese was namelijk dat men, wanneer testen voor toegang geld zou kosten, zich mogelijk sterker genoodzaakt zou voelen alsnog te laten vaccineren.

Net als bij testbereidheid, is ook de kans dat men zich zou laten vaccineren steeds gevraagd binnen een specifieke context: de combinatie van een 'event' en een prijsniveau (beide at random toegewezen aan een respondent, waarbij alleen uit events is gekozen waar de respondent normaal gesproken weleens naartoe gaat). We tonen daarom de resultaten specifiek voor deze event-prijscombinaties.

Behalve prijs, kunnen **ook andere factoren een rol spelen bij testbereidheid.**

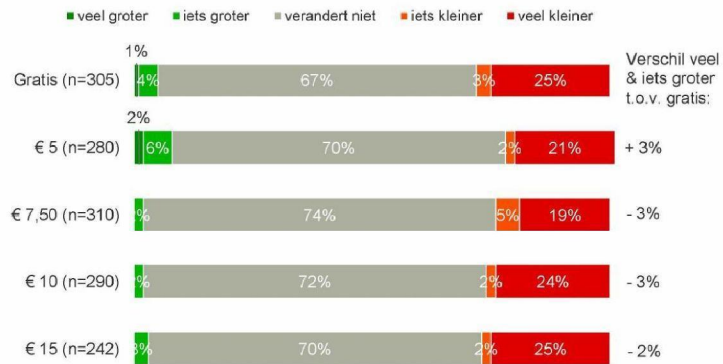
De analyse van deze overige factoren is in het tweede deel van dit hoofdstuk te vinden.

Let op: bij de interpretatie van de resultaten is het belangrijk om in acht te nemen dat het veldwerk heeft gelopen tussen 26 oktober en 1 november 2021. Dit was ná de invoering van het coronatoegangsbewijs van 25 september, maar vóór de uitbreiding van Testen voor Toegang van 6 november en voor de voor aankondiging van een mogelijk 2G beleid.

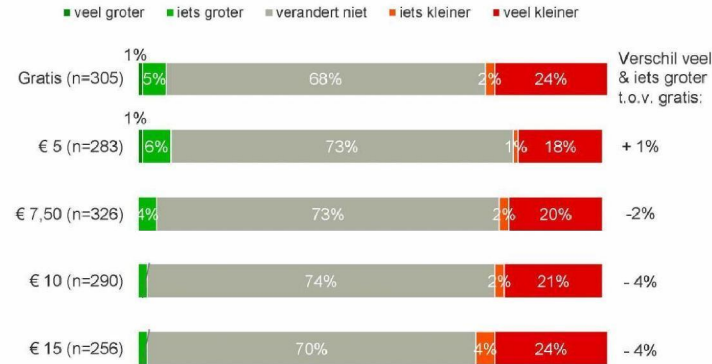


## Het moeten betalen van een eigen bijdrage aan testen voor toegang heeft nauwelijks invloed op de bereidheid van **ongevaccineerden** om zich alsnog te laten vaccineren, een deel zegt zelfs dat de kans er nog kleiner door wordt

Kans dat men zich in komende 2 maanden zal laten vaccineren indien testen voor een **koffietentje/lunch**, één van de volgende niveaus van eigen bijdrage met zich meebrengt



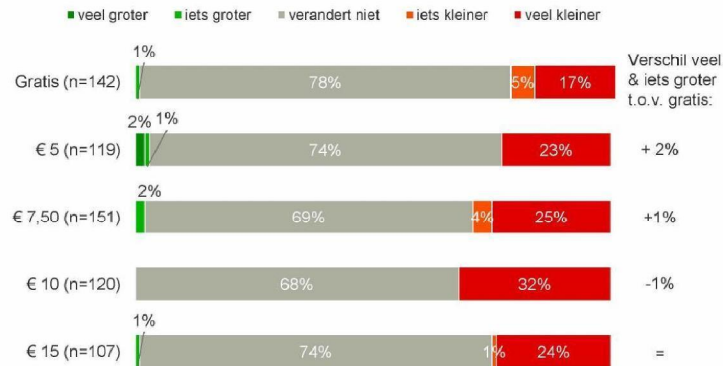
Kans dat men zich in komende 2 maanden zal laten vaccineren indien testen voor een **restaurant/eetcafé**, één van de volgende niveaus van eigen bijdrage met zich meebrengt



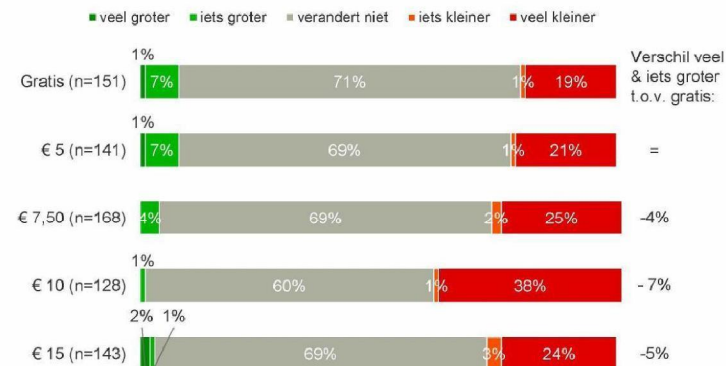
Q015 (gratis), Q021 (€5), Q053 (€7,50), Q027 (€10), Q033 (€15): En verandert het feit dat je je om naar <event> te gaan moet laten testen iets aan de kans dat u zich in de komende twee maanden zult laten vaccineren?

Het moeten betalen van een eigen bijdrage aan testen voor toegang voor kroeg of festival/feest/poppodium heeft weinig invloed op de bereidheid van **ongevaccineerden** om zich alsnog te laten vaccineren, het lijkt bij een deel zelfs een tegenovergesteld effect te hebben

Kans dat men zich in komende 2 maanden zal laten vaccineren indien testen voor de **kroeg**, één van de volgende niveaus van eigen bijdrage met zich meebrengt



Kans dat men zich in komende 2 maanden zal laten vaccineren indien testen voor een **festival/feest/evenement/poppodium**, één van de volgende niveaus van eigen bijdrage met zich meebrengt

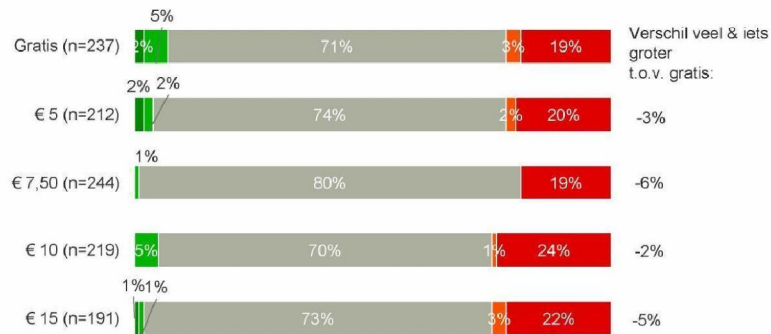


Q015 (gratis), Q021 (€5), Q053 (€7,50), Q027 (€10), Q033 (€15): En verandert het feit dat je je om naar <event> te gaan moet laten testen iets aan de kans dat u zich in de komende twee maanden zult laten vaccineren?

## Het moeten betalen van een eigen bijdrage aan testen voor toegang voor bioscoop/theater of nachtclub/discotheek zorgt er niet voor dat **ongevaccineerden** meer overwegen zich te laten vaccineren

Kans dat men zich in komende 2 maanden zal laten vaccineren indien testen voor **bioscoop/theater**, één van de volgende niveaus van eigen bijdrage met zich meebrengt

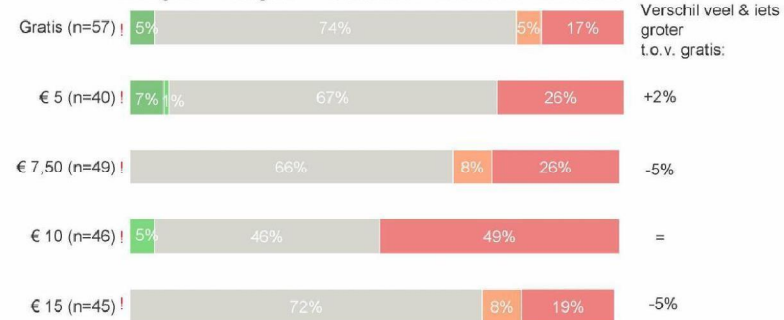
■ veel groter ■ iets groter ■ verandert niet ■ iets kleiner ■ veel kleiner



Kans dat men zich in komende 2 maanden zal laten vaccineren indien testen voor een **nachtclub/discotheek**, één van de volgende niveaus van eigen bijdrage met zich meebrengt

Let op: dit is gebaseerd op relatief kleine steekproeven, waardoor er grotere schommelingen zijn. Voorzichtig interpreteren!

■ veel groter ■ iets groter ■ verandert niet ■ iets kleiner ■ veel kleiner

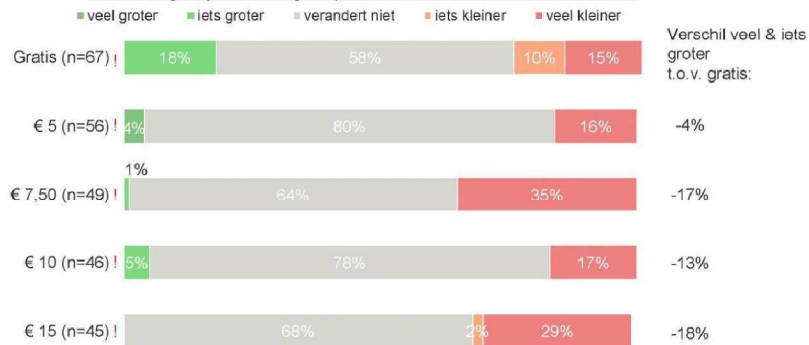


Q015 (gratis), Q021 (€5), Q053 (€7,50), Q027 (€10), Q033 (€15): En verandert het feit dat je je om naar <event> te gaan moet laten testen iets aan de kans dat u zich in de komende twee maanden zult laten vaccineren?

## Ook het moeten betalen van een eigen bijdrage aan testen voor toegang voor een professionele sportwedstrijd leidt eerder tot verlaging dan verhoging van de vaccinatiebereidheid van nog **ongevaccineerde Nederlanders**

Kans dat men zich in komende 2 maanden zal laten vaccineren indien testen voor een **sportwedstrijd**, één van de volgende niveaus van eigen bijdrage met zich meebrengt

Let op: dit is gebaseerd op relatief kleine steekproeven, waardoor er grotere schommelingen zijn. Voorzichtig interpreteren!



Q015 (gratis), Q021 (€5), Q053 (€7,50), Q027 (€10), Q033 (€15): En verandert het feit dat je je om naar <event> te gaan moet laten testen iets aan de kans dat u zich in de komende twee maanden zult laten vaccineren?

**Samenvatting: de kans dat **ongevaccineerde Nederlanders** zich alsnog laten vaccineren wordt door de huidige (gratis) plicht tot testen voor toegang nauwelijks vergroot. Ook wanneer een eigen bijdrage wordt voor toegangstesten wordt ingevoerd voor onderstaande sectoren wordt deze niet groter**

Event	Vergroting vaccinatiebereidheid huidige (gratis testen) situatie	Toename vaccinatiebereidheid (veel/iets groter) vergeleken met GRATIS			
		Gratis	Toename bij € 5	Toename bij € 7,50	Toename bij € 10
Koffietentje/lunch	5%	+3%	-3%	-3%	-2%
Restaurant/eetcafé	6%	+1%	-2%	-4%	-4%
Kroeg	1%	+2%	+1%	-1%	=
Festival, feest, poppodium	8%	=	-4%	-7%	-5%
Bioscoop/theater	7%	-3%	-6%	-2%	-5%
Nachtclub/discotheek <sup>!</sup>	5%	+2%	-5%	=	-5%
Sportwedstrijd <sup>!</sup>	18%	-4%	-17%	-13%	-18%

<sup>!</sup> Vanwege de kleine steekproefgroottes voor nachtclub/discotheek en sportwedstrijd, moeten deze cijfers voorzichtig geïnterpreteerd worden.

## Overige factoren die van invloed zijn op bereidheid tot vaccineren van **ongevaccineerde Nederlanders**



### **Géén correlatie tussen prijs (eigen bijdrage) en bereidheid tot vaccineren**

We hebben in de voorgaande grafieken gezien dat ongevaccineerde Nederlanders niet sterker gaan overwegen zich te laten vaccineren wanneer er een eigen bijdrage voor testen voor toegang wordt gevraagd. Dit blijkt ook uit een correlatieanalyse (correlatie is -0,045, oftewel geen verband). Er is dus *ook geen significant negatief* verband gevonden.

Daarom is er voor gekozen om de analyse op basis van de algemene vaccinatiebereidheid te toetsen. Uiteindelijk is er een significant model uitgekomen met hiernaast vermelde factoren die invloed hebben op de vaccinatiebereidheid,  $F(4, 815) = 104.72, p > .001, n = .34$ . De onafhankelijke variabele en afhankelijke variabelen worden in de bijlage toegelicht.

### **Andere factoren spelen wel een rol**

Door middel van een regressieanalyse is vastgesteld in welke mate verschillende factoren (zowel prijs als andere factoren) invloed hebben op de mate waarin men overweegt om zich te laten vaccineren (op basis van algemene vaccinatiebereidheid zoals getoond op [pagina 22](#), los van testen voor toegang). Prijs komt daarbij logischerwijs niet naar voren, maar de volgende factoren hebben wel invloed (let op: de eerste veel sterker dan de overige drie, maar alle vier zijn significant):

- 1. Geloof in de beschermende werking van het coronavaccin:** hoe meer men gelooft dat dit helpt om jezelf of anderen te beschermen (vastgesteld op basis van enkele van de stellingen die te vinden zijn op [pagina 20](#)), hoe sterker de neiging zich alsnog te laten vaccineren ( $b(se) = 0.446(0.04), t(815) = 11.76, p < .001$ ).
- 2. Vertrouwen in de corona-aanpak van de overheid:** naarmate men meer vertrouwen heeft in de manier waarop de overheid corona aanpakt (vastgesteld op basis van de stellingen die te vinden zijn op [pagina 21](#)), is de neiging om zich alsnog te laten vaccineren groter. ( $b(se) = 0.106(0.03), t(815) = 2.76, p = .006$ ).
- 3. Draagvlak maatregel toegangsbewijs:** wanneer men het meer eens is met de maatregel rondom het toegangsbewijs (zoals deze 25 september is ingevoerd), is de kans dat men zich alsnog zal laten vaccineren groter. ( $b(se) = 0.090(0.02), t(815) = 2.62, p = .009$ ).
- 4. De mate waarin men aangeeft dat men verschillende evenementen bezoekt** (totaal van het aantal keren dat men naar de verschillende soorten 'events' gaat in een jaar) ( $B=0,064$ ). Onder mensen die vaker de deur uitgaan, lijkt de kans dat ze een vaccinatie overwegen iets groter ( $b(se) = 0.064(0.1), t(815) = 2.21, p = .027$ ).

De b-waarde staat voor de regressiecoëfficiënt en drukte de sterkte van de impact op de testbereidheid uit.  
\*Een verdere toelichting op de regressie-analyse is te vinden in de bijlage

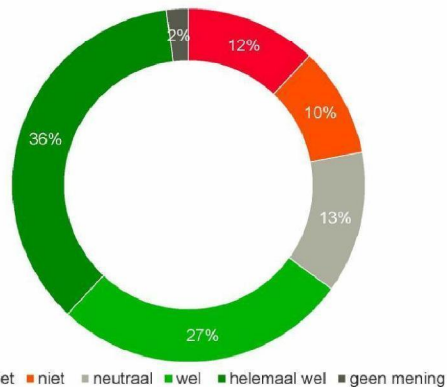
8  
Houding van  
gevaccineerden t.a.v.  
profijtbeginssel



## Bijna tweederde van de **gevaccineerden** zou achter de invoering van het profijtbeginsel staan als het werd ingevoerd, maar ruim een vijfde juist niet

Testen voor toegang is op dit moment\* gratis voor degene die getest wordt. De kosten voor testen voor toegang worden nu uit belastinggeld betaald en bedragen per test ongeveer € 15. Stel, er worden tussen de 20.000 en 100.000 testen per dag afgenomen. En er wordt besloten dat personen die een toegangstest nodig hebben daarvoor zelf ook een bedrag moeten betalen (eigen bijdrage). In welke mate zou u daar achter staan?

\* Het onderzoek liep tussen 26 oktober en 1 november 2021



Q039: Testen voor toegang is op dit moment gratis voor degene die getest wordt. De kosten voor testen voor toegang worden nu uit belastinggeld betaald en bedragen per test ongeveer 15 euro. Stel, er worden tussen de 20.000 en 100.000 testen per dag afgenomen. En er wordt besloten dat personen die een toegangstest nodig hebben daarvoor zelf ook een bedrag moeten betalen (eigen bijdrage). In welke mate zou u daar achter staan? (basis: gevaccineerden, n=2.221)

### Verschillen tussen doelgroepen?

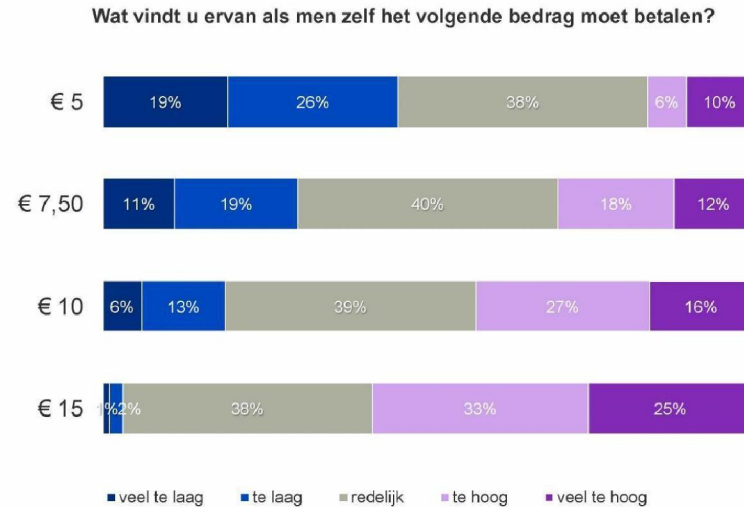
Mannen staan vaker (helemaal) wel achter een eigen bijdrage voor personen die een toegangstest nodig hebben (67%) dan vrouwen (60%).

(Jong) volwassenen t/m 34 jaar staan minder vaak (helemaal) wel achter een eigen bijdrage (57%) dan volwassen van 35 t/m 54 jaar (63%) en volwassenen van 55 jaar of ouder (67%).

Laagopgeleiden staan minder vaak (helemaal) achter een eigen bijdrage (58%) dan midden- (64%) en hoogopgeleiden (65%).

Nederlanders uit de hoogste sociale klasse staan vaker (helemaal) wel achter een eigen bijdrage voor personen die een toegangstest nodig hebben (69%) dan Nederlanders uit de laagste sociale klasse (53%).

Een eigen bijdrage van € 5 wordt door bijna de helft van de **gevaccineerden** te laag gevonden; vanaf € 10 vinden ruim vier op de tien de eigen bijdrage te hoog. € 7,50 lijkt daarmee de beste keuze.



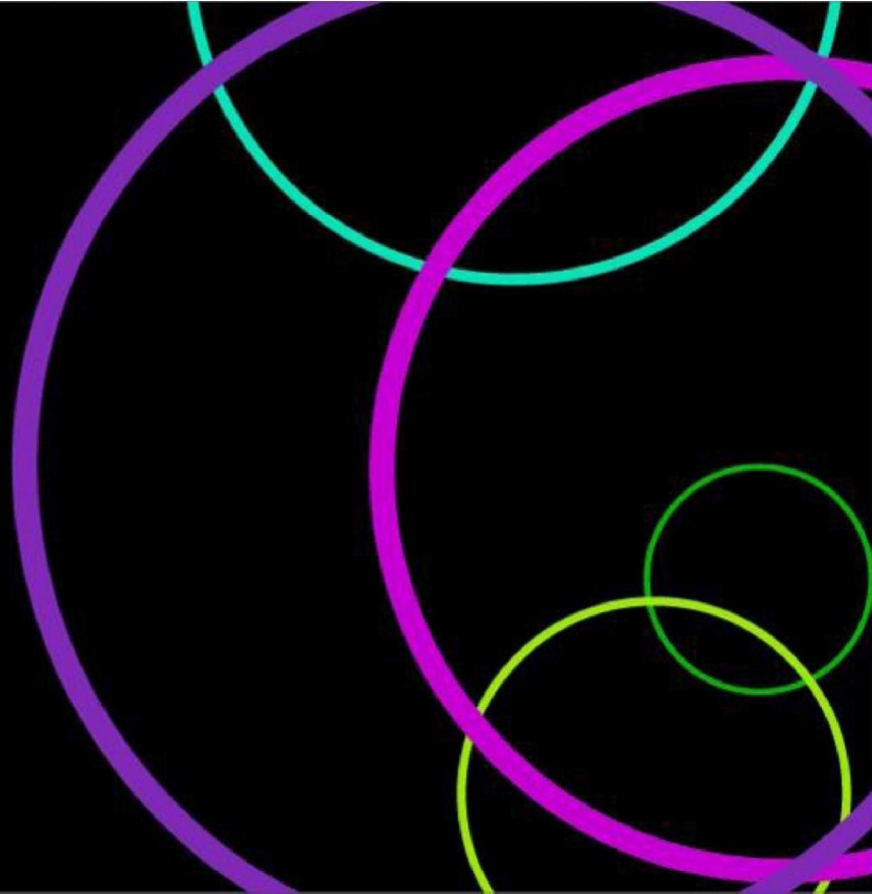
#### Verschillen tussen doelgroepen?

Vrouwen vinden vaker dan mannen alle eigen bijdragen (veel) te hoog.

Jongeren en volwassenen tot en met 54 jaar vinden vaker alle eigen bijdragen (veel) te hoog dan volwassenen van 55 jaar of ouder.

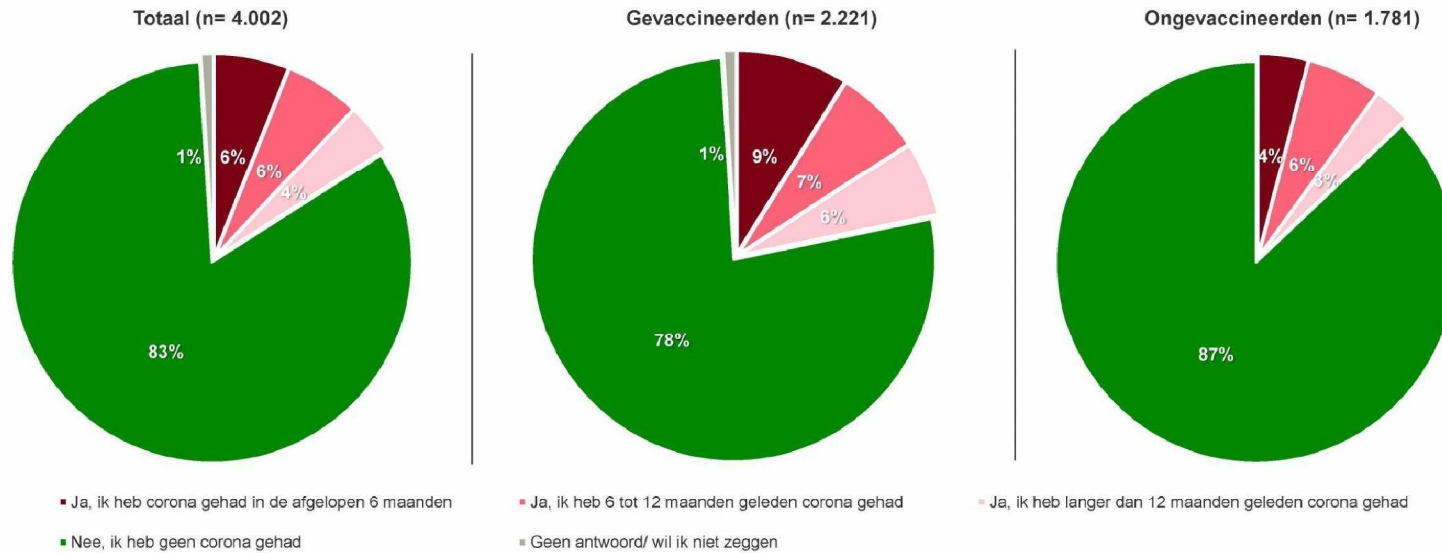
Q054: Op dit moment kost iedere toegangstest de overheid ongeveer € 15. Stel dat aan mensen die een toegangstest nodig hebben, gevraagd wordt om een deel van deze kosten zelf te betalen. Wat vindt u er dan van als men zelf het volgende bedrag moet betalen? (bedragen zijn 1 voor 1 getoond, op aparte schermen, waardoor de kans op een compromise-effect wordt beperkt) (basis: gevaccineerden, n= 2.221 )

9  
Bijlage



## Het merendeel van de steekproef is niet positief getest op corona

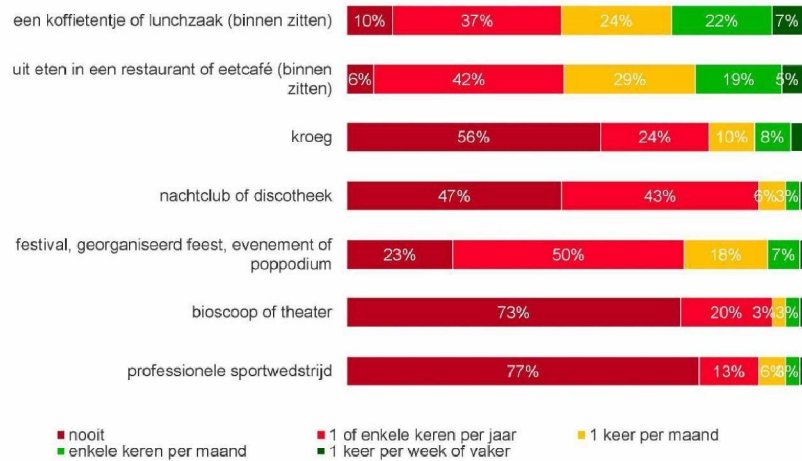
Bent u positief getest op het coronavirus?



Q002: Bent u sinds maart 2020 positief getest op het coronavirus? Ofwel: heeft u corona gehad? (basis: alle respondenten, n= 4.002)

## Mate waarin ongevaccineerde Nederlanders normaal gesproken naar de verschillende 'events' gaan en mate waarin men verwacht dat binnen het huishouden toegangstesten nodig gaan zijn

Hoe vaak zou u normaal gesproken (als er geen corona was) naar deze gelegenheden toe gaan?



Hoe vaak verwacht u dat uw hele huishouden de komende maand een test voor toegang nodig heeft? (gesteld indien 18 jaar of ouder)



Q011: Hierna tonen we een aantal gelegenheden en evenementen waarvoor op dit moment een coronatoegangsbewijs nodig is. Hoe vaak zou u normaal gesproken (als er geen corona was) naar deze gelegenheden toe gaan? (basis: ongevaccineerden n= 1.781) | Q043: Hoe vaak denkt u dat u en eventuele andere niet-gevaccineerde personen binnen uw huishouden in de komende maand een test voor toegang nodig zullen hebben? Telt u hierbij alle testen van verschillende personen bij elkaar op (basis: ongevaccineerden van 18 jaar en ouder, n=1.675)

## Voorbeelden van alternatieven die men ziet, als men niet wil testen (antwoorden op 'anders, namelijk')

### Thuis blijven

"Lekker thuis wat drinken of bij vrienden. Nog goedkoper ook."

"Laat gezellig wat bezorgen!"

"Thuis Netflixen."

"Lekker thuis blijven en met vrienden feestjes geven .. stukken goedkoper en ik doe niet mee aan tweedeling en discriminatie!"

"Maken we thuis wel een groot feest."

"Thuis feesten."

"Ik geef zelf een feestje met mensen die ook niet gediscrimineerd willen worden door de overheid."

"Thuis blijven, kans op besmetting is te groot."

"Het is geen gewoonte van ons, ik kan er prima zonder."

"Ik bouw thuis een feestje met vrienden."

"Mijn beslissing om niet te vaccineren heeft als consequentie dat ik etenjes e.d. achterwege laat."

### Thuis blijven

"Ik wil op dit moment helemaal niet naar zulke grote gelegenheden."

"Proberen de sportwedstrijd op de televisie te volgen."

Nodig ik mijn vrienden uit om samen gezellig thuis te kijken."

"Consequentie van niet vaccineren, is geen toegang."

### Zonder QR-code proberen binnen te komen

"Telefoon vergeten waar geen QR code opstaat, dus liegen.....Maar dat doet de politiek ook"

"Naar horeca waar we wel welkom zijn. Die zijn er gelukkig!"

"Een kroeg zoeken die geen controle uitvoert."

"Met vals toegangsbewijs naar binnen gaan."

"Een tentje opzoeken waar je geen toegangsbewijs hoeft laten te zien."

### Naar het buitenland gaan

"Naar het buitenland gaan."

"Naar het buitenland gaan en daar genieten zonder toegangsbewijs! Jammer voor de Nederlandse horeca."

### Buiten afspreken

"Buiten afspreken met vrienden, wandelen en zelf lekker drinken en eten meenemen."

"Op terras zitten en anders thuis blijven."

## Beschrijving **onafhankelijke** variabelen van de regressie-analyse van de gemiddelde testbereidheid en vaccinatiebereidheid (p. 37 en p. 45)

Afhankelijke variabele: testbereidheid gemiddelde van onderstaande vragen	Vraagtekst
Q014	Het is, als je niet volledig gevaccineerd bent, verplicht om een coronatest te laten doen bij een officiële testlocatie. De testuitslag mag maximaal 24 uur oud zijn. Het gaat om een test met neus- en keelafname. Het testen kost u, inclusief reistijd, ca. 30 minuten van uw tijd en de uitslag krijgt u binnen twee uur. De test is gratis. <b>Zou u zich dan laten testen om naar &lt; insert event &gt; te kunnen gaan?</b>
Q020	Het is, als je niet volledig gevaccineerd bent, verplicht om een coronatest te laten doen bij een officiële testlocatie. De testuitslag mag maximaal 24 uur oud zijn. Het gaat om een test met neus- en keelafname. Het testen kost u, inclusief reistijd, ca. 30 minuten van uw tijd en de uitslag krijgt u binnen twee uur. Voor de test moet u een <u>eigen bijdrage betalen van € 5,-</u> . <b>Zou u zich dan laten testen om naar &lt; insert event &gt; te kunnen gaan?</b>
Q051	Het is, als je niet volledig gevaccineerd bent, verplicht om een coronatest te laten doen bij een officiële testlocatie. De testuitslag mag maximaal 24 uur oud zijn. Het gaat om een test met neus- en keelafname. Het testen kost u, inclusief reistijd, ca. 30 minuten van uw tijd en de uitslag krijgt u binnen twee uur. Voor de test moet u een <u>eigen bijdrage betalen van € 7,50</u> . <b>Zou u zich dan laten testen om naar &lt; insert event &gt; te kunnen gaan?</b>
Q026	Het is, als je niet volledig gevaccineerd bent, verplicht om een coronatest te laten doen bij een officiële testlocatie. De testuitslag mag maximaal 24 uur oud zijn. Het gaat om een test met neus- en keelafname. Het testen kost u, inclusief reistijd, ca. 30 minuten van uw tijd en de uitslag krijgt u binnen twee uur. Voor de test moet u een <u>eigen bijdrage betalen van € 10,-</u> . <b>Zou u zich dan laten testen om naar &lt; insert event &gt; te kunnen gaan?</b>
Q032	Het is, als je niet volledig gevaccineerd bent, verplicht om een coronatest te laten doen bij een officiële testlocatie. De testuitslag mag maximaal 24 uur oud zijn. Het gaat om een test met neus- en keelafname. Het testen kost u, inclusief reistijd, ca. 30 minuten van uw tijd en de uitslag krijgt u binnen twee uur. Voor de test moet u een <u>eigen bijdrage betalen van € 15,-</u> . <b>Zou u zich dan laten testen om naar &lt; insert event &gt; te kunnen gaan?</b>
Afhankelijke variabele: vaccinatiebereidheid	Vraagtekst
Q006	Hoe groot is de kans dat u zich in de komende twee maanden nog gaat laten vaccineren?

## Beschrijving **afhankelijke** variabelen (factoren) die mogelijk de testbereidheid en vaccinatiebereidheid beïnvloeden en zijn meegenomen in de analyse (p. 37 en p. 45)

Vraagnummer in vragenlijst / variabelenaam reeds van de steekproef bekend achtergrondkenmerk	Beschrijving variabele
Q004	Redenen (nog) niet gevaccineerd
Q003	Vaccinatiestatus
Q045	Vertrouwen in de overheid
Q005	Opvattingen die men heeft over de vaccinatie
Q013	Prijsniveau testen voor toegang (Gratis, € 5,-, € 7,50, € 10,-, € 15,-)
Q007	Draagvlak maatregel toegangsbewijs
Q055	Hoogst voltooide opleiding
Q044	Geloofsovertuiging
Q011	Frequentie van bezoek aan de events
Q043	Aantal testen per huishouden per maand
Regio	Nielsen-indeling
Stedelijkheid	Sterkte van stedelijkheid op basis van aantal omgevingsadressen/km <sup>2</sup>
Herkomst	Geboorteland van persoon zelf, vader of moeder
Leeftijd	-



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 1 3720 BA Bilthoven

Aan de 5.1.2e Volksgezondheid  
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Drs. 5.1.2e  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag

NCTV  
Dhr. P.J. 5.1.2e EMPM  
Postbus 16950  
2500 BZ Den Haag

A. van Leeuwenhoeklaan 9  
3721 MA Bilthoven  
Postbus 1  
3720 BA Bilthoven  
www.rivm.nl

KvK Utrecht 30276683

T 030 274 91 11  
info@rivm.nl

**Ons kenmerk**  
044-2021 G&M-CG/ML/eu

Datum 13 december 2021  
Betreft Gedragsreflecties opgeleverd 10 december 2021

**Behandeld door**  
Corona Gedragsunit

**Kopie aan**

**Bijlage(n)**  
Bijlage 1: gedragsreflecties 10  
december 2021  
Bijlage 2: resultaten recent  
vragenlijstonderzoek

Geachte mevrouw Sonnema en heer 5.1.2e,

Op 8 december jl. heeft u de RIVM Corona Gedragsunit gevraagd om gedragsreflecties op mogelijke aanpassingen van het maatregelenpakket. Op 10 december hebben wij deze aan u opgeleverd (zie bijlage 1).

Bijgaande gedragsreflecties alsmede de resultaten van de 17<sup>e</sup> ronde van het gedragsvragenlijstonderzoek van RIVM, GGD GHOR NL en de GGD'en zijn afgelopen zondag toegelicht in het Catshuis. De hierbij gebruikte presentatie is onderdeel van de Catshuisstukken van 12-12-2021 die op de gebruikelijke wijze openbaar worden gemaakt via: [Openbaarmaking Catshuisstukken | Coronavirus tijdlijn | Rijksoverheid.nl](#)

De gedragsreflecties zijn gebaseerd op resultaten uit het gedragswetenschappelijk onderzoek van het RIVM en de GGD'en en consultatie van [gedragswetenschappelijke experts](#).

De focus van onze gedragsreflecties ligt op het voorkomen dat het aantal ziekenhuisopnames blijft stijgen en reguliere zorg uitgesteld wordt met het risico van gezondheidsschade elders. Hierbij houden we rekening met de impact van maatregelen op naleving, draagvlak, welbevinden, ervaren rechtvaardigheid en vertrouwen in beleid.

#### **Uitvraag NCTV d.d. 8 december 2021:**

Verzoek om gedragsreflecties op continuering van het huidige maatregelenpakket met als mogelijke aanvullende opties:

- Onderwijs:
  - Het mogelijk uitbreiden van de kerstvakantie voor scholen met een week.
- CTB in de niet-essentiële detailhandel en niet-essentiële dienstverlening:
  - Het mogelijk uitbreiden van de inzet van het CTB in de niet-essentiële detailhandel (zoals woonwinkels) en niet-essentiële dienstverlening (zoals pret- en dierenparken).

- Wijzigen huidige maatregelenpakket voor wat betreft de algemene sluitingstijd:
  - Verruimen van de algemene sluitingstijden voor niet-essentiële detailhandel, horeca, sport (m.u.v. topsportlocaties), cultuur en overige niet-essentiële dienstverlening op publieke plaatsen.

**Datum**

13 december 2021

**Ons kenmerk**

044-2021G&amp;M-CG/ML/eu

**Gedragsreflecties**

De door het RIVM opgeleverde gedragsreflecties treft u aan in bijlage 1.

**Resultaten meest recente vragenlijstonderzoek (bijlage 2)**

De belangrijkste resultaten van de 17e ronde van het vragenlijst-onderzoek van het RIVM, GGD GHOR NL en de GGD'en zijn opgenomen in bijlage 2. De meting is gehouden van 24-28 november jl, 46.441 mensen hebben deelgenomen aan dit onderzoek. De meting is dus gedaan in de week van/voorafgaand aan de persconferentie waarin de 'avond lockdown' werd aangekondigd. Een compleet overzicht van de resultaten is te vinden op [Resultaten onderzoek gedragsregels en welbevinden | RIVM](#). De belangrijkste bevindingen zijn als volgt:

1. Gedragsadviezen worden beter nageleefd. Er is een afname zichtbaar in sociale activiteit en mobiliteit. Dit is echter (nog) niet op het niveau van afgelopen voorjaar.
2. Draagvlak voor veel gedragsadviezen is toegenomen, ook als ze nog voor langere termijn aangehouden zouden moeten worden.
3. Na lange periode van stijging verbetering is welbevinden nu weer licht gedaald, en eenzaamheid wat toegenomen, met name onder jongvolwassenen.
4. Het vertrouwen in het coronabeleid van de overheid is gedaald: veel deelnemers vonden dat er te weinig maatregelen waren genomen (nogmaals: dit was vooraf aan de avond lockdown) en dat de booster te laat werd gestart (2 weken na positief advies GR).

Versillende onderwerpen die we in deze brief aanstippen zijn door ons uitgewerkt in memo's en brieven met gedragsreflecties en te raadplegen via [www.rivm.nl/gedragsonderzoek/publicaties](http://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/publicaties). Onder de publicaties bevindt zich ook een scenario studie naar draagvlak voor maatregelen indien zich bijvoorbeeld een nieuwe variant aandient <https://www.rivm.nl/documenten/hoe-om-te-gaan-met-opleving-van-virus-input-van-burgers-en-maatschappelijk-middenveld> en een publicatie voor de komende feestdagen: [Veilige en fijne feestdagen: aandachtspunten voor publiekscommunicatie | RIVM](#).

Tot een nadere mondelinge toelichting ben ik gaarne bereid.

Tot nadere toelichting bereid,  
Met vriendelijke groet,

Dr. 5 1 2e  
Hoofd Corona Gedragsunit  
Centrumhoofd Gezondheid en Maatschappij

## **Bijlage 1: Gedragsreflecties op beoogde wijzigingen in/continuering van het corona-maatregelenpakket**

**RIVM Corona Gedragsunit | 10 december 2021**

**Datum**  
13 december 2021

**Ons kenmerk**  
044-2021G&M-CG/ML/eu

### **Recente resultaten gedragsonderzoek (24-28 november)**

- Afname van mobiliteit en sociale activiteit (zoals horeca en bij elkaar op bezoek), en toename van naleving van maatregelen (afstand houden, testen, etc.)
- Draagvlak voor maatregelen is gestegen maar vertrouwen in de overheid is verder gedaald (reden: trage start booster en grote groep, "te weinig maatregelen, te laat")
- Daling in psychische gezondheid, intensief sporten en toename van eenzaamheid, met name bij jongeren/jong-volwassenen

### **Kernoverwegingen**

- Een duidelijke koers; transparante, rechtvaardige, goed onderbouwde besluitvorming en communicatie zijn van belang voor vertrouwen, draagvlak en naleving. Maak hierbij onderscheid tussen maatregelen gericht op:
  - Korte termijn (gericht op vermindering circulatie virus).
    - Bij epidemiologische onzekerheid, wees terughoudend met versoepelingen om een jojo-effect te voorkomen.
    - Indien er (vanuit epidemiologisch perspectief) ruimte is voor aanpassingen, geef dan prioriteit aan maatregelen die de negatieve impact op welbevinden dempen.
  - (Midden) lange termijn perspectief gericht op leven met het virus
    - Voor draagvlak en uitvoerbaarheid is het van belang de sectoren/ branches/ burgers systematisch en tijdig te betrekken bij de invulling van toekomstig beleid. Behoefte aan dit perspectief neemt toe.
- Om draagvlak en uitvoerbaarheid van beleid beter te borgen, is het wenselijk om voldoende tijd voor wetenschappelijke onderbouwing te bieden en het toetsen van voorliggend beleid bij burgers/branches/sectoren in het proces in te bouwen. Hierover communiceren kan tevens bijdragen aan de ervaren rechtvaardigheid van beleid.

### **Toepassing op mogelijke aanvullende maatregelen**

- 1 Mogelijk uitbreiden van de kerstvakantie voor scholen met een week.
  - a. Dit is uitlegbaar als dit effectief en noodzakelijk is bij het terugdringen van de viruscirculatie en het onder controle krijgen van de pandemie.
  - b. Draagvlak voor sluiten van scholen is laag. Houd rekening met de gevolgen voor kinderen en ouders in kwetsbare posities.
  - c. Op zo'n korte termijn thuisonderwijs plannen en realiseren is voor ouders een forse belasting.
  - d. Houd rekening met vergelijkingen met omliggende landen waar hierover al besluiten zijn genomen. Indien in

Nederland andere beleidskeuzes wordt gemaakt, leg helder de overwegingen hiervoor uit.

**Datum**  
13 december 2021

- 2 CTB in de niet-essentiële detailhandel en niet-essentiële dienstverlening en verruimen van de algemene sluitingstijden (inclusief sportverenigingen)
  - a. I.v.m. uitlegbaarheid en consistentie, wees terughoudend met vele aanpassingen in het maatregelenpakket, tenzij de bijdrage aan de bestrijding van de pandemie substantieel is.
  - b. Overweeg verruiming van tijdslot voor buitensportlocaties vanuit oogpunt van welbevinden, met name voor jongeren/jong volwassenen.

**Ons kenmerk**  
044-2021G&M-CG/ML/eu

**Communicatie (agenderen, informeren en motiveren):**

- Heldere, consistente en herhaalde communicatie over het nut, noodzaak, effectiviteit en uitvoerbaarheid van naleving van de (basis)maatregelen, ook voor gevaccineerde mensen, is essentieel (zowel vanuit oogpunt van welbegrepen eigenbelang, belang van bedrijven en organisaties als voor de samenleving als geheel).
- Wees inclusief in de communicatie en voorkom vingerwijzen naar burgers of groepen.
- Leg uit hoe de feestdagen zo veilig mogelijk gevierd kunnen worden (zelftesten, ventilatie ect.).
- Zodra beschikbaar: Communiceer een haalbaar, breed gedragen en effectief (midden) lange termijn plan dat inhoudelijk aangeeft:
  - a. welke indicatoren (bijv. de R, besmettingscijfers, of ziekenhuisopnames) als criterium worden gebruikt en waarom (ziektelast zoals long-covid)
  - b. op welke criteria en evidentie (inclusief effectiviteit en haalbaarheid en impact op welzijn, ongelijkheid en rechtvaardigheid) dit plan is gebaseerd
  - c. hoe zich dat vertaalt in lokale of bredere maatregelen, en wie (bijv. burgers, organisaties, beleidsmakers, communicatie professionals) wat moet doen
  - d. wat het (middel)lange termijn perspectief is
- Naast fijnmazig vaccineren, overweeg een groot communicatiemoment in de media, waarbij uitleg plaatsvindt over de (tot dusver bekende) voor- en nadelen en lange termijn effecten van vaccinatie, inclusief booster<sup>1</sup>.
- Bied mensen een raamwerk om de informatie te kunnen interpreteren door de logica van vaccinatie in de pandemiebestrijding begrijpelijk en eenduidig uit te leggen. Doe dit samen met experts en doelgroep. De zender van de informatie moet voor de doelgroep onafhankelijk zijn en vertrouwd worden.

<sup>1</sup> Een deel van de mensen die twijfelen over vaccinatie, doen dit omdat ze bang zijn voor (lange)termijn bijwerkingen, laag vertrouwen hebben in de overheid, of omdat ze geen mRNA vaccins willen. Nu er een jaar is gevaccineerd en er ook een nieuw vaccin aankomt, zou een groot, doelgroep-specifiek communicatie moment door onafhankelijke betrouwbare experts meerwaarde kunnen hebben.

**Context (fysieke en sociale omgeving en voorzieningen):**

- **Zelftesten actief uitdelen** met begrijpelijke toelichting in oa markten, bij tankstations, NS-stations, juist op plekken waar mensen komen. De bijsluiter bij zelftesten is voor veel mensen ingewikkeld. Zorg voor duidelijke voorlichting en maak persoonlijke ondersteuning bij zelftesten beschikbaar.
- **Betrek branches & maatschappelijk middenveld bij 1,5m aanpassingen**, zij hebben als geen ander zicht op de (on)mogelijkheden om de fysieke en sociale omgeving die binnen hun invloedssfeer valt, aan te passen om virusoverdracht te beperken en daarbij tegelijkertijd wel hun bestaansrecht kunnen behouden (open blijven, inkomsten genereren etc.)
- **(financiële) vangnetten herijken** – voorkom dat mensen vanwege wegvallen van noodzakelijke inkomsten of ontbreken van alternatieven zich niet laten testen en/of met een besmetting alsnog contacten opzoeken door naar het werk of een onderwijsinstelling te gaan of opdrachten aan te nemen.

**Datum**

13 december 2021

**Ons kenmerk**

044-2021G&amp;M-CG/ML/eu

Zie voor nadere toelichting en voorbeelden onze eerder uitgebrachte gedragsreflecties en memo's. [www.rivm.nl/gedragsonderzoek/publicaties](http://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/publicaties)

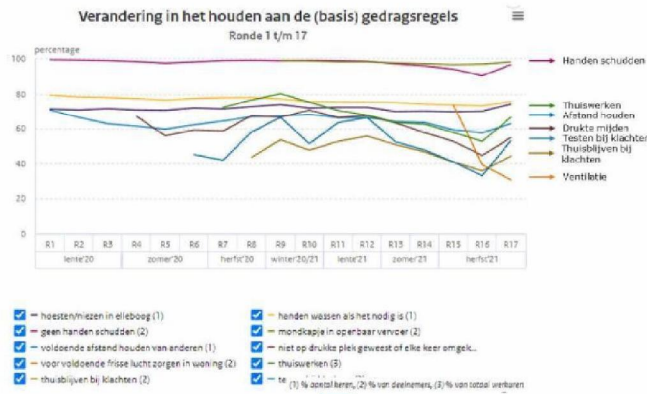


## Naleving gedragsregels

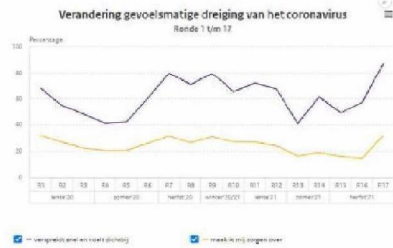


**Datum**  
13 december 2021

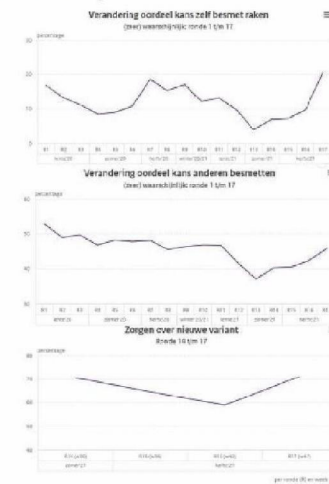
**Ons kenmerk**  
044-2021G&M-CG/ML/eu



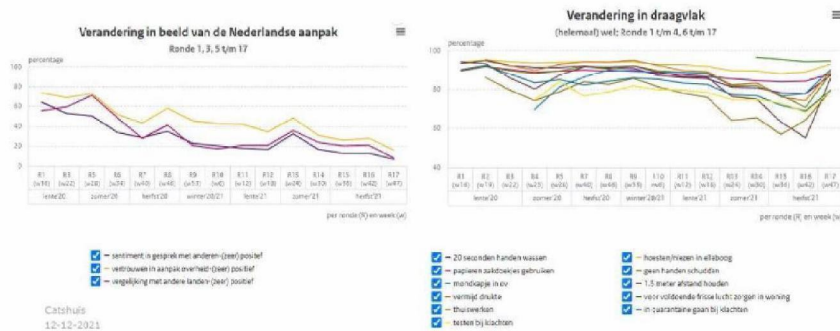
## Dreiging van het virus omhoog maar ook gemak, norm, nut



Resultaten 17e ronde vragenlijstonderzoek  
09-12-2021



## Draagvlak voor maatregelen omhoog Vertrouwen in coronabeleid gedaald

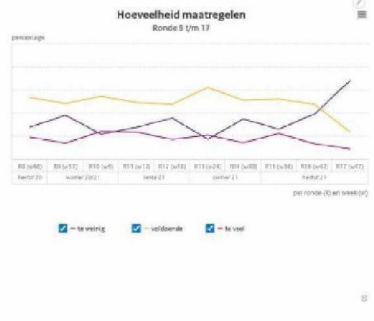
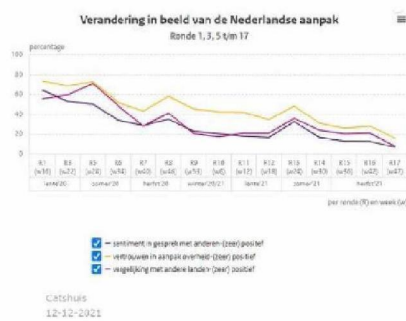




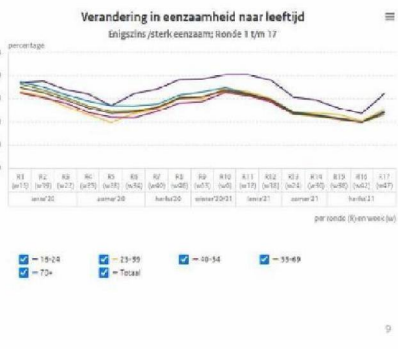
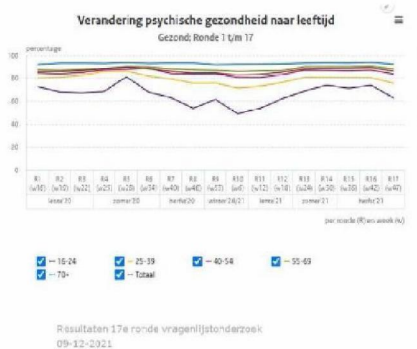
## Behoeftte aan meer maatregelen Vertrouwen in coronabeleid gedaald

**Datum**  
13 december 2021

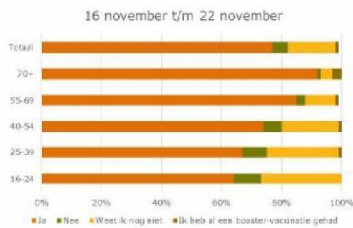
**Ons kenmerk**  
044-2021G&M-CG/ML/eu



## Welbevinden, daling mn jong-volwassenen



## Vaccinatie: booster bereid



Catsihuis  
12-12-2021

### Niet gevaccineerd: heterogene groep

- Verzet tegen dwang, laag vertrouwen overheid
- Bescherming integriteit eigen lichaam
- Vertrouwen in eigen gezondheid
- Twijfels over werking en bijwerkingen
- Al corona gehad
- Onderliggende aandoeningen

### Datum

13 december 2021

### Ons kenmerk

044-2021G&M-CG/ML/eu

## Redenen tóch vaccineren

	redenen recent vaccineren (helemaal)	
	niet van toepassing	wel van toepassing
Ik wilde mensen in mijn omgeving beschermen tegen corona	16,4	73,4
Ik wilde mezelf beschermen tegen corona	18,1	71,8
Ik wilde bijdragen aan het bestrijden van de coronacrisis	17,7	69,4
Om een coronatoegangsbewijs te krijgen	43,6	43,0
Ik voelde me onder druk gezet om me te laten vaccineren	54,6	28,0

\*Cijfers over vaccinatiebereidheid zijn afkomstig uit het trendonderzoek, zie [RIVM.nl](https://www.rivm.nl) en op [het corona dashboard van de rijksoverheid](#).

Een volledig overzicht van de resultaten van de ronde treft u aan op: [Resultaten onderzoek gedragsregels en welbevinden | RIVM](#)

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Voorzitters van:

- Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)
- Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS)
- Regionale Overleggen Acute Zorgketen (ROAZ'en)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Federatie Medisch Specialisten (FMS)
- Vereniging Ambulancezorg Nederland (AZN)
- Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
- Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Actiz
- Ineen
- Verenso
- Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
- ZorgthuisNL
- De Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (dNggz)
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
- Patiëntenfederatie Nederland
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- GGD GHOR Nederland
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)

**Directoraat-generaal  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg**  
Team F

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag  
www.rijksoverheid.nl

**Kenmerk**  
3296774-1021818-CZ

**Bijlage**  
1

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

Datum

Betreft Afspraken over fase 3

Geachte voorzitters,

De afgelopen weken is de druk op de zorg zeer hoog. We doen er samen alles aan om een situatie van fase 3 in het zorgsysteem af te wenden en tegelijkertijd is het relevant om wel op een dergelijk scenario voorbereid te zijn. Daarom zijn in veel regio's, sectoren en instellingen opnieuw de procedures rondom de overgang naar fase 3 van het Opschalingsplan COVID-19<sup>1</sup> doorgenomen en/of geoefend. Ook in de media was hier – gegeven de actuele druk – de nodige aandacht voor.

In dit licht wil ik de bestaande afspraken met alle betrokken partijen rondom fase 3, die gevat zijn in het tijdelijke verdiepend beleidskader 'Continuïteit en kwaliteit van zorg in fase 3 van de COVID-19 pandemie'<sup>2</sup> (hierna: beleidskader fase 3) uit maart 2021, nog eens onder de aandacht brengen.

In deze brief zet ik nogmaals uiteen wanneer er sprake is van fase 3, hoe deze fase tot stand komt en wat de procesafspraken zijn bij een overgang van fase 2d

<sup>1</sup><https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2021/10/01/actualisatie-opschalingsplan-covid-19/actualisatie-opschalingsplan-covid-19.pdf>

<sup>2</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/03/23/kamerbrief-over-tijdelijk-verdiepend-beleidskader-continuïteit-en-kwaliteit-van-zorg-in-fase-3-van-de-covid-19-pandemie>

naar fase 3. Het beleidskader fase 3 heb ik voor de volledigheid als bijlage toegevoegd.

### **Wat is fase 3?**

Van fase 3 is sprake als alle capaciteit volledig is benut, alle zorgverlening maximaal opgeschaald en afgeschaald is en de samenwerking tussen zorgaanbieders zorgbreed volledig en maximaal is benut. Er zijn op dat moment geen lokale of regionale oplossingen meer mogelijk om de continuïteit van zorg te waarborgen. Fase 3 kan alleen landelijk afgekondigd worden en gebeurt pas als alle opties in fase 2 benut zijn.

Directoraat-generaal  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg  
Team F

Kenmerk  
3296774-1021818-CZ

Op het moment dat fase 3 door de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) is afgekondigd, treedt het beleidskader fase 3 in werking. Het beleidskader fase 3 heeft als doel dat alle patiënten altijd de nodige basiszorg en -ondersteuning blijven ontvangen en er geen willekeur ontstaat. Het moet gezien worden als een verdieping en verbreding van het tijdelijk beleidskader voor het waarborgen van acute zorg tijdens de COVID-19 pandemie<sup>3</sup> dat sinds 23 oktober 2020 van kracht is en de aanvulling op het 'tijdelijk beleidskader voor het waarborgen acute zorg in de COVID-19 pandemie' voor de IC-afhankelijke kritiek planbare zorg van 19 november 2021.<sup>4</sup> In de beleidskaders wordt aandacht besteed aan de prioritering van zorg, maximalisering van regionale ketensamenwerking, transparantie over toegankelijkheid van zorg en de bijbehorende financiële randvoorwaarden. In het beleidskader fase 3 staat aanvullend en in de eerste plaats het belang van de continuïteit van de meest noodzakelijke zorg voor alle patiënten en cliënten in de hele zorg centraal.

### **Reden voor afkondiging fase 3 en handvatten voor zorg in fase 3**

Een situatie waarin er landelijk geen opschalingsmogelijkheden zijn, kan zich in verschillende sectoren voordoen. De vraag naar IC-bedden kan landelijk te groot worden, maar het kan ook zijn dat door een hoog ziekteverzuim de continuïteit van de zorg voor ouderen in het geding komt. Er kan dus vanuit verschillende sectoren een signaal komen dat er tot afkondiging van fase 3 moet worden overgegaan, maar in alle gevallen geldt fase 3 zorgbreed.

Op het moment dat fase 3 afgekondigd is, worden - naast het beleidskader fase 3 - verschillende regionale en sectorale plannen van kracht die in het voorjaar van 2021 zijn opgesteld. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft deze plannen toen getoetst en beoordeeld. In de plannen is zorgvuldig beschreven hoe zowel de COVID- als de non-COVID-zorg op de meest passende wijze georganiseerd en verleend kan worden en op welke wijze de kwaliteit van zorg daarbij zo lang mogelijk op een aanvaardbaar niveau blijft.

Specifiek voor de IC-zorg in de ziekenhuizen is hiervoor het draaiboek 'Pandemie' opgesteld.<sup>5</sup> In dit draaiboek wordt fase 3 voor de IC verdeeld in drie stappen (a, b en c) die gaan over de triage van patiënten. Onder stap a en b staat omschreven welke medische criteria toegepast moeten worden in ziekenhuizen om bij onvoldoende plek een keuze te kunnen maken welke patiënt in aanmerking komt voor opname op de IC. Fase 3 stap c is apart uitgewerkt in het draaiboek 'Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in

<sup>3</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/10/23/kamerbrief-tijdelijk-beleidskader-waarborgen-acute-zorg-in-covid-19-pandemie>

<sup>4</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/11/19/kamerbrief-over-aanvulling-op-het-tijdelijk-beleidskader-voor-het-waarborgen-acute-zorg-in-de-covid-19-pandemie-voor-de-ic-afhankelijke-kritiek-planbare-zorg>

<sup>5</sup> <https://nvc.nl/sites/nvic.nl/files/Draaiboek%20Pandemie%20deel%201%20versie%202.1%20-%20100321def%20%28003%29%5B3%5D.pdf>

de COVID-19 pandemie'.<sup>6</sup> In deze laatste stap is het niet meer mogelijk om op basis van medische overwegingen onderscheid te maken tussen verschillende mensen die een IC-bed nodig hebben. Triage vindt plaats volgens overwegingen die buiten het medisch domein liggen.

Het hierboven genoemde draaiboek 'Triage op basis van niet-medische overwegingen voor ic-opname ten tijde van fase 3 stap c in de COVID-19 pandemie' is later in de Tweede Kamer ook wel het draaiboek code zwart genoemd. In mijn communicatie over code zwart is steeds aangegeven dat het dan ging over het gebruik van dit draaiboek en dus om fase 3, stap c.

Directoraat-generaal  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg  
Team F

Kenmerk  
3296774-1021818-CZ

### Proces van afkondiging van fase 3

Het afkondigen van fase 3 – waarbij sprake is van een zorgcrisis op landelijke schaal – is een zware ingreep, met verstrekkende consequenties voor alle betrokken partijen in de zorgketen. Het raakt alle patiënten en zorgmedewerkers. Gezien deze verregaande consequenties dient de afkondiging van fase 3 een goed en zorgvuldig proces te zijn en dient de besluitvorming over fase 3 ordentelijk te verlopen en inhoudelijk voldoende onderbouwd te zijn. Ook moet de zorgbrede kijk op de continuïteit en kwaliteit van de zorg in fase 3 zijn geborgd.

Het besluitvormingsproces is beschreven in het beleidskader fase 3.

- Het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) informeert de minister van VWS en de IGJ als er een situatie dreigt te ontstaan waarbij fase 3 op korte termijn moet worden afgekondigd. Dit gebeurt in afstemming met het joint coalition overleg waar de betrokken zorgpartijen vertegenwoordigd zijn.
- De IGJ en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voeren dan een snelle verificatie uit op basis van de meest recente informatie.
- Op basis van het advies van de LNAZ en de informatie van de IGJ (kwaliteit) en de NZa (toegankelijkheid), wordt fase 3 vastgesteld door de minister van VWS. De minister van VWS zal de Tweede Kamer hiervan op de hoogte stellen.

De stappen in dit proces zijn de afgelopen tijd geoefend. Ik heb begrepen dat het LNAZ met partijen werkt aan het verder operationaliseren van deze stappen, zodat voor iedereen helder is wat zijn verantwoordelijkheid is. Een belangrijk aandachtspunt daarbij is het tijdpad. Ik vind het goed dat dit gebeurt. We doen er alles aan om te voorkomen dat fase 3 moet worden afgekondigd, maar als het onverhoopt toch nodig is, dan moet het proces zorgvuldig en slagvaardig worden doorlopen.

<sup>6</sup> <https://open.overheid.nl/repository/ronl-9d9f1dd1-a35e-466e-9358-23ed72768994/1/pdf/draaiboek-triage-op-basis-van-niet-medische-overwegingen-voor-ic-opname-ten-tijde-van-fase-3-in-de-covid-19-pandemie.pdf>

**Afsluitend**

We zien dat alle partijen in de zorg zich steeds weer volop inzetten om de druk om de zorg beheersbaar te houden, ook in de huidige zware fase van de pandemie. Ik wil ook hier weer mijn waardering uitspreken voor de inzet van eenieder bij al het werk dat dag in dag uit in de zorg wordt verricht.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,  
namens deze,  
de 5.1.2e Curatieve Zorg,

**Directoraat-generaal  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg  
Team F**

**Kenmerk**  
3296774-1021818-CZ

mw. dr. J.A.A.M. van Diemen-Steenvoorde



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

**Effect van verschillende  
ventilatiehoeveelheden op aerogene  
transmissie van SARS-CoV-2**

Risicoschatting op basis van het AirCoV2-model

RIVM-briefrapport 2021-0207  
A.A. Bartels et al.



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

**Effect van verschillende  
ventilatiehoeveelheden op aerogene  
transmissie van SARS-CoV-2**

Risicoschatting op basis van het AirCoV2-model

RIVM-briefrapport 2021-0207  
A.A. Bartels et al.

## Colofon

© RIVM 2021

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

Het RIVM hecht veel waarde aan toegankelijkheid van haar producten. Op dit moment is het echter nog niet mogelijk om dit document volledig toegankelijk aan te bieden. Als een onderdeel niet toegankelijk is, wordt dit vermeld. Zie ook [www.rivm.nl/toegankelijkheid](http://www.rivm.nl/toegankelijkheid).

DOI 10.21945/RIVM-2021-0207

A.A. Bartels (auteur), RIVM  
J.F. Schijven (auteur), RIVM  
J.E. Delmaar (auteur), RIVM  
E. Duizer (auteur), RIVM

### Contact:

5.1.2e

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding

5.1.2e @rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van Ministerie van VWS in het kader van P19, thema 7, onderdeel C (Binnenmilieu)

Dit is een uitgave van:  
**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**  
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven  
Nederland  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

## Publiekssamenvatting

### **Effect van verschillende ventilatie-hoeveelheden op aerogene transmissie van SARS-CoV-2**

Risicoschatting op basis van het AirCoV2-model

Het RIVM heeft berekend wat het effect is van verschillende hoeveelheden ventilatie van binnenruimten op 'aerogene transmissie' van het coronavirus SARS-CoV-2. Aerogene transmissie betekent besmettingen met het virus via kleine druppels (aerosolen) die over een grotere afstand dan anderhalve meter en over langere tijd kunnen blijven zweven in de lucht. Ventileren helpt om aerogene transmissie te beperken. Bij ventileren wordt continu verse buitenlucht aan een ruimte toegevoerd waardoor de lucht in een binnenruimte wordt ververs.

Vanwege een goed binnenklimaat moeten alle gebouwen in Nederland, waaronder woningen, aan de minimale ventilatie-eisen van het Bouwbesluit voldoen. Het blijkt dat ventilatie volgens de minimale eisen van het Bouwbesluit 2012 voor bestaande gebouwen de kans op aerogene transmissie flink verkleint in vergelijking met niet-ventileren. Nog meer ventileren maakt de kans nog kleiner, maar het effect daarvan is minder groot. Ventilatie neemt het risico op aerogene transmissie nooit helemaal weg. Ook bij heel veel ventilatie, waarbij de binnenlucht bijvoorbeeld elke 2 minuten helemaal wordt ververs, blijft een kans bestaan dat het virus op deze manier wordt overgedragen.

Het RIVM heeft voor bepaalde publieke binnenruimtes berekend welk effect ventilatie naar verwachting heeft op het aantal mensen dat ziek wordt. Voorbeelden zijn een nachtclub, een kleine en een grote concertzaal, een klaslokaal, een kantooruimte en een supermarkt. Ventilatie verkleint het verwachte aantal zieken het meest in de nachtclub en beide concertzalen.

Het onderzoek geeft handvatten om beleidskeuzes te maken. Het is niet mogelijk om op basis van de resultaten aan te geven welk risico acceptabel is en wat een optimale hoeveelheid ventilatie is. Hiervoor zijn andere afwegingen nodig tussen aanvaardbare risico's en eisen aan comfort, de kosten van aanschaf en onderhoud, en energiegebruik. Het is een beleidskeuze om te bepalen welk risico na deze afwegingen acceptabel wordt gevonden.

Het gaat in dit onderzoek alleen om het risico op besmetting via aerogene transmissie. Het gaat niet om andere manieren waarop mensen besmet kunnen raken, zoals besmetting binnen anderhalve meter afstand (directe transmissie).

Kernwoorden: aerogene transmissie, Air-CoV-2-model, binnenruimte, ventilatie, Bouwbesluit

RIVM-briefrapport 2021-0207

## Synopsis

### **How various ventilation rates affect the aerogenic transmission of SARS-CoV-2**

A risk assessment using the AirCoV2 model

The National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) has calculated how various ventilation rates in indoor spaces affect the 'aerogenic transmission' of the coronavirus SARS-CoV-2. Aerogenic transmission means people getting infected with the virus through very small droplets (aerosols). These droplets can stay floating in the air for a long time and can travel distances greater than one-and-a-half metres. Ventilation helps to reduce aerogenic transmission. Ventilation means that fresh air from outdoors flows continually into a space, renewing the air in an indoor space.

In order to create a good indoor climate all buildings in the Netherlands, including homes, must meet the minimum ventilation requirements of the Building Decree (Bouwbesluit). It turns out that if ventilation is carried out in line with the minimum requirements of the Building Decree 2012 for existing buildings, this strongly reduces the chance of aerogenic transmission when compared to no ventilation. An even higher ventilation rate reduces this chance even more, but in this case the extra benefit is not much greater. However, ventilation never completely removes the risk of aerogenic transmission. Even with very high ventilation, with all the indoor air being completely renewed every two minutes, there is still a chance of the virus being transmitted in this way.

The RIVM has looked at ventilation for selected types of public indoor spaces, calculating the effect that ventilation can be expected to have on the number of people who will become infected. Examples of the spaces they looked at: a nightclub, a small concert hall, a large concert hall, a classroom, an office space and a supermarket. Ventilation reduced the number of expected sick people most strongly in the nightclub and the two concert halls.

This study provides a basis for making policy choices. However, the results cannot be used to say which risks are acceptable and what an optimum ventilation rate is. For this, other factors need to be weighed up: acceptable risks on the one hand and comfort requirements, costs of buying and maintaining equipment, and energy consumption on the other hand. The policy choice means deciding what risk is seen as acceptable after these factors have been weighed up.

This study only considers the risk of infection through aerogenic transmission. It does not consider other ways in which people can become infected, such as infection at a distance of less than one and a half metres (direct transmission).

Keywords: aerogenic transmission, Air CoV-2 model, indoor spaces, ventilation, Bouwbesluit/Building Decree



## Inhoudsopgave

### **Samenvatting – 9**

#### **1 Inleiding – 11**

- 1.1 Aanleiding – 11
- 1.2 Gehanteerde definities – 11
- 1.3 Kader onderzoek – 12

#### **2 Toelichting AirCoV2-model – 13**

- 2.1 Aannames – 13

#### **3 Scenario's – 15**

- 3.1 Locaties – 15
- 3.2 Index (aerosolvorming en uitscheiding) – 15
- 3.3 Ventilatiecapaciteit – 16

#### **4 Resultaten – 19**

- 4.1 Verwacht aantal ziektegevallen bij verschillende ventilatiehoeveelheden – 19
- 4.2 Omgerekende ventilatie-eenheden – 21

#### **5 Discussie – 23**

#### **6 Conclusie – 27**

#### **7 Aanbevelingen – 29**

#### **Literatuur – 31**

#### **Bijlage 1. Definities – 33**

#### **Bijlage 2. Berekeningen ventilatiewaarden per locatie – 36**



## Samenvatting

Ventileren is belangrijk voor een goed binnenklimaat. In Nederland moeten alle gebouwen, waaronder woningen, aan de minimale eisen van het Bouwbesluit voldoen. Ventilatie helpt ook de overdracht van luchtweginfecties, zoals COVID-19, te beperken. Hoeveel ventilatie helpt om de overdracht van het SARS-CoV-2-virus te beperken is niet bekend en hierover lijkt nog geen consensus te zijn bereikt.

Er bestaat internationale consensus dat overdracht van het coronavirus SARS-CoV-2 vooral plaatsvindt dichtbij een besmettelijk persoon (ongeveer tot 1,5 meter). Onder bepaalde omstandigheden kan aerogene transmissie van SARS-CoV-2 een grotere rol spelen, bijvoorbeeld in ruimtes met weinig tot geen ventilatie en waar veel mensen voor een langere tijd bij elkaar zijn. Bij aerogene transmissie gaat het om overdracht van het virus over langere afstand via aerosolen die langdurig in de lucht blijven zweven. Ventileren, waarbij de binnenlucht voortdurend wordt verversd met buitenlucht, is een maatregel om aerogene transmissie te beperken.

In dit briefrapport is met een risicoschattingsmodel ('AirCoV2') berekend wat voor effect verschillende ventilatiehoeveelheden uit regelgeving en richtlijnen hebben op het beperken van het verwachte aantal mensen dat COVID-19 met symptomen krijgt via aerogene transmissie. De kans dat mensen ziek worden is berekend voor scenario's in verschillende soorten binnenruimtes: een nachtclub, een grote en een kleine concertzaal, een theaterzaal, een klaslokaal, een kantoorruimte, een vergaderruimte en een supermarkt.

Uit de berekeningen blijkt dat meer ventileren leidt tot een kleinere kans op het krijgen van COVID-19 via aerogene transmissie. Echter, het effect van ventilatie op het aantal verwachte ziektegevallen is niet lineair. Dit betekent dat ventileren het grootste effect laat zien tussen 'niet ventileren' (0 liter/seconden/persoon; L/s/p) en ventileren volgens de minimale eisen uit het Bouwbesluit 2012 'bestaande bouw' (2 L/s/p). Bij meer ventilatie worden nog minder ziektegevallen verwacht, maar is het effect minder groot. Vooral bij locaties waar veel mensen per m<sup>2</sup> zijn en enige uren verblijven heeft ventileren het grootste effect op het verwachte aantal ziektegevallen via aerogene transmissie. Dit is in overeenstemming met de internationale consensus over situaties waar aerogene transmissie van SARS-CoV-2 kan plaatsvinden (RIVM, 2021; WHO, 2021a; CDC, 2021). Ook bij een extreem hoge ventilatievoud van 30 maal per uur (elke 2 minuten wordt de lucht in de binnenruimte geheel verversd) is er nog steeds een kans op een symptomatische infectie met SARS-CoV-2 via aerogene transmissie. Ventileren kan het risico op aerogene transmissie dus niet helemaal voorkomen. De grootste vermindering van het aantal verwachte ziektegevallen door ventileren wordt berekend bij respectievelijk de nachtclub en de kleine en grote concertzaal.

In regelgeving en richtlijnen worden verschillende eenheden gebruikt voor de minimale ventilatiecapaciteit in een ruimte. Om een vergelijking

mogelijk te maken is voor elk scenario de ventilatiehoeveelheid naar dezelfde eenheden omgerekend. Hieruit blijkt dat de ventilatiewaarde uit de Tijdelijke regeling maatregelen (Trm) COVID-19, afkomstig uit de inmiddels vervallen Drank- en horecawet, lager is dan de minimale eisen uit het Bouwbesluit 2012 'bestaande bouw' (de laagste ventilatiehoeveelheid liter/seconden/persoon in dit rapport; 2 L/s/p) voor de nachtclub en beide concertzalen. Voor het theater is de waarde lager dan de minimale ventilatiecapaciteit uit Bouwbesluit 2012 'nieuwbouw' (4 L/s/p). Dit komt doordat de Trm COVID-19 uitgaat van vloeroppervlak en het Bouwbesluit van het maximaal aantal personen in de ruimte. In de gekozen scenario's zijn er veel mensen per vloeroppervlak waardoor de minimale ventilatie-eisen uit het Bouwbesluit vooral in de nachtclub tot een hogere ventilatiehoeveelheid leidt. Het is aan te bevelen te bepalen voor welke horecagelegenheden de Trm COVID-19 lager is dan de geldende eisen uit het Bouwbesluit zodat bekend is wat de hoogste ventilatie-eis is.

In dit briefrapport wordt geen optimale ventilatiewaarde bepaald aan de hand van een acceptabel risico. Welk risico acceptabel is, is namelijk een beleidsafweging. Daarbij worden ook andere aspecten meegenomen, zoals comforteisen, (onderhouds)kosten en klimaatdoelstellingen (in verband met het energiegebruik). Ook is het belangrijk om voorzichtig te zijn bij het vertalen van de berekeningen naar betekenissen voor de praktijk. Het model doet namelijk bepaalde aannames. Zoals de aanwezigheid van een besmet persoon met een bepaalde uitscheiding van het virus, direct ideale menging van aerosolen in de gehele ruimte en continu in de gehele ruimte dezelfde homogene luchtverversing. Hierdoor is een onder- of overschatting van het risico mogelijk. Ook zijn andere transmissieroutes, zoals transmissie binnen 1,5 meter (directe transmissie), niet meegenomen waardoor het niet mogelijk is te bepalen hoe groot de rol is van aerogene transmissie in de totale verspreiding. Deze risicoschatting geeft voor de gekozen scenario's wel inzicht in het effect van verschillende ventilatiehoeveelheden op het verwachte aantal ziektegevallen via aerogene transmissie van SARS-CoV-2.

## 1 Inleiding

### 1.1 Aanleiding

Het ministerie van VWS heeft het RIVM gevraagd of het 'AirCoV2-model' gebruikt kan worden voor het beantwoorden van de Kamermotie van mw. Agema. In de aangenomen Kamermotie van mw. Agema (nr. 1352, 7 juli 2021) staat het volgende: "verzoekt de regering, te onderzoeken of de huidige ventilatierichtlijnen in het Bouwbesluit voor scholen, horeca, winkels, kantoren, bedrijven et cetera toereikend zijn om verspreiding van het coronavirus tegen te gaan".

Voor het beantwoorden van deze vraag is het noodzakelijk te bepalen wat 'toereikend' is. Er is echter geen norm voor een 'acceptabel risico' op aerogene transmissie van SARS-CoV-2 via aerosolen waaraan men ventilatie volgens het Bouwbesluit zou kunnen toetsen (Morawska et al., 2021; Traversari et al., 2021). In overleg met het ministerie van VWS is daarom besloten om in dit briefrapport alleen inzicht te geven in het effect van verschillende ventilatiehoeveelheden op het beperken van aerogene transmissie van het coronavirus SARS-CoV-2. Hiervoor wordt met behulp van het AirCoV2-model berekend wat het verwachte aantal ziektegevallen is bij gekozen scenario's in ruimtes zoals genoemd in de Kamermotie. Ziektegevallen worden in dit rapport gedefinieerd als symptomatische personen met COVID-19. Het is van belang de resultaten en conclusies juist te interpreteren: de resultaten kunnen niet zonder meer worden vertaald naar andere praktijksituaties. Door de gemaakte aannames is er bovendien een mate van onzekerheid waardoor voorzichtigheid bij het maken van interpretaties en beleidskeuzes noodzakelijk is.

### 1.2 Gehanteerde definities

In dit rapport wordt onder *aerogene transmissie* verstaan: Indirecte transmissie via zwevende infectieuze virusdeeltjes in aerosolen die over langere afstanden en tijd door de lucht kunnen worden verspreid. Transmissie is ook mogelijk als de bron niet meer in de ruimte aanwezig is of als iemand de gehele tijd op ruime afstand (meerdere meters, andere kant van de ruimte) van een besmettelijke persoon is geweest, in Engelstalige literatuur ook wel 'long-range airborne route' genoemd. Aerogene transmissie kan ook plaatsvinden naar een andere ruimte via een ventilatiesysteem. Voorbeelden van infectieziekten waarbij aerogene transmissie een voorname rol speelt, zijn mazelen, tuberculose en waterpokken.

In sommige wetenschappelijke artikelen wordt ook de term 'aerosoltransmissie' gebruikt. Aerosoltransmissie is echter niet hetzelfde als aerogene transmissie. In dit rapport wordt alleen bovenstaande definitie van aerogene transmissie gehanteerd en niet de term *aerosoltransmissie* die gedefinieerd kan worden als: Elke vorm van overdracht door infectieuze aerosolen, waarbij ook aerosolen geïncubeerd worden die vanwege de afmeting relatief kort blijven zweven. Alleen grotere druppels >60-100 µm die (vrijwel) direct naar de grond gaan worden uitgesloten. Onder aerosoltransmissie valt

daardoor zowel 'aerogene transmissie' als 'directe transmissie' door nabij contact waarbij infectieuze aerosolen onderdeel zijn van de zogenaamde 'druppelwolk' die onder meer tijdens praten, schreeuwen of zingen uitgescheiden wordt.

In bijlage 1 is een overzicht van alle definities opgenomen. Deze definities zijn afkomstig van [Aerogene transmissie SARS-CoV-2 | LCI richtlijnen \(rivm.nl\)](#), [Ventilatie en COVID-19 | LCI richtlijnen \(rivm.nl\)](#) en [Verslag werkconferentie Ventilatie en COVID-19 | Overige | Gezondheidsraad](#).

### 1.3 Kader onderzoek

De internationale consensus is dat besmettingen voornamelijk plaatsvinden door directe transmissie: overdracht van SARS-CoV-2 dichtbij een besmettelijk persoon, meestal tot een afstand van ongeveer 1,5 meter (WHO, 2021a; CDC, 2021; RIVM, 2021). Aerogene transmissie kan een grote(re) rol spelen in ruimtes met geen of 'onvoldoende' ventilatie, vooral als grote groepen mensen langdurig in deze ruimte verblijven. Ventilatie in publieke settings, zoals winkels, kantoren en uitgaansgelegenheden, heeft vooral effect op het voorkómen van aerogene transmissie. Het effect van ventilatie op directe transmissie – ook via aerosolen – lijkt door de korte afstand beperkt of afwezig (Liu et al., 2017; Deng et al., 2021).

Het AirCoV2-model wordt gebruikt om in te schatten in hoeverre aerogene transmissie plaatsvindt en hoeveel risicoreductie optreedt door ventileren. In dit briefrapport is echter niet naar andere transmissieroutes, zoals directe transmissie en transmissie via oppervlakken, gekeken. Het is dus niet mogelijk op basis van dit briefrapport te concluderen dat aerogene transmissie in een bepaalde situatie een belangrijke(re) rol heeft ten opzichte van andere routes. Ook wordt er geen uitspraak gedaan over een optimale ventilatiewaarde. Dit is een beleidskeuze waarbij het noodzakelijk is ook andere aspecten mee te wegen, zoals (onderhouds)kosten, comforteisen en klimaatdoelstellingen in verband met het energiegebruik. Ook geven de modelberekeningen alleen een inzicht in het effect van de verschillende ventilatiewaarden in specifieke situaties, waarbij mensen worden blootgesteld aan virus afkomstig van één besmettelijke persoon (index) (zie hoofdstuk 3 'Scenario's'). Voor iedere situatie heeft het RIVM aannames gedaan (zie hoofdstuk 2 'Toelichting AirCoV2-model'). Het is niet mogelijk om de resultaten van een bepaalde setting één-op-één te vertalen naar andere settings omdat de omstandigheden kunnen verschillen. De kans dat een index aanwezig is in de binnenruimte, of dat er meerdere indices aanwezig zijn, wordt niet meegenomen in de berekening. Daarom wordt niets gezegd over de waarschijnlijkheid waarmee het gekozen scenario optreedt.

## 2 Toelichting AirCoV2-model

Met het AirCoV2-model is het risico op het krijgen van COVID-19 via aerogene transmissie in een bepaalde binnenruimte berekend. Dit theoretische risico is berekend voor in de ruimte aanwezige personen, die gedurende een bepaalde tijd werden blootgesteld aan aerosolen met het SARS-CoV-2-virus die door één besmettelijke persoon via uitademen, praten, hard praten (schreeuwen) en/of zingen werden uitgestoten. Hoesten en niezen werden buiten beschouwing gelaten omdat werd uitgegaan van een a- of presymptomatische index. Het AirCoV2-model werd ontwikkeld door Schijven et al. (2021) en maakt gebruik van literatuurgegevens over hoeveelheden uitgestoten aerosolen. Het AirCoV2-model schat het aantal virusdeeltjes waaraan mensen vervolgens worden blootgesteld (dosis) door inademing van druppels met het virus. Vervolgens wordt het risico om COVID-19 te krijgen geschat op basis van dosis en een dosis-responsmodel. Een nadere toelichting op het AirCov2-model is te lezen in Schijven et al. (2021).

Binnen het AirCov2-model gebruikte kwantitatieve microbiologische risicoschatting (QMRA) worden alle stappen (gevaaridentificatie, schatten van blootstelling, gevaren- en risicokarakterisering) expliciet beschouwd en aangegeven. Dit in tegenstelling tot het Wells-Rileymodel, een model dat ook regelmatig gebruikt wordt voor het berekenen van de kans op een besmetting (Traversari et al., 2021). Het Wells Riley-model hanteert een afhankelijkheid van de kans op een besmetting van de toegevoerde luchthoeveelheid gebruikmakend van een zogenaamde 'quanta-variabele'. De quanta-variabele in het Wells-Rileymodel omvat een groot aantal aspecten, zoals onderscheid in transmissieroute en omgevingsfactoren, die niet altijd expliciet worden weergegeven en per situatie sterk kunnen verschillen. Hierdoor is het niet verantwoord om de hoeveelheid quanta uit een specifieke casus in een andere situatie toe te passen. Een QMRA is daarentegen gebaseerd op expliciete schatting van de blootstelling en op een dosisresponsrelatie. De uitkomsten zijn daarmee generieker (Traversari et al., 2021). De Monte Carlo berekeningen met het AirCoV2-model werden in Mathematica (versie 12.2., Wolfram Inc., IL, USA) uitgevoerd.

### 2.1 Aannames

Het AirCoV2-model doet de volgende aannames:

- Er is één index die virusdeeltjes uitstoot in de ruimte aanwezig.
- De besmettelijke persoon verkeert op dag nul van het krijgen van symptomen, dat is het moment waarbij gemiddeld genomen de virusuitscheiding het hoogst is. De virusconcentratie in de aerosolen is gebaseerd op metingen van het RIVM aan patiëntmateriaal van begin 2020 (Schijven et al., 2021). Het geometrisch gemiddelde van deze virusconcentratie bedraagt 32 miljoen RNA-kopieën per milliliter aerosol. Vergeleken met literatuurgegevens, inclusief die over de deltavariant, is dit een realistische schatting. Hierbij moet tevens gerealiseerd worden dat 95% van de virusconcentratie verspreid is over vijf ordes van

grootte (van ongeveer  $10^5$  tot  $10^{10}$  virusdeeltjes per ml aerosol). Virusdeeltjes zijn hier gemeten als RNA-kopieën door middel van PCR.

- De infectieuze aerosolen zijn direct volledig gemengd in de lucht in de binnenruimte.
- De ventilatie is in de gehele ruimte hetzelfde (homogeen). Verse lucht wordt toegevoerd en direct volledig gemengd met verontreinigde lucht in de ruimte, inclusief infectieuze aerosolen, en homogeen afgevoerd.
- Het model neemt aan dat de uitgestoten aerosolen zeer snel reduceren tot een derde van de oorspronkelijke diameter ten gevolge van verdamping, hetgeen gebeurt bij een relatieve luchtvochtigheid van minder dan 67%. Deze aerosolen zijn klein genoeg om in de lucht te blijven zweven.
- Het model houdt rekening met inactivatie van het virus, maar over een tijdsbestek van enkele uren is de inactivatie verwaarloosbaar klein.
- De ademhaling van de blootgestelde personen is de gehele verblijfstijd een rustademhaling. In specifieke gevallen, bijvoorbeeld wanneer personen langdurig dansen, kan dit leiden tot een onderschatting van het risico.
- Het model schat een dosis: het aantal ingeademde virusdeeltjes. Daarbij worden de aantallen virus RNA-kopieën omgerekend naar aantallen infectieuze virusdeeltjes.
- Op basis van de geschatte dosis wordt met een dosisresponsrelatie het risico om COVID-19 te verkrijgen berekend. Het verwacht aantal ziektegevallen betreft personen met symptomen.
- Voor zowel de omrekening van RNA-kopieën naar infectieuze virusdeeltjes en de dosisresponsrelatie worden conservatieve waarden toegepast (Schijven et al., 2021). Conservatief wil hier zeggen: uitgaande van een voor de mens ongunstig scenario, dus een relatief hoog risico.
- Voor wat betreft de personen die worden blootgesteld is aangenomen dat 71% beschermd is tegen ziekte door vaccinatie of door een eerder doorgemaakte infectie (Tweede Kamer Briefing, 18 augustus 2021).

Deze aannames zijn een versimpeling van de vaak complexe omstandigheden in de praktijk. De resultaten in dit rapport kunnen daarom afwijken in praktijksituaties. Voorzichtigheid met de vertaling naar de praktijk is daarom noodzakelijk.

### 3 Scenario's

#### 3.1 Locaties

In de Kamer motie worden verschillende publieke settings genoemd: "(...) scholen, horeca, winkels, kantoren, bedrijven et cetera." Voor elk van deze settings is voor een bepaalde situatie een berekening gemaakt. De term 'bedrijven' is daarbij breed geïnterpreteerd, aangezien supermarkten, horeca en veel kantoren ook bedrijven zijn. Gezien de internationale consensus dat aerogene transmissie vooral in ruimtes plaatsvindt waar veel mensen bij elkaar komen in een binnenruimte met onvoldoende ventilatie is ervoor gekozen verschillende uitgaansgelegenheden (nachtclub, theater, kleine en grote concertzaal) op te nemen met verschillende afmetingen en veel mensen per vloeroppervlak (m<sup>2</sup>). De gekozen afmetingen en capaciteit van de ruimte zijn gebaseerd op (online) beschikbare informatie over de verschillende settings. In de berekening is uitgegaan van een volledige bezetting van de ruimte (100% capaciteit). In tabel 1 is de lijst met de doorgeredene settings en afmetingen van de ruimte weergegeven.

Tabel 1 Overzicht afmetingen en capaciteit per locatie

Ruimte	Hoogte (m)	Vloeroppervlak (m <sup>2</sup> )	Inhoud (m <sup>3</sup> )	Maximum aantal personen	Maximum aantal personen per m <sup>2</sup>
Nachtclub/bar	3,5	150,0	525,0	550,0	3,7
Theater	10,0	600,0	6.000,0	725,0	1,2
Grote concertzaal	17,0	2.623,0	44.591,0	5.500,0	2,1
Kleine concertzaal	4,0	105,0	420,0	250,0	2,4
Vergaderruimte	3,0	40,5	121,5	16,0	0,37
Kantoorruimte	3,0	25,2	75,6	4,0	0,12
Klaslokaal (VO)	3,0	54,0	162,0	30,0	0,54
Supermarkt	3,0	1.450,0	4.400,0	290,0	0,2

#### 3.2 Index (aerosolvorming en uitscheiding)

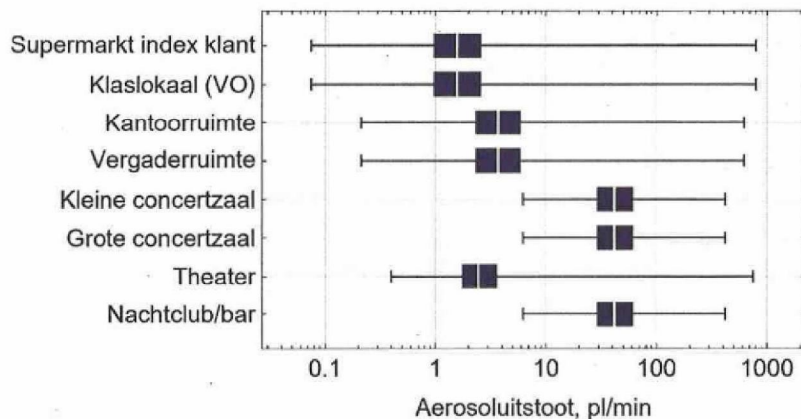
De mate van aerosolvorming is berekend aan de hand van de activiteit van de index (zie tabel 2). Uit literatuur is bekend dat de hoeveelheid aerosolvorming verschilt per activiteit (Schijven et al., 2021; zie figuur 1). Bij rustig ademen produceert iemand minder aerosolen dan bij praten. Zingen zorgt voor de meeste aerosolvorming, gevolgd door schreeuwen.

In de scenario's is gekozen voor verschillende percentages voor deze activiteiten: praten, schreeuwen en zingen. De percentages verschillen per locatie. Rustig ademen vindt plaats op momenten waarop geen van de bovengenoemde activiteiten plaatsvindt (overgebleven percentage), hieronder valt onder meer drankje drinken, luisteren, lezen, typen, rondkijken of -lopen. Uitgangspunt was om tijdens de verblijfstijd in de ruimte een zo realistisch mogelijk scenario te gebruiken. Het was de bedoeling om de gekozen percentages te onderbouwen met informatie

uit de literatuur. Na een korte literatuurstudie en contact met deskundigen (gedragspsychologen en logopedisten) is hierover echter geen recente literatuur gevonden. In de scenario's is het uitgangspunt dat de besmettelijke index en de blootgestelde personen de hele verblijfsduur in de ruimte aanwezig zijn. Activiteiten in aangrenzende ruimtes, bijvoorbeeld garderobe, wc-bezoek of verblijf in de lobby na de voorstelling, zijn niet meegenomen.

Tabel 2 Verblijfsduur en activiteiten van de index per locatie.

Ruimte	Index	Verblijfsduur	Ademen	Praten	Schreeuwen	Zingen
Nachtclub/bar	bezoeker	3,0 uur	40%	10%	30%	20%
Theater (voorstelling)	bezoeker	3,0 uur	85%	10%	5%	0%
Grote concertzaal	bezoeker	3,0 uur	40%	10%	30%	20%
Kleine concertzaal	bezoeker	3,0 uur	40%	10%	30%	20%
Vergaderruimte	werknemer	1,0 uur	70%	30%	0%	0%
Kantoorruimte	werknemer	6,0 uur	70%	30%	0%	0%
Klaslokaal (VO)	leerling	5,0 uur	90%	10%	0%	0%
Supermarkt	klant	0,12 uur	90%	10%	0%	0%



Figuur 1 Boxplot van de aerosoluitstoot (totaal aerosol volume in picoliters per minuut) van de index in elke locatie. Deze is afhankelijk van de verhouding ademen/praten/schreeuwen/zingen in het gekozen scenario. De boxplots geven de mediane waarde aan (witte lijn), het 25- en 75-percentiel (box) en de minimum en maximum waarde (whiskers).

### 3.3 Ventilatiecapaciteit

De minimale ventilatiecapaciteit is berekend aan de hand van het maximaal aantal personen dat op de locatie aanwezig mag zijn (Bouwbesluit, 2012; artikelen 1.2, 3.29 en 3.38). Bij de berekeningen is het uitgangspunt dat elke locatie voldoet aan de genoemde waarden en dat de gehele tijd de volledige capaciteit in dezelfde ruimte wordt benut. In tabel 3 zijn de volgende ventilatiewaarden uit regelgeving en richtlijnen in de berekening meegenomen:

- Geen ventilatie (0 liter/seconden/per persoon; L/s/p). Dit is niet toegestaan in Nederland voor verblijfsruimtes. Er is voor gekozen om deze waarde mee te nemen om het effect van de ventilatie-eis in het Bouwbesluit 2012 voor 'bestaande bouw' te kunnen duiden.
- Bouwbesluit 2012 'bestaande bouw'. Voor de gekozen locaties variërend tussen 2,12 en 3,44 L/s/p.
- Bouwbesluit 2012 'nieuwbouw' (vanaf 2012). Afhankelijk van de locatie variërend tussen 4 en 6,5 L/s/p.
- Verschillende sectorspecifieke (Arbo)richtlijnen. Voor horeca/podia/theater is hiervoor de 'Ventilatierechtlijn voor evenementen' genomen van BBA Binnenmilieu (6,5 L/s/p) en de waarde opgenomen in de 'Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19' voor horecalokaliteiten ( $3,8 \times 10^{-3} \text{ m}^3/\text{s}$  per  $\text{m}^2$  vloeroppervlakte; voorheen opgenomen in de Drank- en horecawet). Mogelijk vallen niet alle genoemde uitgaansgelegenheden onder 'horecalokaliteiten', maar om te vergelijken is voor alle uitgaansgelegenheden deze waarde meegenomen. Voor scholen is de minimale waarde uit de Arbocatalogus ( $\geq 6 \text{ L/s/p}$ ) meegenomen en voor kantoren/vergaderkamer de adviezen van het Arboportaal (8,3 L/s/p).
- WHO-advies voor alle publieke settings en thuissituaties (10 L/s/p), gericht op het beperken van COVID-19 (WHO, 2021b).
- Tot slot is voor elke situatie ook het effect van een ventilatievoud van 30 per uur (30 ACH) berekend. Dit wordt gezien als een (extreem) hoge ventilatievoud. Voor de meeste locaties is dit niet een realistische ventilatievoud. De waarde is gekozen om inzichtelijk te maken wat een (zeer) hoge ventilatievoud voor effect heeft op het beperken van aerogene transmissie.

Omrekeningen van de verschillende ventilatiewaarden uit de regelgeving en richtlijnen wordt besproken in paragraaf 4.2 van de 'Resultaten' en in bijlage 2.

Tabel 3 Verschillende ventilatiewaarden per locatie.

Ruimte	Geen ventilatie (L/s/p) *	Bouwbesluit bestaan de bouw (L/s/p)	Bouwbesluit nieuw- bouw (L/s/p)	(Arbo) richt- lijnen (L/s/p)	Eisen horecaloka- liteiten (Trm COVID-19) (m <sup>3</sup> /s/m <sup>2</sup> ) **	WHO publieke setting (L/s/p)	'hoge' ventilatie- voud/uur (ACH) ***
Nachtclub/bar	0	2,12	4	6,5	$3,8 \times 10^{-3}$	10	30
Theater (voorstelling)	0	2,12	4	6,5	$3,8 \times 10^{-3}$	10	30
Grote concertzaal	0	2,12	4	6,5	$3,8 \times 10^{-3}$	10	30
Kleine concertzaal	0	2,12	4	6,5	$3,8 \times 10^{-3}$	10	30
Vergaderruimte	0	3,44	6,5	8,3	X	10	30
Kantoorruimte	0	3,44	6,5	8,3	X	10	30
Klaslokaal (VO)	0	3,44	8,5	6	X	10	30
Supermarkt	0	2,12	4	X	X	10	30

\* Liter per seconden per persoon;

\*\* Kubieke meter per seconden per vierkante meter;

\*\*\* 'Air changes per hour' (ventilatievoud per uur).

## 4 Resultaten

In dit hoofdstuk staan de resultaten van de risicoschatting voor de verschillende scenario's. In paragraaf 4.1 wordt het effect van de verschillende ventilatiewaarden op het aantal ziektegevallen weergegeven (aantal mensen dat naar verwachting ziek wordt door de blootstelling). Dit betreft alleen de verwachte ziektegevallen door aerogene transmissie en niet door andere transmissieroutes zoals directe transmissie (transmissie dichtbij een besmettelijke persoon). In paragraaf 4.2 worden de omrekeningen van de verschillende ventilatie-eenheden besproken. In bijlage 2 staan alle berekeningen per locatie, waarbij ook het gemiddeld risico per persoon wordt weergegeven.

### 4.1 Verwacht aantal ziektegevallen bij verschillende ventilatiehoeveelheden

Het risico (kans op symptomatische SARS-CoV-2-infectie via aerogene transmissie) is hoger naarmate de verblijfsduur langer is. Bij een langere verblijfsduur wordt er meer lucht ingeademd waardoor er een hogere dosis aan virusdeeltjes kan worden opgenomen. De risico's nemen af als de ventilatie toeneemt, omdat door ventileren de binnenlucht met eventueel aanwezige virusdeeltjes worden verdund (resultierend in een lagere concentratie en lagere ingeademde dosis) door de toevoer van verse buitenlucht. Een lagere dosis leidt tot een kleinere kans op ziekte.

Vermenigvuldiging van het risico met het aantal blootgestelde personen geeft een schatting van het verwachte aantal COVID-19-ziektegevallen. Het aantal ziektegevallen kan een getal kleiner dan 1 zijn (als 1/risico groter is dan het aantal personen; het risico is niet nul). Bijvoorbeeld, bij een verwacht aantal ziektegevallen van 0,1 zijn tien identieke situaties met blootstelling aan het virus nodig voor één verwacht ziektegeval.

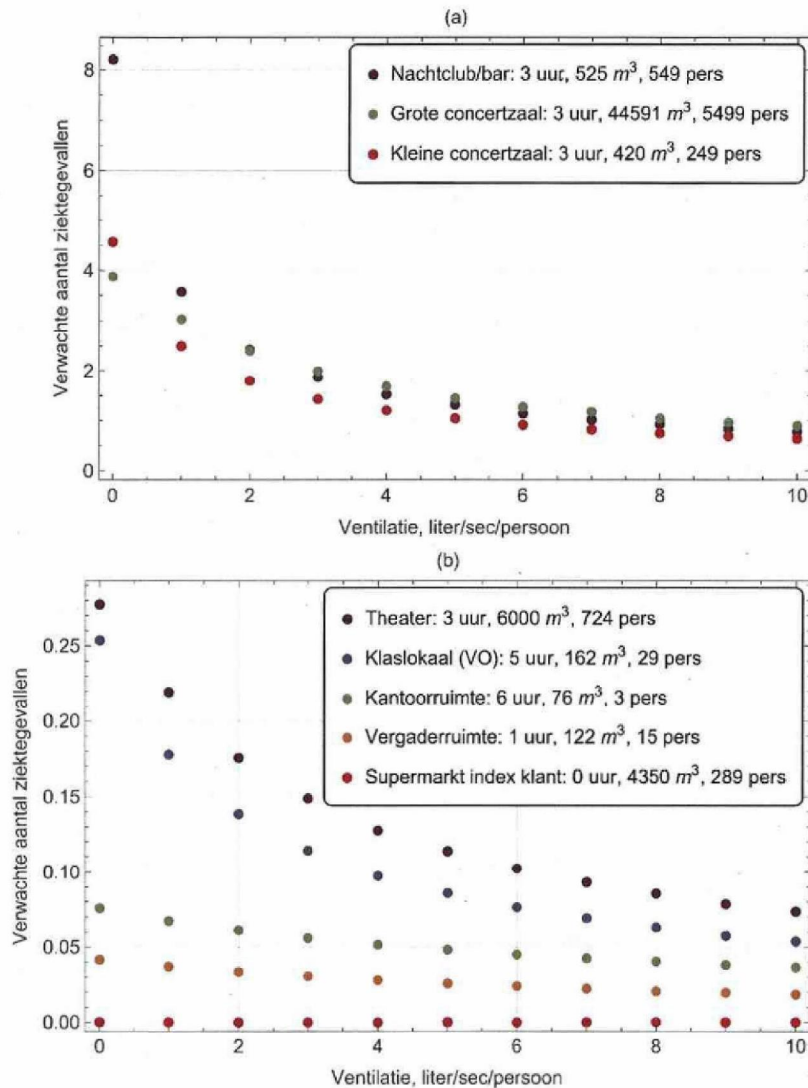
Figuren 2a en 2b tonen het verwachte aantal ziektegevallen door aerogene transmissie per ruimte als functie van ventilatie (liter/seconde/persoon). Het aantal verwachte ziektegevallen is het hoogst in de nachtclub en het laagst in de supermarkt. Naast de verwachting dat het aantal ziektegevallen hoger is naarmate de verblijfsduur langer is, speelt nu ook het aantal blootgestelde personen mee. Hoe meer personen worden blootgesteld, des te meer ziektegevallen er verwacht kunnen worden.

Meer ventilatie leidt tot lagere aantallen ziektegevallen en dit effect blijkt niet lineair: De afname van het aantal ziektegevallen is minder sterk naarmate de ventilatie hoger is. De afname van het verwachte aantal ziektegevallen is groter van 0 liter/seconde/persoon (L/s/p; geen ventilatie) naar 4 L/s/p dan van 4 L/s/p naar 10 L/s/p. Voor de ruimtes waarin het verwachte aantal ziektegevallen al laag is voor de situatie zonder ventilatie (ventilatie=0), zoals in kantoren, vergader ruimtes en supermarkten, is de risicoreductie van het aantal verwachte ziektegevallen zelfs bij 10 L/s/p (WHO) laag. Er worden in dat geval sowieso weinig personen blootgesteld en tevens is de ventilatie in

volume per tijd laag, want er zijn maar weinig personen aanwezig. De kans op aerogene transmissie blijft echter ook bij 30 ACH voor alle locaties aanwezig (zie bijlage 2).

In het theater is het verwachte aantal ziektegevallen lager dan 1, ondanks dat er veel mensen in de ruimte aanwezig zijn (zie figuur 2b). Dit komt door de grote inhoud van de ruimte ten opzichte van de andere uitgaansgelegenheden en de beperkte aerosolvorming van de index omdat er vooral wordt geluisterd (voornamelijk rustige ademhaling).

Het grootste aantal verwachte ziektegevallen via aerogene transmissie is in de nachtclub, waar mensen dicht bij elkaar staan, gevolgd door de beide concertzalen. Door te ventileren volgens Bouwbesluit 'bestaande bouw' wordt het aantal verwachte ziektegevallen in de nachtclub verlaagd van 8,4 naar 2,4 ziektegevallen. Bij ventileren volgens de waarde uit de ventilatierichtlijn voor evenementen worden gemiddeld 1,1 ziektegevallen verwacht en bij het volgen van het WHO-advies 0,82 ziektegevallen. Bij de laatste situatie is er een ventilatievoud/uur van 38; de binnenlucht wordt steeds in minder dan 2 minuten geheel verversd door buitenlucht. Dit is een extreme luchtverversing.



Figuur 2 Verwachte aantal ziektegevallen per ruimte als functie van ventilatie (liter/seconde/persoon) gesplitst naar ruimtes met meer (a) en minder (b) dan één verwachte ziektegeval. Let op: de y-as voor figuur 2a heeft een andere schaal dan figuur 2b.

#### 4.2 Omgerekende ventilatie-eenheden

In de vorige paragraaf is de ventilatie per liter/seconden/persoon weergegeven. Deze eenheid wordt onder meer gebruikt in het Bouwbesluit en het WHO-advies. De adviezen in het Arboportaal worden echter weergegeven in m<sup>3</sup> per uur per persoon (m<sup>3</sup>/u/p) en in de Tijdelijke regeling maatregelen (Trm) COVID-19 is voor horecalkaliteiten de eenheid m<sup>3</sup>/s per m<sup>2</sup> vloeroppervlak (afkomstig uit

de vervallen Drank- en horecawet) opgenomen. Tot slot is er ook nog de ventilatievoud per uur ('air changes per hour'; ACH). Al deze eenheden zijn omgerekend naar L/s/p en vice versa. Hierdoor is een vergelijking tussen de geadviseerde ventilatiewaarden mogelijk. In bijlage 2 worden alle omrekeningen per locatie weergegeven.

Opvallend is de omrekening van de ventilatiewaarde uit de Trm Covid-19. Deze waarde is opgenomen in de tijdelijke regeling omdat de minimale ventilatie-eis in het Bouwbesluit voor horecalokaliteiten lager zou zijn (Volkskrant, 29 juli 2021; Telegraaf 29 juli 2021; Amendement TK). Echter, voor de nachtclub en concertzalen is dat niet het geval. Uit deze omrekeningen blijkt dat de waarden in de Trm COVID-19 voor de nachtclub en voor de grote en kleine concertzaal lager is dan Bouwbesluit 2012 'bestaande bouw'. Alleen voor theater is de waarde uit de Trm COVID-19 iets hoger dan voor 'bestaande bouw', maar lager dan Bouwbesluit 'nieuwbouw'. Dit komt doordat het bouwbesluit uitgaat van het aantal mensen in de ruimte en niet van het vloeroppervlak. Een deel van de hier beschreven uitgaansgelegenheden wordt mogelijk niet gezien als horecalokaliteit en valt daardoor niet onder de Trm COVID-19. Omdat de hoogste eis geldt (pm ministerie BZK), zal voor horecalokaliteiten waar relatief veel mensen per m<sup>2</sup> zijn toegestaan (bijvoorbeeld cafés) naar verwachting het Bouwbesluit leidend zijn.

Uit de omrekeningen blijkt verder dat er grote verschillen zijn tussen de gekozen settings als gekeken wordt naar ventilatievoud per uur (ACH). Voor de nachtclub is de ACH 15 als de ventilatie-eis voor Bouwbesluit 'nieuwbouw' wordt aangehouden en ACH 38 als het WHO-advies wordt gevolgd. Dit is hoger dan de extreme ACH van 30. Voor de kantoorruimte is de ACH 1,2 voor Bouwbesluit 'nieuwbouw' en 1,9 als het WHO-advies wordt gevolgd.

## 5 Discussie

### **Effect van ventileren op aerogene transmissie**

Uit de berekeningen met het AirCoV2-model blijkt dat meer ventileren zorgt voor een lager risico op aerogene transmissie. Echter, het effect van ventileren op het beperken van het aantal verwachte ziektegevallen via aerogene transmissie is niet lineair: het effect van 'geen ventilatie' naar ventileren met 2 L/s/p is het grootst en vermindert naarmate meer wordt geventileerd. Vooral bij locaties waar veel mensen per m<sup>2</sup> zijn en waar de mensen enige uren verblijven, heeft ventileren het grootste effect op het verwachte aantal ziektegevallen via aerogene transmissie. Dit is in overeenstemming met de internationale consensus over situaties waar aerogene transmissie van SARS-CoV-2 kan plaatsvinden (RIVM, 2021; WHO, 2021a; CDC, 2021). Uit de berekeningen blijkt ook dat ventileren het risico op aerogene transmissie kan beperken maar niet geheel voorkomen.

Voor de kantoor- en vergaderruimte, en vooral bij een besmettelijke klant in de supermarkt, is er een beperkt effect van hogere ventilatienormen (in L/s/p) dan de eisen uit het Bouwbesluit op het verlagen van het verwachte aantal ziektegevallen. Dit komt omdat in een ruimte met weinig personen er sowieso weinig ziektegevallen te verwachten zijn en tevens de ventilatie in L/s/p omgerekend naar aantal luchtverversingen per uur ook laag zal zijn. In het scenario van de supermarkt is het verblijf van de index in de ruimte maar kort (7 minuten), waardoor ook de blootstelling aan infectieuze aerosolen kort is en de kans op aerogene transmissie lager is. Let wel, dit betekent niet dat ventileren niet noodzakelijk is voor deze locaties. In dit onderzoek is alleen gekeken naar het effect van ventilatie op aerogene transmissie van SARS-CoV-2 voor enkele gekozen scenario's. Hiervoor zijn aannames gedaan die mogelijk tot een onderschatting van het risico kunnen leiden. Daarnaast is ventileren ook van belang voor het afvoeren van onder meer vluchtige organische stoffen (VOS), fijnstof en geuren (Gezondheidsraad, 2010).

### **Ventilatie volgens de Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19 versus het Bouwbesluit**

De ventilatiewaarde in de Trm COVID-19 voor de nachtclub en beide concertzalen zijn lager dan Bouwbesluit 'bestaande bouw'. Dit komt omdat in de Trm COVID-19 uitgegaan wordt van ventilatie per m<sup>2</sup> in plaats van ventilatie per persoon. Voor bijvoorbeeld restaurants kan de waarde wel hoger zijn dan Bouwbesluit 'nieuwbouw'. Er kan worden berekend tot hoeveel mensen per m<sup>2</sup> de Trm COVID-19 hoger is dan het Bouwbesluit. Dit valt echter buiten de scope van dit rapport. Verder blijkt uit de omrekeningen dat het WHO-advies van 10 L/s/p voor publieke settings tot een zeer hoge ventilatiehoeveelheid kan leiden; tot 38 ACH voor de nachtclub. Dit komt neer op een continue verversing van de gehele binnenlucht van de ruimte in minder dan 2 minuten. Ter vergelijking, de WHO adviseert in hetzelfde adviesdocument voor zorginstellingen waar aerosolproducerende handelingen worden uitgevoerd een minimale ventilatievoud/uur van 12 (WHO, 2021b). Let wel, we gaan er in dit rapport van uit dat de gekozen settings voldoen

aan het Bouwbesluit: de minimale ventilatiecapaciteit is afgestemd op het maximaal aantal personen dat in de ruimte mag zijn. Of dit ook overeenkomt met de praktijk is geen onderdeel van de onderzoeksvraag.

#### **Aannames en beperkingen van het onderzoek**

In hoeverre een bepaalde ventilatiehoeveelheid 'toereikend' is wordt niet beantwoord met dit rapport (zie ook paragraaf 1.3). Dit is een beleidskeuze waarvoor ook andere aspecten meegewogen moeten worden, zoals (onderhouds)kosten, comforteisen en klimaatdoelstellingen. Ook dient meegewogen te worden dat voor het maken van de berekeningen aannames gedaan zijn die mogelijk tot een onder- of overschatting van het risico kunnen leiden. De aanname dat er directe menging van infectieuze aerosolen is, kan vooral voor grote ruimtes (zoals theater en grote concertzaal) invloed hebben op de resultaten. De aanname dat het virus zich direct na emissie volledig homogeen over de ruimte verspreidt, leidt enerzijds tot een onderschatting van de blootstelling van personen in de directe omgeving van de index, waar de concentraties in werkelijkheid hoger zullen zijn dan het ideaal-gemengde model voorspelt. Studies laten zien dat virusconcentraties in een zone vlak rond de uitscheider tot een factor 10-100 hoger kunnen zijn (sterk afhankelijk van de afstand tot de uitscheider) (Fierce et al., 2021; Cortellessa et al., 2021). Anderzijds zullen blootstelling en risico voor personen op grotere afstand van de index overschat worden.

In het algemeen kan beredeneerd worden dat de aanname van goede menging redelijker is in geval van kleine ruimtes en dat de onnauwkeurigheid van de aanname toeneemt als de ruimte groter wordt. Daarnaast zal de aanname beter zijn in het geval de index en de blootgestelde persoon zich door de ruimte bewegen. Ook kan worden verondersteld dat niet alleen deze beweging tot een betere menging van de lucht leidt, maar ook dat door de beweging de concentratie die de blootgestelde persoon inademt onder deze omstandigheden meer uitmiddelt. Hierdoor zal deze situatie dichterbij de ideaal-gemengde concentratie liggen. De aanname van goede menging van de binnenlucht kan ook leiden tot een optimistischer inschatting van de efficiëntie van de verwijdering van virus door ventilatie, wat dan weer een onderschatting van de gemiddelde blootstelling in een ruimte tot gevolg heeft.

Voor deze berekening is uitgegaan van één presymptomatische index die veel virusdeeltjes uitscheidt. Deze aanname met betrekking tot virusuitscheiding kan worden gezien als een 'nadelig scenario'. De kans dat een dergelijke index in de beschreven ruimtes aanwezig is, hangt af van de epidemiologische situatie op dat moment. Het valt echter buiten de scope van dit onderzoek om de kans dat een dergelijke index aanwezig is te berekenen. Het is ook mogelijk dat in de ruimte twee of meer indices aanwezig zijn. Afhankelijk van de virusuitscheiding van deze personen kan daardoor in die situaties het verwachte aantal ziektegevallen via aerogene transmissie, maar ook via directe transmissie, in de praktijk hoger zijn.

Het was niet mogelijk op basis van literatuur of deskundigen vast te stellen hoeveel mensen op de gekozen locaties gemiddeld praten, schreeuwen of zingen. Er is daarom een inschatting gemaakt wat een realistisch scenario zou kunnen zijn. Het is mogelijk dat in de praktijk een index meer of minder van deze activiteiten uitvoert. Echter, extreme waarden die mogelijk de resultaten sterk kunnen beïnvloeden, zoals 100% zingen gedurende de gehele verblijfstijd, werden als niet realistisch beschouwd. Wel is er mogelijk meer aerosolvorming en ook een grotere kans op transmissie bij personen die door veel bewegen (dansen en springen bij een concert bijvoorbeeld) een snellere ademhaling krijgen. Bijvoorbeeld bij een inspanning met hartslag van 120 kan de ademhaling 45 liter/minuut zijn, dat is 6 keer de rustademhaling van 7,5 liter/min. In dat geval zou een blootgestelde persoon een 6 keer hogere dosis ontvangen dan een persoon in rust (Sajgalik et al., 2021). Echter, het effect van ventileren (vorm van de curve in figuur 2) blijft hetzelfde.

Het AirCoV2-model beschrijft een situatie van alleen een volledige menging van infectieuze aerosolen, waarbij een bepaalde dosisresponsrelatie wordt aangenomen (Schijven et al., 2021). Directe transmissie, maar ook andere transmissieroutes, worden niet meegenomen. Vooral op plekken waar veel mensen dicht bij elkaar staan (nachtclub, concertzaal) kan een index veel mensen binnen 1,5 meter besmetten en is directe transmissie naar verwachting de voornaamste transmissieroute. Vanwege de hogere virusconcentratie nabij de bron is verblijfstijd ook minder van belang. Zeker als de index rondloopt in de ruimte kunnen hierdoor potentieel veel mensen worden geïnfecteerd.

#### **Vertaling naar de praktijk**

Door de aannames en de gekozen situaties kunnen de resultaten alleen gebruikt worden om inzicht te krijgen in het effect van ventilatie op het beperken van aerogene transmissie. Uitspraken over de mate waarin aerogene transmissie – al dan niet in relatie tot andere routes – plaatsvindt, kunnen niet worden gedaan. Voor een beter inzicht in de rol van de verschillende transmissieroutes en het effect van ventilatie op het beperken van transmissie van SARS-CoV-2 zou via modellering het infectierisico dichtbij de bron en de verdere verspreiding van de 'druppelwolk', vooral in grotere ruimtes, kunnen worden meegenomen. Hierbij kan ook de invloed van luchtstromen op deze verspreiding worden meegenomen. Dit is niet mogelijk met het AirCoV2-model. Daarnaast kan meer inzicht verkregen worden in het infectierisico in de praktijk door onder gecontroleerde omstandigheden virusdeeltjes te meten in de lucht en te bepalen wat het effect van de verschillende ventilatiehoeveelheden is op de virusconcentratie in de lucht. Tot slot kan via (gecontroleerd) epidemiologisch onderzoek meer inzicht verkregen worden in de effecten van verschillende ventilatiewaarden op het beperken van (aerogene) transmissie.



## 6 Conclusie

Op basis van het AirCoV2-model met de gedane aannames kan voor de gekozen scenario's het volgende geconcludeerd worden:

- Ventileren kan ziektegevallen via aerogene transmissie beperken maar niet geheel voorkomen.
- De kans op aerogene transmissie is het hoogst in ruimtes zonder ventilatie waar veel mensen per m<sup>2</sup> bij elkaar zijn. Dit ondersteunt de huidige internationale consensus over situaties waar aerogene transmissie kan plaatsvinden.
- Er is geen lineaire afname van het verwachte aantal ziektegevallen door aerogene transmissie indien de ventilatiewaarde in L/s/p wordt verhoogd. Het grootste effect van ventilatie is tussen 'geen ventilatie' en de minimale eisen uit het Bouwbesluit 2012 'bestaande bouw' (2 L/s/p). Tussen Bouwbesluit en het WHO-advies, en waarden daartussenin, wordt het effect van de ventilatie op het verwachte aantal ziektegevallen steeds minder.
- De ventilatie-eisen zoals opgenomen in de Tijdelijke regeling maatregelen (Trm) COVID-19 kunnen voor horecagelegenheden waar relatief veel mensen per m<sup>2</sup> mogen verblijven (bijvoorbeeld cafés) lager zijn dan de minimale ventilatie-eisen uit het Bouwbesluit 2012 voor 'bestaande bouw'.

Het is niet mogelijk om op basis van de resultaten uit dit onderzoek aan te geven welk risico acceptabel is en wat een optimale hoeveelheid ventilatie is. Dit vraagt om beleidskeuzes waarbij ook andere afwegingen nodig zijn, zoals over comfort, kosten van aanschaf en onderhoud, en energiegebruik.



## 7 Aanbevelingen

- Voor horecagelegenheden bepalen wat de hoogste ventilatie-eisen zijn door te berekenen vanaf welk aantal mensen per m<sup>2</sup> de ventilatie-eisen van het Bouwbesluit hoger zijn dan de Trm COVID-19.
- Uitvoeren van praktijkonderzoek om de resultaten van deze risicoschatting te verifiëren. Bijvoorbeeld door het uitvoeren van luchtmetingen in een gecontroleerde setting, waarmee kan worden bepaald wat het effect is van de verschillende ventilatiehoeveelheden op het aantal virusdeeltjes in de lucht. En mogelijk kan door (gecontroleerd) epidemiologisch onderzoek inzichtelijk worden gemaakt wat het effect is van verschillende ventilatiehoeveelheden op het beperken van (aerogene) transmissie.



## Literatuur

Alsved M, Matamis A, Bohlin R, Richter M, Bengtsson PE, Fraenkel CJ, Medstrand P, Löndahl J (2020). Exhaled respiratory particles during singing and talking, *Aerosol Science and Technology*, 54:11, 1245-1248, Doi: 10.1080/02786826.2020.1812502.

Arbocatalogus Voortgezet Onderwijs. Programma van Eisen Frisse Scholen 2021. Link: [RVO Frisse Scholen \(arbocatalogus-vo.nl\)](https://www.arbocatalogus-vo.nl)

Arboportaal. Onderwerp Luchtverversing. Link: [Luchtverversing | Arboportaal](#)

BBA Binnenmilieu (2021). Voorstel ventilatierichtlijn evenementen. Richtlijn voor de ventilatie bij evenementen waar er een risico is op overdracht van COVID-19. [Link](#)

Bouwbesluit 2012. [wetten.nl](https://wetten.nl) - Regeling - [Bouwbesluit 2012 - BWBR0030461 \(overheid.nl\)](#)

CDC (2021). [Scientific Brief: SARS-CoV-2 Transmission | CDC](#)

Cortellessa G, Stabile L, Arpino F, Faleiros DE, van den Bos W, Morawska L, Buonanno G (2021). Close proximity risk assessment for SARS-CoV-2 infection. *Science of The Total Environment*, 794. doi:10.1016/j.scitotenv.2021.148749

Deng X, Gong G, He X, Shi X, Mo L (2021). Control of exhaled SARS-CoV-2-laden aerosols in the interpersonal breathing microenvironment in a ventilated room with limited space air stability. *Journal of Environmental Sciences*, 108, 175-187. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jes.2021.01.025>

Fierce L, Robey AJ, Hamilton C (2021). Simulating near-field enhancement in transmission of airborne viruses with a quadrature-based model. *Indoor Air*. 31(6), 1843-1859. doi:10.1111/ina.12900

Gezondheidsraad (2010). Binnenluchtkwaliteit in basisscholen. Rapport 2010/06. [Link](#)

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (2021). Richtlijn COVID-19, bijlage: Aerogene transmissie SARS-CoV-2. Onderbouwing van de rol van aerogene transmissie van SARS-CoV-2 bij mens-tot-mens transmissie. Link: [Aerogene transmissie SARS-CoV-2 | LCI richtlijnen \(rivm.nl\)](#)

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (2021). Richtlijn COVID-19, bijlage: Ventilatie en COVID-19. Link: [Ventilatie en COVID-19 | LCI richtlijnen \(rivm.nl\)](#)

Liu L, Li Y, Nielsen PV, Wei J, Jensen RL (2017). Short-range airborne transmission of expiratory droplets between two people. *Indoor Air*. 27:452-462. doi: 10.1111/ina.12314.

Morawska L, Allen J, Bahnfleth W, Bluyssen PM, Boerstra A, Buonanno G, Cao J, Dancer SJ, Floto A, Franchimon F, Greenhalgh T, Haworth C, Hogeling J, Isaxon C, Jimenez JL, Kurnitski J, Li Y, Loomans M, Marks G, Marr LC, Mazzarella L, Melikov AK, Miller S, Milton DK, Nazaroff W, Nielsen PV, Noakes C, Peccia J, Prather K, Querol X, Sekhar C, Seppänen O, Tanabe SI, Tang JW, Tellier R, Tham KW, Wargoocki P, Wierzbicka A, Yao M (2021). A paradigm shift to combat indoor respiratory infection. *Science*. 14;372:689-691. doi: 10.1126/science.abg2025.

Sajgalik P, Garzona-Navas A, Csécs I, Askew JW, Lopez-Jimenez F, Niven AS, Johnson BD, Allison TG (2021). Characterization of Aerosol Generation During Various Intensities of Exercise. *Chest*. 160:1377-1387. doi: 10.1016/j.chest.2021.04.041.

Schijven J, Vermeulen LC, Swart § 5.1.2e, Duizer E, de Roda Husman AM (2021). Quantitative microbial risk assessment for airborne transmission of SARS-CoV-2 via breathing, speaking, singing, coughing, and sneezing. *Environmental health perspectives*. 129, 047002.

Tijdelijke regeling maatregelen covid-19. Artikel 4.5; Ventilatiennormen horecalokaliteit. Link: [wetten.nl](https://wetten.nl) - Regeling - Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 - BWBR0044416 (overheid.nl)

Traversari AAL, Brouwer A, Vermeulen L, Jacobs P, Maassen W, Schijven J. (2021). Het Wells-Rileymodel bij SARS-CoV-2. Beperkingen en toepassing. *Ned Tijdschr Med Microbiologie*. 29(29), 1.

World Health Organization. (2021a). [Coronavirus disease \(COVID-19\): How is it transmitted?](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-(covid-19)-transmission) (who.int).

World Health Organization (2021b). [Roadmap to improve and ensure good indoor ventilation in the context of COVID-19](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/covid-19-ventilation) (who.int).

## Bijlage 1. Definities

Aerogene transmissie	Indirecte transmissie via zwevende infectieuze virusdeeltjes in aerosolen die over langere afstanden en tijd door de lucht kunnen worden verspreid. Transmissie is ook mogelijk als de bron niet meer in de ruimte aanwezig is of als iemand de gehele tijd op ruime afstand (meerdere meters, andere kant van de ruimte) van een besmettelijke persoon is geweest, in andere Engelstalige literatuur ook wel 'long-range airborne route' genoemd. Aerogene transmissie kan ook plaatsvinden naar een andere ruimte via een ventilatiesysteem. Voorbeelden van infectieziekten waarbij aerogene transmissie een voorname rol speelt zijn mazelen, tuberculose en waterpokken.
Aerosoltransmissie	Elke vorm van overdracht door infectieuze aerosolen, waarbij ook aerosolen geïncubeerd worden die vanwege de afmeting relatief kort blijven zweven. Alleen grotere druppels >60-100 µm die (vrijwel) direct naar de grond gaan worden uitgesloten. Onder aerosoltransmissie valt daardoor zowel 'aerogene transmissie' als 'directe transmissie' door nabij contact waarbij infectieuze aerosolen onderdeel zijn van de zogenaamde 'druppelwolk' die onder meer tijdens praten, schreeuwen of zingen uitgescheiden wordt.
Aerosolen	Deze kunnen worden gedefinieerd als een suspensie van vaste deeltjes in een gas. In dit rapport zijn aerosolen afkomstig uit de luchtwegen van een besmette persoon, waarbij de content (virusdeeltjes) in staat is een andere persoon te besmetten. Deze aerosolen kunnen langdurig (meerdere uren) blijven zweven in de lucht. Voor de duidelijkheid worden aerosolen waarin voldoende infectieus virus aanwezig is voor het besmetten van een persoon in dit briefrapport 'infectieuze aerosolen' genoemd.
Directe transmissie	Overdracht van ziekteverwekkers vindt plaats door nauw contact tussen de besmettelijke persoon en één of meerdere andere personen. Voorbeelden van directe transmissie zijn direct contact (hand geven, zoenen, omhelzen), seksuele transmissie en druppeltransmissie.
Druppels	Met druppels worden zowel respiratoire druppels als aerosolen bedoeld (ongeacht afmeting). Waar relevant wordt specifiek gesproken over (infectieuze) aerosolen of respiratoire druppels.

Druppeltransmissie ('druppelinfectie')	Directe transmissie van infectieuze virusdeeltjes die zich bevinden in respiratoire druppels en infectieuze aerosolen afkomstig uit de luchtwegen en welke op korte afstand (meestal < 1,5 meter) via de lucht direct van de geïnfecteerde persoon naar één of meerdere andere personen wordt overgedragen. Hieronder valt ook de druppelwolk of 'spray' die wordt gevormd door onder meer niezen, hoesten, praten en zingen. Er wordt verder geen onderscheid gemaakt in druppelafmeting bij directe transmissie zoals in sommige Engelstalige publicaties wel wordt gehanteerd met de term 'short-range airborne route' voor druppels $\leq 10 \mu\text{m}$ of $< 60 \mu\text{m}$ . Voorbeelden van infectieziekten waarbij de zogenoemde druppeltransmissie een voorname rol speelt zijn kinkhoest, influenza en meningokokken-infectie.
Indirecte transmissie	Overdracht van ziekteverwekkers van de besmettelijke persoon naar andere personen vindt plaats via onder meer voedsel, water, voorwerpen/oppervlakken of zwevende partikels in de lucht (aerosolen), veelal over een langere tijdspanne en/of afstand (aerogene transmissie). De besmettelijke persoon (reservoir/bron) hoeft niet meer aanwezig te zijn in de ruimte voor de overdracht. Voorbeelden van indirecte transmissie zijn transmissie via fomieten (besmette voorwerpen, oppervlakken) en aerogene transmissie.
Respiratoire druppels	Hier worden de grotere druppels onder verstaan afkomstig uit de luchtwegen (WHO 2020) waarin voldoende infectieus virus aanwezig kan zijn om andere personen te besmetten maar die niet langdurig kunnen blijven zweven
Transmissieroute	De wijze van overdracht van een pathogeen of besmetting. Er wordt onderscheid gemaakt in directe en indirecte transmissie. Veel infecties met een indirecte route kunnen ook direct overgedragen worden en omgekeerd.
Ventilatievoud (per uur)	Het aantal keer per uur dat het totale volume van een ruimte vervangen wordt met verse lucht. Als eenheid wordt ook ACH gebruikt: 'air changes per hour'
Ventileren	Het voortdurend verversen van lucht. De buitenlucht vervangt telkens (een deel van) de binnenlucht die vervuild is door bijvoorbeeld vocht, stof en ziekteverwekkers. Ventileren is mogelijk via natuurlijke ventilatie (bijvoorbeeld roosters of kieren) of via mechanische ventilatie (ventilatiesysteem).

Verspreiding	Onder verspreiding wordt de letterlijke verspreiding van virus(deeltjes) in een ruimte verstaan (welke niet altijd tot transmissie hoeft te leiden) of de figuurlijke verspreiding van het virus in een populatie.
Ziektegeval	Symptomatisch persoon met COVID-19. Het dosisresponsmodel is gebaseerd op het verkrijgen van symptomen door coronavirus 229E (Schijven et al., 2021).

## Bijlage 2. Berekeningen ventilatiewaarden per locatie

<b>Nachtclub/bar</b>								
Vloeroppervlak, m <sup>2</sup>	150.							
Inhoud, m <sup>3</sup>	530.							
Max. aantal blootgestelde personen	550.							
Max. aantal blootgestelde personen/m	3.7							
Max. aantal blootgestelde personen/ 7 m <sup>2</sup> (straal 1.5 m)	26.							
Verblijfsduur, uur	3.							
Ademen%/spreken%/schreeuwen%/zingen%	40./10./30./20.							
Ventilatiernorm	None	BB oud	BB nieuw	Branche	Arbo	WHO	High	Overig
Ventilatie, l/s/p	0.	2.1	4.	6.5	-	10.	8.	1.
Ventilatievoud/uur	0.	8.	15.	25.	-	38.	30.	3.9
Gemiddeld risico per persoon	0.015	0.0044	0.0029	0.0021	-	0.0015	0.0018	0.0066
Gemiddeld risico per persoon, %	1.5	0.44	0.29	0.21	-	0.15	0.18	0.66
Risicoreductie, aantal keer	-	3.5	5.3	7.4	-	10.	8.7	0.43
Verwachte aantal ziektegevallen	8.4	2.4	1.6	1.1	-	0.82	0.96	3.6

\*Op basis van één besmettelijk persoon op dag 0 van symptomen

\*\*Risico op het verkrijgen van Covid-19 via besmetting door virusdragende aerosolen

\*\*\* berekend op 27/10/2021

<b>Theater</b>	
Vloeroppervlak, m <sup>2</sup>	600.
Inhoud, m <sup>3</sup>	6000.
Max. aantal blootgestelde personen	720.
Max. aantal blootgestelde personen/m	1.2
Max. aantal blootgestelde personen/ 7 m <sup>2</sup> (straal 1.5 m)	8.5
Verblijfsduur, uur	3.
Ademen%/spreken%/schreeuwen%/zingen%	85./10./5./0.

Ventilatiernorm	None	BB oud	BB nieuw	Branche	Arbo	WHO	High	Overig
Ventilatie, l/s/p	0.	2.1	4.	6.5	-	10.	69.	3.1
Ventilatievoud/uur	0.	0.92	1.7	2.8	-	4.4	30.	1.4
Gemiddeld risico per persoon	0.00044	0.00026	0.00019	0.00014	-	0.0001	0.000017	0.00022
Gemiddeld risico per persoon, %	0.044	0.026	0.019	0.014	-	0.01	0.0017	0.022
Risicoreductie, aantal keer	-	1.7	2.3	3.1	-	4.3	25.	0.51
Verwachte aantal ziektegevallen	0.32	0.19	0.14	0.1	-	0.075	0.013	0.16

\*Op basis van één besmettelijk persoon op dag 0 van symptomen

\*\*Risico op het verkrijgen van Covid-19 via besmetting door virusdragende aerosolen

\*\*\* berekend op 27/10/2021

**Grote concertzaal**

Vloeroppervlak, m <sup>2</sup>	2600.
Inhoud, m <sup>3</sup>	45000.
Max. aantal blootgestelde personen	5500.
Max. aantal blootgestelde personen/m	2.1
Max. aantal blootgestelde personen/ 7 m <sup>2</sup> (straal 1.5 m)	15.
Verblijfsduur, uur	3.
Ademen%/spreken%/schreeuwen%/zingen%	40./10./30./20.

Ventilatiernorm	None	BB oud	BB nieuw	Branche	Arbo	WHO	High	Overig
Ventilatie, l/s/p	0.	2.1	4.	6.5	-	10.	68.	1.8
Ventilatievoud/uur	0.	0.94	1.8	2.9	-	4.4	30.	0.8
Gemiddeld risico per persoon	0.00071	0.00045	0.00033	0.00024	-	0.00018	0.000034	0.00047
Gemiddeld risico per persoon, %	0.071	0.045	0.033	0.024	-	0.018	0.0034	0.047
Risicoreductie, aantal keer	-	1.6	2.2	3.	-	4.	21.	0.66
Verwachte aantal ziektegevallen	3.9	2.4	1.8	1.3	-	0.98	0.19	2.6

\*Op basis van één besmettelijk persoon op dag 0 van symptomen

\*\*Risico op het verkrijgen van Covid-19 via besmetting door virusdragende aerosolen

\*\*\* berekend op 27/10/2021

**Kleine concertzaal**

Vloeroppervlak, m <sup>2</sup>	110.
Inhoud, m <sup>3</sup>	420.
Max. aantal blootgestelde personen	250.
Max. aantal blootgestelde personen/m	2.4
Max. aantal blootgestelde personen/ 7 m <sup>2</sup> (straal 1.5 m)	17.
Verblijfsduur, uur	3.
Ademen%/spreken%/schreeuwen%/zingen%	40./10./30./20.

Ventilatiernorm	None	BB oud	BB nieuw	Branche	Arbo	WHO	High	Overig
Ventilatie, l/s/p	0.	2.1	4.	6.5	-	10.	14.	1.6
Ventilatievoud/uur	0.	4.5	8.6	14.	-	21.	30.	3.4
Gemiddeld risico per persoon	0.019	0.0072	0.005	0.0036	-	0.0027	0.0021	0.0084
Gemiddeld risico per persoon, %	1.9	0.72	0.5	0.36	-	0.27	0.21	0.84
Risicoreductie, aantal keer	-	2.6	3.8	5.2	-	7.	8.9	0.45
Verwachte aantal ziektegevallen	4.7	1.8	1.2	0.91	-	0.67	0.52	2.1

\*Op basis van één besmettelijk persoon op dag 0 van symptomen

\*\*Risico op het verkrijgen van Covid-19 via besmetting door virusdragende aerosolen

\*\*\* berekend op 27/10/2021

Vergaderruimte	
Vloeroppervlak, m <sup>2</sup>	41.
Inhoud, m <sup>3</sup>	120.
Max. aantal blootgestelde personen	15.
Max. aantal blootgestelde personen/m	0.37
Max. aantal blootgestelde personen/ 7 m <sup>2</sup> (straal 1.5 m)	2.6
Verblijfsduur, uur	1.
Ademen%/spreken%/schreeuwen%/zingen%	70./30./0./0.

Ventilatiernorm	None	BB oud	BB nieuw	Branche	Arbo	WHO	High	Overig
Ventilatie, l/s/p	0.	3.4	6.5	-	8.3	10.	63.	-
Ventilatievoud/uur	0.	1.6	3.1	-	3.9	4.7	30.	-
Gemiddeld risico per persoon	0.0029	0.0021	0.0016	-	0.0015	0.0013	0.00036	-
Gemiddeld risico per persoon, %	0.29	0.21	0.16	-	0.15	0.13	0.036	-
Risicoreductie, aantal keer	-	1.4	1.8	-	1.9	2.2	8.1	-
Verwachte aantal ziektegevallen	0.043	0.031	0.025	-	0.022	0.02	0.0053	-

\*Op basis van één besmettelijk persoon op dag 0 van symptomen

\*\*Risico op het verkrijgen van Covid-19 via besmetting door virusdragende aerosolen

\*\*\* berekend op 27/10/2021

<b>Kantoorruimte</b>	
Vloeroppervlak, m <sup>2</sup>	25.
Inhoud, m <sup>3</sup>	76.
Max. aantal blootgestelde personen	3.
Max. aantal blootgestelde personen/m	0.12
Max. aantal blootgestelde personen/ 7 m <sup>2</sup> (straal 1.5 m)	0.84
Verblijfsduur, uur	6.
Ademen%/spreken%/schreeuwen%/zingen%	70./30./0./0.

Ventilatiernorm	None	BB oud	BB nieuw	Branche	Arbo	WHO	High	Overig
Ventilatie, l/s/p	0.	3.4	6.5	-	8.3	10.	160.	-
Ventilatievoud/uur	0.	0.66	1.2	-	1.6	1.9	30.	-
Gemiddeld risico per persoon	0.026	0.018	0.015	-	0.013	0.012	0.0023	-
Gemiddeld risico per persoon, %	2.6	1.8	1.5	-	1.3	1.2	0.23	-
Risicoreductie, aantal keer	-	1.4	1.7	-	1.9	2.1	11.	-
Verwachte aantal ziektegevallen	0.077	0.054	0.044	-	0.04	0.037	0.0069	-

\*Op basis van één besmettelijk persoon op dag 0 van symptomen

\*\*Risico op het verkrijgen van Covid-19 via besmetting door virusdragende aerosolen

\*\*\* berekend op 27/10/2021

**Klaslokaal (VO)**

Vloeroppervlak, m <sup>2</sup>	54.
Inhoud, m <sup>3</sup>	160.
Max. aantal blootgestelde personen	29.
Max. aantal blootgestelde personen/m	0.54
Max. aantal blootgestelde personen/ 7 m <sup>2</sup> (straal 1.5 m)	3.8
Verblijfsduur, uur	5.
Ademen%/spreken%/schreeuwen%/zingen%	90./10./0./0.

Ventilatiernorm	None	BB oud	BB nieuw	Branche	Arbo	WHO	High	Overig
Ventilatie, l/s/p	0.	3.4	8.5	-	6.	10.	45.	-
Ventilatievoud/uur	0.	2.3	5.7	-	4.	6.7	30.	-
Gemiddeld risico per persoon	0.009	0.0038	0.0022	-	0.0028	0.002	0.00061	-
Gemiddeld risico per persoon, %	0.9	0.38	0.22	-	0.28	0.2	0.061	-
Risicoreductie, aantal keer	-	2.4	4.1	-	3.3	4.6	15.	-
Verwachte aantal ziektegevallen	0.26	0.11	0.064	-	0.08	0.057	0.018	-

\*Op basis van één besmettelijk persoon op dag 0 van symptomen

\*\*Risico op het verkrijgen van Covid-19 via besmetting door virusdragende aerosolen

\*\*\* berekend op 3/11/2021

**Supermarkt index klant**

Vloeroppervlak, m <sup>2</sup>	1500.
Inhoud, m <sup>3</sup>	4400.
Max. aantal blootgestelde personen	290.
Max. aantal blootgestelde personen/m	0.2
Max. aantal blootgestelde personen/ 7 m <sup>2</sup> (straal 1.5 m)	1.4
Verblijfsduur, uur	0.12
Ademen%/spreken%/schreeuwen%/zingen%	90./10./0./0.

Ventilatiernorm	None	BB oud	BB nieuw	Branche	Arbo	WHO	High	Overig
Ventilatie, l/s/p	0.	2.1	4.	-	-	10.	130.	-
Ventilatievoud/uur	0.	0.51	0.96	-	-	2.4	30.	-
Gemiddeld risico per persoon	$1.6 \times 10^{-6}$	$1.1 \times 10^{-6}$	$1.3 \times 10^{-6}$	-	-	$1.2 \times 10^{-6}$	$4.9 \times 10^{-7}$	-
Gemiddeld risico per persoon, %	0.00016	0.00011	0.00013	-	-	0.00012	0.000049	-
Risicoreductie, aantal keer	-	1.4	1.2	-	-	1.3	3.2	-
Verwachte aantal ziektegevallen	0.00045	0.00032	0.00036	-	-	0.00035	0.00014	-

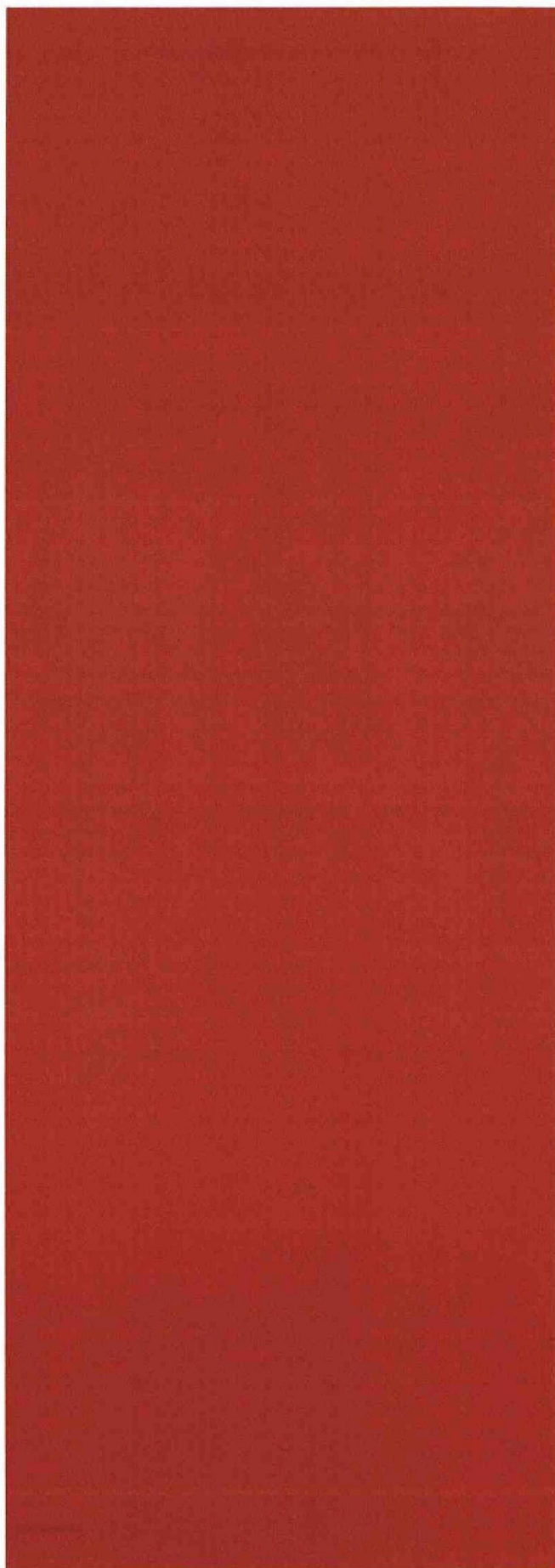
\*Op basis van één besmettelijk persoon op dag 0 van symptomen

\*\*Risico op het verkrijgen van Covid-19 via besmetting door virusdragende aerosolen

\*\*\* berekend op 27/10/2021

**RIVM**

*De zorg voor morgen begint vandaag*





# Evaluatie CoronaCheck

## De digitale ondersteuning van het coronatoegangsbewijs

**Datum:** 7 december 2021

5.1.2e5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e

5.1.2e 1.2 5.1.2e

5.1.2e 1.2 Lotty Hoof

Dr. Joris van Hoof

Dr. Esther 5.1.2e

# Samenvatting

Het doel van het coronatoegangsbewijs als voorwaarde voor deelname aan specifieke activiteiten is om de samenleving op verantwoorde wijze open te houden in een periode dat de vaccinatiegraad nog ontoereikend is. De gedachte is dat door het coronatoegangsbewijs het risico op besmetting zodanig verlaagd kan worden, dat beperkende maatregelen kunnen worden versoepeld of losgelaten en sneller toegang kan worden gegeven tot bepaalde voorzieningen of activiteiten. Hiertoe is een digitale applicatie voor het coronatoegangsbewijs ontwikkeld: CoronaCheck.

CoronaCheck kent twee belangrijke gebruikersgroepen. Ten eerste burgers die met de CoronaCheck-app horeca, evenementen of andere activiteiten willen bezoeken. Ten tweede controleurs die met de CoronaCheck Scanner-app controleren of bezoekende burgers een geldig coronatoegangsbewijs hebben om binnen te treden. De controleurs moeten daarbij via identiteitscontrole vaststellen dat het Corona toegangsbewijs ook echt hoort bij de burger die het bewijs laat zien.

Voor u ligt het overzicht van de belangrijkste conclusies die getrokken kunnen worden uit drie verschillende deelonderzoeken waarmee de afgelopen maanden het gebruik en verschillende effecten zijn geëvalueerd van de CoronaCheck-aanpak als digitale ondersteuning van het coronatoegangsbewijs. Het veldwerk voor de deelonderzoeken liep van maart 2021 tot en met september 2021. De laatste analyses en het opstellen van de deelrapportages en eindrapportage vonden plaats in oktober en november 2021.

Het in kaart brengen van epidemiologische effecten maakte geen onderdeel uit van deze evaluatie. Daarmee kan met deze evaluatie dan ook geen uitspraak worden gedaan over de epidemiologische werking van het coronatoegangsbewijs.

De drie deelonderzoeken leverden reeds gedurende de evaluatieperiode regelmatig inzichten op die gedeeld zijn met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en die via het ministerie zijn gecommuniceerd aan de Tweede Kamer via twee tussenrapportages in respectievelijk juli en augustus 2021. Nu de deelonderzoeken volledig zijn afgerond, leveren ze ook drie overkoepelende inzichten op. Deze worden hieronder verder toegelicht. De overkoepelende inzichten gaan over:

- Draagvlak voor CoronaCheck als coronatoegangsbewijs bij Testen voor Toegang;
- Testbereidheid in relatie tot Testen voor Toegang;
- Handhaving en controle van CoronaCheck als coronatoegangsbewijs bij Testen voor Toegang.

## *Draagvlak voor CoronaCheck*

Wat het draagvlak betreft, valt op dat steeds meer mensen bekend zijn met CoronaCheck en CoronaCheck zijn gaan gebruiken als coronatoegangsbewijs. Daarnaast zijn veel mensen die gevaccineerd zijn bereid om zich te laten testen voor uiteenlopende activiteiten: dat geldt het sterkst voor internationale reizen en grotere evenementen. Bovendien vindt iets meer dan de helft van de mensen die gevaccineerd zijn dat CoronaCheck op zoveel mogelijk plaatsen gebruikt moet worden.

Aan het begin van de evaluatie kwam aan het licht dat er substantiële groepen burgers en bedrijven waren die niet kunnen omgaan met CoronaCheck, bijvoorbeeld vanwege laaggeletterdheid, beperkte digitale vaardigheden of door moeilijk vindbare informatie. Dat kan in ieder geval als ongewenst effect hebben dat groepen mensen deels of volledig worden uitgesloten van sociale activiteiten of voor deelname aan bepaalde sociale activiteiten afhankelijk worden gemaakt van anderen die wel digitaal vaardig zijn. Hier zijn inmiddels diverse verbeteringen op doorgevoerd, waaronder het papieren coronatoegangsbewijs en hulp via openbare bibliotheken en ouderenbonden.

Er is ook een groep die geen gebruik wil maken van het coronatoegangsbewijs om principiële redenen. Dit geldt het sterkst voor mensen die niet gevaccineerd zijn of voor mensen die nog twijfelen over vaccinatie. Zo vinden de meeste mensen binnen deze twee groepen niet, in tegenstelling tot de groep die gevaccineerd is, dat CoronaCheck op zoveel mogelijk plaatsen moet worden ingezet. De eerste twee groepen zijn ook beduidend minder bereid om zich te laten testen om toegang te krijgen tot activiteiten. Deze groepen zijn gedurende de meetperiode in omvang kleiner geworden, maar lijken langzaam in omvang te stabiliseren.

Tussen juni en september zijn mensen op veel aspecten van Testen voor Toegang minder positief geworden. Zo nam het percentage dat (zeer) positief was over het plannen van een afspraak voor een test, de reistijd naar de testlocatie en het afnemen van de test aanzienlijk af. De tevredenheid over wachttijd, controle en communicatie rond evenementen bleef redelijk stabiel, maar wat betreft de controle op de coronamaatregelen liep de tevredenheid wat terug. Desondanks was men over het algemeen (zeer) positief over een bezocht evenement en het eigen gevoel van veiligheid. Een belangrijk punt van aandacht is wel dat een substantieel deel van de bevolking bang is dat CoronaCheck leidt tot een tweedeling in de maatschappij.

Tot slot nog het draagvlak voor het betalen voor de testen via Testen voor Toegang. Het aantal mensen dat niet wil betalen voor Testen voor Toegang voor een activiteit die ze graag zouden doen, was aan het einde van de zomer enigszins hoger dan aan het begin van de zomer. Een mogelijke verklaring hiervoor is de toegenomen vaccinatiegraad en het gegeven dat naast aanvankelijk alleen testen ook 'volledig gevaccineerd zijn' ondertussen een grondslag is geworden voor het coronatoegangsbewijs.

### *Testbereidheid in relatie tot Testen voor Toegang*

Een van de beoogde effecten van CoronaCheck als digitale ondersteuning van het coronatoegangsbewijs is dat het bijdraagt aan de testbereidheid van mensen.

Wat opvalt, is dat mensen die gevaccineerd zijn veel sterker van mening zijn dat CoronaCheck bijdraagt aan testbereidheid dan mensen die niet gevaccineerd zijn. Daarnaast valt op dat er een hogere testbereidheid is bij mensen die gevaccineerd zijn dan bij mensen die niet gevaccineerd zijn. Dat geldt binnen de groep van niet-gevaccineerden zowel voor de mensen die twijfelen over vaccinatie als voor mensen die niet gevaccineerd willen worden. Verder valt op dat bij mensen die niet gevaccineerd zijn de testbereidheid voor veel activiteiten de afgelopen maanden verder daalde. Wel zijn er enkele uitzonderingen, waaronder reizen naar het buitenland voor vakantie en het bezoeken van een festival, pretpark of dierentuin.

Als het gaat om het antwoord op de vraag hoe zich na de invoering van het coronatoegangsbewijs de testbereidheid ontwikkelde, kan in ieder geval worden gezegd dat er een hogere testbereidheid is onder mensen die gevaccineerd zijn dan onder mensen die niet gevaccineerd zijn. Daarbij kan vooralsnog ook worden gesteld dat de testbereidheid onder de groep van gevaccineerde mensen de afgelopen maanden stabiel is gebleven, maar daalde onder de groep twijfelaars en mensen die zich niet willen laten vaccineren. Dat de testbereidheid stand lijkt te houden onder de groep gevaccineerden is opvallend. Immers kan ook beredeneerd worden dat vaccineren de bereidheid om te testen voor het coronatoegangsbewijs juist doet verminderen.

### *Handhaving en controle van CoronaCheck*

Een grote meerderheid van de mensen die in de afgelopen maanden naar een Testen voor Toegang- of FieldLab-evenement is geweest, geeft aan zich volledig aan alle regels en maatregelen te hebben gehouden bij het testen, bij de toegangscntrole en tijdens een evenement. Gedurende de maanden juni tot en met september is het aandeel mensen dat aangeeft zich in het dagelijks leven meestal of altijd aan de aanbevolen voorzorgsmaatregelen te houden enigszins gedaald en is het aantal mensen dat zich soms dan wel zelden of nooit aan de maatregelen houdt enigszins gestegen.

Een aanzienlijk deel van de mensen denkt dat het (zeer) makkelijk zou zijn om zonder coronatoegangsbewijs het evenement waar ze zijn geweest te bezoeken. Dit beeld wordt ondersteund door mystery guest-onderzoek waaruit bleek dat er, zeker in de beginperiode, veel misging bij de controle van het coronatoegangsbewijs en het identiteitsbewijs aan de deur. De maanden erna zijn de controles weliswaar verbeterd, maar de controle van het identiteitsbewijs en vooral ook de controle op of de persoonskenmerken op het identiteitsbewijs overeenkomen met die op het getoonde scherm na het scannen van de QR-code kan nog steeds beter. Daarnaast kan niet onvermeld blijven dat dit ook regelmatig wordt onderstreept door voorvallen die al dan niet via de pers in de openbaarheid komen. Steeds vaker geldt dan ook de roep om strengere handhaving en bogen ook het ministerie van VWS en het OMT zich over deze kwestie in het 128e OMT-advies.

In vragenlijstonderzoek gaf een zeer beperkt aantal mensen aan de afgelopen periode geen QR-code, een valse QR-code of de QR-code van iemand anders te hebben gebruikt. Alhoewel deze groep door de tijd heen steeds kleiner is geworden, ging het bij de laatste meting in september nog steeds om 1,7% tot 2,3% van de respondenten. Daarmee leidt dit onderzoeksresultaat tot een voorzichtig, indicatief beeld dat er mogelijk enkele tienduizenden mensen fraude of misbruik plegen met CoronaCheck. Dit beeld sluit aan bij de berichtgeving in de media over hoe en hoeveel vervalste QR-codes er werden en worden gedeeld.

Het is om twee redenen van belang dat fraude voortdurend wordt aangepakt en dat er goed gecontroleerd wordt op zowel het bewijs van niet-besmettelijkheid zelf (de 'groene vink') als de bijbehorende identiteitsgegevens. De eerste en meest voor de hand liggende reden is dat met een fraudebestendige en goede toegangscntrole de kans op besmettingsrisicovolle ontmoetingen verder omlaag wordt gebracht, waarmee de samenleving voor samenkomsten van groepen mensen relatief veilig open kan blijven. De tweede reden is dat een ruime meerderheid (iets meer dan 60%) vindt dat slechte controles bij de ingang van activiteiten het draagvlak voor het coronatoegangsbewijs negatief zouden kunnen beïnvloeden. Bovendien vindt een ruime meerderheid (een kleine 60%) dat Testen voor Toegang-locaties waar veel besmettingen bijkomen gesloten moeten worden. Volgend hierop kan de conclusie worden getrokken dat fraudebestrijding - en goede controle en handhaving daarop - bijdraagt aan het draagvlak voor en de werking van het coronatoegangsbewijs. Het is in lijn hiermee van belang dat hierop wordt ingegrepen, zoals door de Minister van VWS wordt gedaan, en dat hierover wordt gecommuniceerd.

# Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>2</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>5</b>
1.1 Werkwijze	5
1.1.1 Onderzoek testbereidheid	6
1.1.2 Nalevingsonderzoek tijdens evenementen	6
1.1.3 Procesevaluatie	6
1.2 Tijdlijn	7
1.3 Leeswijzer	9
<b>2. Bevindingen</b>	<b>10</b>
2.1 Adoptie	10
2.2 Gebruik	11
2.3 Direct beoogde effecten	13
2.3.1 Verlenen van toegang op basis van een coronatoegangsbewijs	13
2.4 Indirect beoogde effecten	13
2.4.1 Coronatoegangsbewijs en testbereidheid	13
2.4.2 Meningen over rol coronatoegangsbewijs bij vaccinatiebereidheid	21
2.4.3 Overige verwachtingen van CoronaCheck naar vaccinatiestatus	23
2.5 Niet beoogde effecten	25
2.5.1 Verslapping compliance nog geldende maatregelen	25
2.5.2 Uitsluiting of stigmatisering	26
2.5.3 Misbruik van CoronaCheck	26
2.6 Gebruikerskenmerken	28
2.6.1 Drijvers en drempels ten aanzien van adoptie en gebruik CoronaCheck	28
2.6.2 Kwaliteit van het proces van testaanvraag en controle	29
2.6.3 Communicatie omtrent CoronaCheck	29
<b>3. Conclusies</b>	<b>30</b>
3.1 Draagvlak voor CoronaCheck	30
3.2 Testbereidheid in relatie tot Testen voor Toegang	31
3.3 Handhaving en controle van CoronaCheck	31
<b>4. Literatuurlijst</b>	<b>33</b>
<b>Bijlage 1: tussenrapportage juli 2021</b>	<b>34</b>
<b>Bijlage 2: tussenrapportage augustus 2021</b>	<b>34</b>

# 1. Inleiding

Het doel van het coronatoegangsbewijs (CTB) als voorwaarde voor deelname aan specifieke activiteiten is om de samenleving op verantwoorde wijze open te houden in een periode dat de vaccinatiegraad nog ontoereikend is. Aanvankelijk, vanaf 1 juni 2021, kon een geldig coronatoegangsbewijs alleen worden verkregen met een negatief test resultaat. Vanaf 24 juni 2021 werden het vaccinatiebewijs en het herstelbewijs tevens grondslagen voor het verkrijgen van een coronatoegangsbewijs. De gedachte is dat door het coronatoegangsbewijs het risico op besmetting zodanig verlaagd kan worden, dat beperkende maatregelen kunnen worden versoepeld of losgelaten en sneller toegang kan worden gegeven tot bepaalde voorzieningen of activiteiten. Hiertoe is een digitale applicatie voor het coronatoegangsbewijs ontwikkeld: CoronaCheck.

CoronaCheck kent twee belangrijke gebruikersgroepen. Ten eerste burgers die met de CoronaCheck-app horeca, evenementen of andere activiteiten willen bezoeken. Ten tweede controleurs die met de CoronaCheck Scanner-app controleren of bezoekende burgers een geldig coronatoegangsbewijs hebben om binnen te treden. De controleurs moeten daarbij middels identiteitscontrole vaststellen dat het Corona toegangsbewijs daadwerkelijk hoort bij de burger die het bewijs laat zien.

Voor u ligt het overzicht van de belangrijkste conclusies die getrokken kunnen worden uit verschillende deelonderzoeken waarmee de afgelopen maanden het gebruik en verschillende effecten zijn geëvalueerd van de CoronaCheck aanpak als digitale ondersteuning van het coronatoegangsbewijs. Tegelijk verwijzen we voor meer verdieping ook naar de afzonderlijke onderzoeksrapporten die als bijlagen bij dit rapport worden meegeleverd.

De evaluatie van de CoronaCheck-applicaties is uitgevoerd door een team met experts vanuit verschillende disciplines. Het team, onder leiding van [S. J. de Groot](#) (Erasmus Universiteit Rotterdam), bestaat verder uit [S. J. de Groot](#) (Erasmus Universiteit Rotterdam), [L. L. Hooft](#) (UMC Utrecht), Dr. Esther [S. J. de Groot](#) (Rijksuniversiteit Groningen en Universitair Medisch Centrum Groningen) en Dr. Joris van Hoof (Universiteit Twente).

De evaluatie richtte zich met name op aspecten van de adoptie en het gebruik, en verschillende beoogde en niet-beoogde effecten van de inzet van digitale applicatie. Het in kaart brengen van epidemiologische effecten maakte geen onderdeel uit van deze evaluatie<sup>1</sup>. Daarmee kan met deze evaluatie dan ook geen uitspraak worden gedaan over de epidemiologische werking van het coronatoegangsbewijs.

## 1.1 Werkwijze

Ter voorbereiding op de evaluatie zijn in de periode maart – mei 2021 een aantal Fieldlab- en pilot-evenementen geobserveerd (gedrag van bezoekers, incheckprocedure, gebruik van de check-app en scanner-app), zijn mystery guests ingezet en zijn bezoekers en controleurs geïnterviewd. Daarnaast zijn interviews gehouden en gesprekken gevoerd met burgers, medewerkers van bedrijven en betrokken organisaties waaronder ANBO, PHAROS, Stichting Open Nederland, de Koninklijke bibliotheken en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Vervolgens is er een eerste evaluatiemodel opgesteld<sup>2</sup> op basis waarvan uiteindelijk een drietal deelonderzoeken is opgezet. Naast deze drie deelonderzoeken zijn er ook data verzameld en geanalyseerd uit de backend van CoronaCheck. Daarover is de afgelopen periode op weekbasis het aantal downloads van beide apps gerapporteerd<sup>3</sup>. Omdat er in verband met privacywetgeving en ethische overwegingen geen gegevens worden verzameld en verwerkt over het gebruik van de apps, is het aantal downloads de beste indicator voor gebruik. Daarnaast zijn geaggregeerde gegevens opgevraagd bij de Stichting Open Nederland van het aantal afgenomen tests en om hoeveel positieve en negatieve uitslagen het ging. Daarover wordt ook gerapporteerd in dit rapport.

Voor deze evaluatie zijn drie deelonderzoeken uitgevoerd. Het ging om:

1. uitgebreid vragenlijstonderzoek naar onder meer de testbaarheid in relatie tot het coronatoegangsbewijs en hoe de testbaarheid zich heeft ontwikkeld in 2021 gedurende de maanden juni tot en met september;
2. nalevingsonderzoek via observaties naar hoe gebruikers met de CoronaCheck-app omgaan en hoe er gecontroleerd werd, waarbij onder meer *mystery guests* zijn ingezet;
3. een proces evaluatie waarbij onder meer via observaties en vragenlijstonderzoek is gekeken naar (meningen over) de procedure rondom CoronaCheck.

<sup>1</sup> Uit de verschillende overleggen die we hebben gevoerd met het RIVM en GGD GHOR kwam naar voren dat dat niet haalbaar was. Onder meer zou het uitvoeren van een modelstudie naar de invloed van het coronatoegangsbewijs op het reproductiviteitsgetal ( $R_0$ ) te complex zijn en zouden we voor de epidemiologische analyses van routine BCO-data gevoelige persoonsgegevens moeten gebruiken zonder dat daar een juridische grondslag voor was.

<sup>2</sup> Zie [https://coronacheck.nl/media/Factsheet\\_doorlopende\\_evaluatie.pdf](https://coronacheck.nl/media/Factsheet_doorlopende_evaluatie.pdf)

<sup>3</sup> Zie [https://coronacheck.nl/media/Factsheet\\_CoronaCheck\\_latest.pdf](https://coronacheck.nl/media/Factsheet_CoronaCheck_latest.pdf)

De drie deelonderzoeken leverende ook gedurende de evaluatieperiode al regelmatig inzichten die gedeeld zijn met VWS. Deze inzichten zijn via VWS doorgegeven aan de Tweede Kamer middels twee tussenrapportages in juli en augustus 2021<sup>4</sup>. Zie ook de tijdlijn verderop in deze inleiding voor een overzicht van onder meer wanneer welke informatie reeds is gedeeld. De drie uitgevoerde deelonderzoeken worden hieronder verder toegelicht.

### 1.1.1 Onderzoek testbereidheid

Het onderzoek naar testbereidheid is uitgevoerd door [5.1.2e](#) [12](#) [5.1.2e](#) (Erasmus Universiteit Rotterdam). Dit onderzoek geeft inzicht in de testbereidheid van volwassen Nederlanders in geval van een uitbraak van een virus zoals COVID-19, om op deze manier toegang tot locaties en evenementen te krijgen waar veel mensen samenkomen en het houden aan maatregelen zoals anderhalve meter afstand niet goed mogelijk is. Het onderzoek heeft gekeken naar welke factoren samenhangen met testbereidheid, en hoe de testbereidheid zich ontwikkelde gedurende de maanden juni tot en met september.

Hier zijn vragenlijsten online voor afgenomen via een panelbureau bij een representatieve steekproef van Nederlanders in de leeftijd 18 tot 70 jaar. In juni 2021 is met een uitgebreide vragenlijst een nulmeting gedaan, in de daaropvolgende maanden (respectievelijk juli, augustus en september) zijn deelnemers driemaal uitgenodigd om een beknopte vervolgvragenlijst in te vullen. Aan de nulmeting hebben 4458 respondenten deelgenomen. Aan de vervolgmetingen hebben respectievelijk 2182, 1515 en 1095 respondenten uit de nulmeting meegedaan.

Respondenten kregen onder andere vragen over hun behoefte aan en testbereidheid voor verschillende typen activiteiten waar veel mensen samenkomen en het houden aan maatregelen zoals anderhalve meter afstand niet goed mogelijk is, de betalingsbereidheid voor een test, de wenselijkheid van het invoeren van Testen voor Toegang en het coronatoegangsbewijs in geval van een uitbraak van het virus, hun eventuele ervaringen met Testen voor Toegang en het coronatoegangsbewijs, en de invloed van draagvlak voor de maatregelen, vertrouwen in de overheid bij het bestrijden van de coronacrisis, en de vaccinatiestatus van respondenten op hun mening ten aanzien van het coronatoegangsbewijs.

### 1.1.2 Nalevingsonderzoek tijdens evenementen

Het nalevingsonderzoek is uitgevoerd door dr. Joris van Hoof en collega's (Universiteit Twente) en was gericht op de vraag hoe gebruikers met de CoronaCheck-app omgaan. Dr. Joris van Hoof heeft in zijn onderzoek tevens gekeken naar de eventuele negatieve impact van het gebruik van CoronaCheck voor de doorvoer aan de deur bij evenementen en activiteiten.

CoronaCheck kent zoals eerder gezegd twee belangrijke gebruikersgroepen. Ten eerste burgers, die met de CoronaCheck-app een evenement of andere sociale activiteit willen bezoeken. Ten tweede controleurs, die met de CoronaCheck Scanner-app controleren of bezoekende burgers een geldig coronatoegangsbewijs hebben om binnen te treden. De controleurs moeten middels identificatie vaststellen of het coronatoegangsbewijs daadwerkelijk hoort bij de burger die het coronatoegangsbewijs laat zien.

Om te onderzoeken hoe de controleurs handelen bij gasten die CoronaCheck bewust onjuist gebruiken om evenementen te betreden, zijn zogenaamde mystery guests ingezet. Mystery guests hebben zich voorafgaand aan een evenement getest en een papieren coronatoegangsbewijs aangemaakt. Als duo's zijn de mystery guests naar een evenement gegaan, daarbij hebben ze onderling hun papieren testbewijzen gewisseld. Daarmee hoorden de testbewijzen niet meer bij de juiste persoon en was er dus sprake van een verkeerd testbewijs.

### 1.1.3 Procesevaluatie

Het procesevaluatie-onderzoek werd geleid door Dr. Esther [5.1.2e](#) (Rijksuniversiteit Groningen en Universitair Medisch Centrum Groningen) en bestond uit vijf deelonderzoeken<sup>5</sup>. In de eerste fase zijn 1) de verschillende processen rondom het gebruik van CoronaCheck in kaart gebracht. Hierbij werden ook de verschillende stakeholdergroepen geïdentificeerd. In mei en juni 2021 zijn 2) tweeëntwintig interviews en 3) driehonderddrieënvijftig vragenlijsten afgenomen bij deze groep stakeholders, die varieerde van algemene bevolking, bezoekers van evenementen, managers teststraten bij Testen voor Toegang tot medewerkers van maatschappelijke organisaties die zich bezig houden met digitale vaardigheden. Daarnaast zijn er 4) op drie locaties veldobservaties uitgevoerd: bij een concert, een sportevenement en in het uitgaanscentrum van een stad. Voor de wetenschappelijke basis van de interviews en de vragenlijsten zijn verschillende theoretische en methodische raamwerken gebruikt<sup>6</sup>. De interviews zijn verbatim getranscribeerd en thematisch gecodeerd. Voor de analyse van de vragenlijsten zijn descriptieve analyses gebruikt.

<sup>4</sup> Zie <https://coronacheck.nl/nl/faq/7-1-onderzoek-hoe-weten-we-of-coronacheck-werkt/>

<sup>5</sup> Dr. Esther [5.1.2e](#) heeft tevens onderzoek gedaan naar gebruikersvriendelijkheid en technische issues. Onder meer de resultaten daarvan zijn reeds in de tussenrapportages behandeld, zie ook de bijlagen van dit rapport.

<sup>6</sup> PESTEL: Political, Economic, Social, Technological, Environmental and Legal factors. SWOT: Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats. En UTAUT: Unified Theory of Acceptance and Use of Technology.

Naast dit vierledige procesevaluatie-onderzoek zijn aanvullend fraudemeldingen vanuit de GGD opgevraagd. De GGD heeft sinds de introductie van CoronaCheck fraudemeldingen bijgehouden en gemeld bij het onderzoeksteam. Middels een nieuwsbrief werden BCO-medewerkers gevraagd melding te doen van mogelijke fraude die zij in gesprekken met burgers opvingen. Dit aanvullende deel van het procesevaluatie onderzoek is kwalitatief en ambieerde geen kwantitatieve uitspraken te kunnen doen: het zegt iets in het algemeen over de typen fraude, niet over aantallen. Dit aanvullend deelonderzoek is uitgevoerd van juli tot en met september.

## 1.2 Tijdlijn

Dit onderzoek is gestart in maart 2021. Onderstaande figuur bevat een chronologisch overzicht van de belangrijkste coronamaatregelen die werden ingevoerd sinds de start van dit evaluatieonderzoek, alsmede de ontwikkelingen rondom de inzet van het coronatoegangs-bewijs. Daarnaast zijn in onderstaand overzicht de verschillende uitgevoerde evaluatieonderzoeken opgenomen.

# Tijdlijn CoronaCheck

## CoronaCheck in de maatschappij

## Onderzoek



### 1.3 Leeswijzer

Het rapport start met de bevindingen in hoofdstuk 3, waarbij volgens het vooraf vastgestelde evaluatiemodel eerst wordt gekeken naar de adoptie, vervolgens het gebruik en tot slot de beoogde en niet beoogde effecten. Na de bevindingen volgen de conclusies in hoofdstuk 4. Het rapport sluit af met bijlagen bestaande uit verschillende afzonderlijke onderzoeksrapporten van de deelonderzoeken alsmede de twee reeds in juli en augustus naar buiten gebrachte deelrapportages

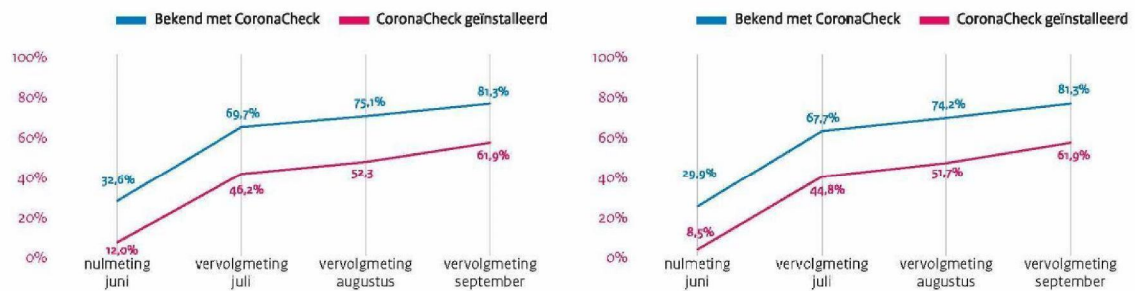
CoronaCheck is de digitale applicatie voor het coronatoegangsbewijs. Omwille van de eenduidigheid, wordt in deze rapportage zoveel mogelijk de term 'coronatoegangsbewijs' gebruikt, maar niet in alle gevallen. Bijvoorbeeld bij het beschrijven van onderzoeksresultaten waarin vragen zijn gesteld aan respondenten waar specifiek de term 'CoronaCheck' is gebruikt.

## 2. Bevindingen

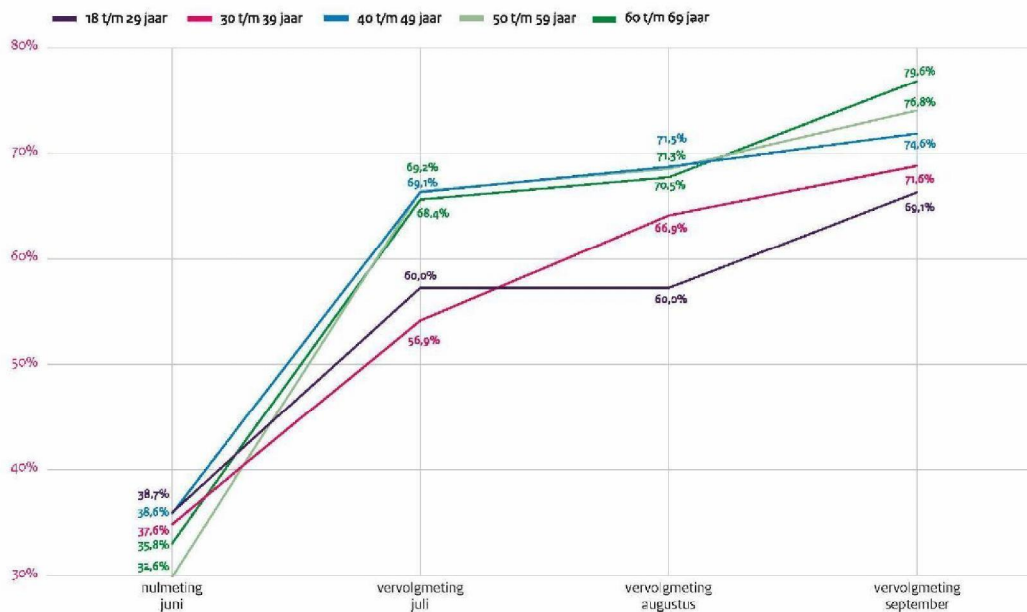
### 2.1 Adoptie

De bekendheid van respondenten met de CoronaCheck app is gedurende de onderzoeksperiode toegenomen van 32,6% in juni tot 81,3% in september (zie Figuur 1; boven). Dit geldt ook voor het percentage respondenten dat de CoronaCheck app heeft geïnstalleerd op de telefoon. In juni had 36,7% van de respondenten die CoronaCheck kende de app geïnstalleerd op hun telefoon, in september was dit 76,1%. Deze stijging was te zien bij alle leeftijdsgroepen (zie Figuur 2). Onder de oudste leeftijdsgroep in dit onderzoek had bijna 80% van de respondenten die bekend was met de app deze ook geïnstalleerd op de telefoon. Onder de jongste leeftijdsgroep (20 t/m 29 jaar) was dit aandeel met bijna 70% het laagst.

**Figuur 1** Bekendheid en gebruik CoronaCheck over tijd, totale populatie per meting (links) en populatie die aan vier metingen hebben deelgenomen (rechts)



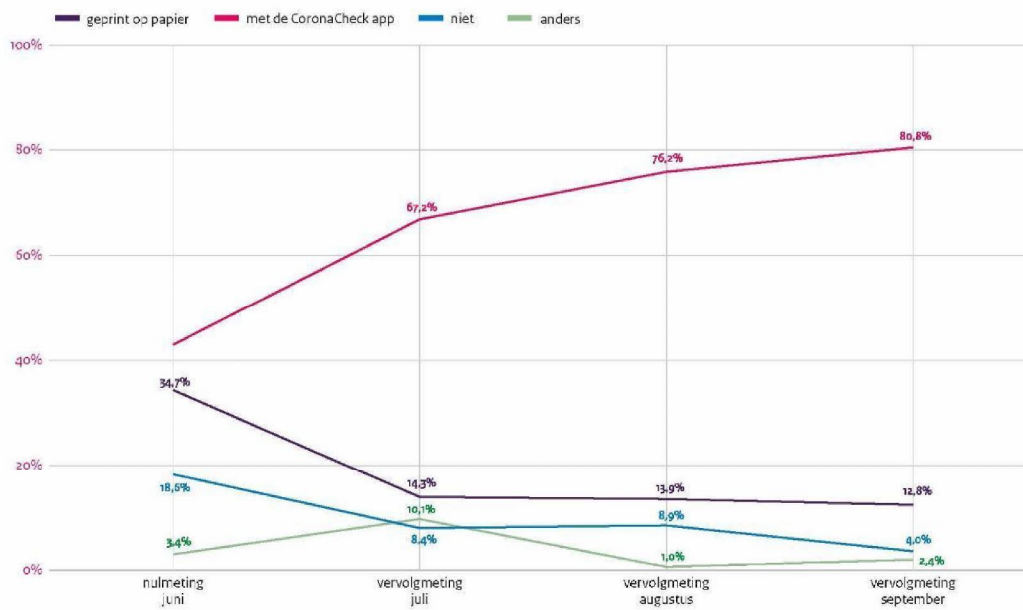
**Figuur 2** Percentage CoronaCheck geïnstalleerd op telefoon, naar leeftijd



## 2.2 Gebruik

In totaal 552 respondenten (12,4% van alle respondenten) gaven aan de afgelopen maanden één of meerdere keren naar een Testen voor Toegang- of Fieldlab(test)evenement te zijn geweest. In juni hadden de meeste respondenten hun coronatoegangsbewijs via CoronaCheck (58,9%) of geprint op papier (24,2%) laten zien; 12,8% gaf aan dat ze het coronatoegangsbewijs niet getoond hadden en 4,0% noemde alternatieve manieren, met name via een e-mail met de testuitslag (op hun telefoon). Wanneer we de cijfers uitzetten over tijd zien we dat vooral het gebruik van de CoronaCheck-app is toegenomen, terwijl het gebruik van een coronatoegangsbewijs geprint op papier is afgenomen (zie Figuur 3).

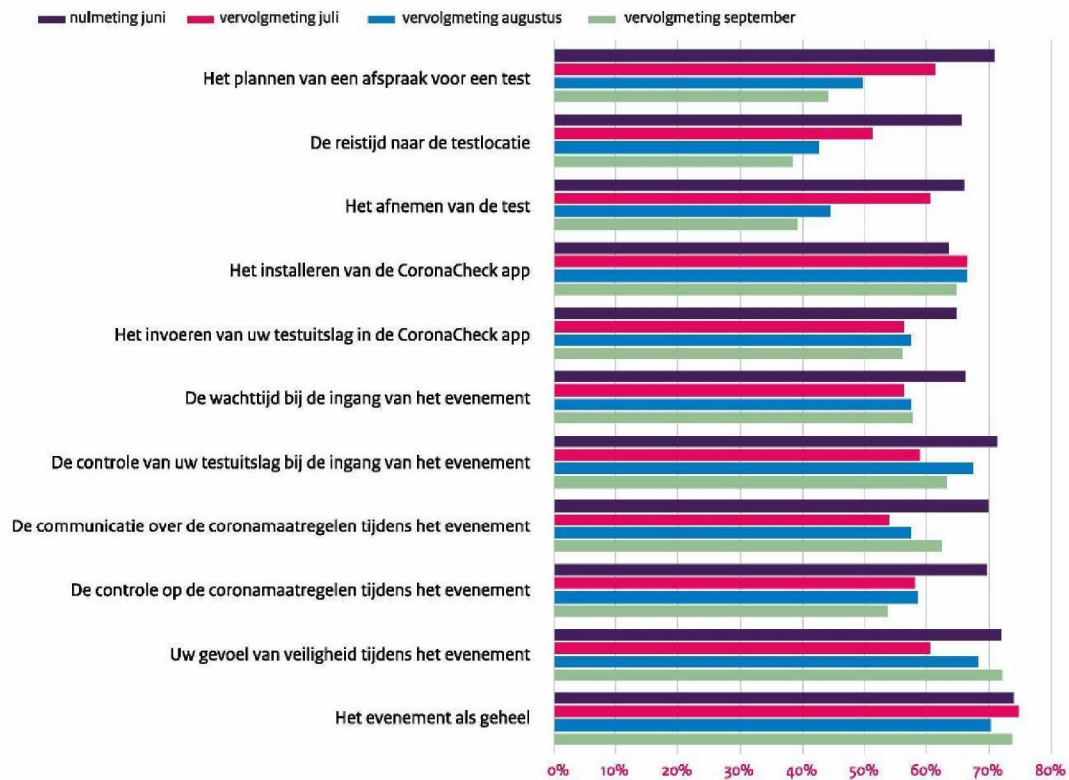
**Figuur 3** Percentage van bezoekers van een evenement op welke wijze een coronatoegangsbewijs werd getoond



De meerderheid van deze respondenten geeft aan zich volledig aan alle regels en maatregelen te hebben gehouden bij het testen vooraf (84,3%), bij de toegangscntrole (89,1%) en tijdens het evenement (85,3%). Gemiddeld gaf 38,2% van de respondenten aan dat het volgens hen (zeer) makkelijk zou zijn geweest om het betreffende evenement zonder negatief testresultaat te bezoeken. Dit percentage was het hoogst (42,9%) ten tijde van de tweede meting eind juli en het laagst (34,7%) tijdens de derde meting eind augustus.

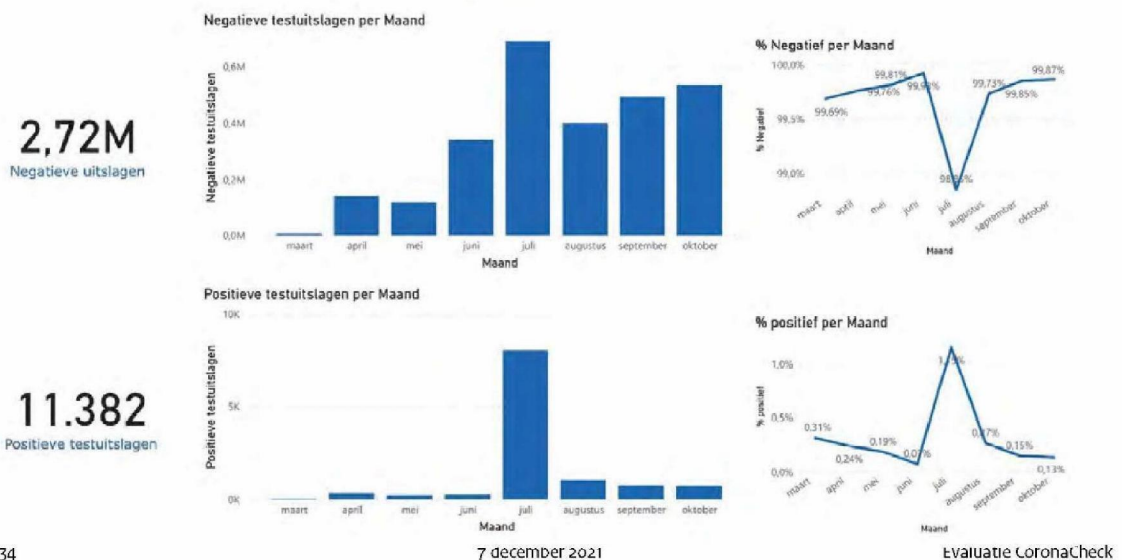
Respondenten zijn tussen juni en september op veel aspecten van Testen voor Toegang minder positief geworden. Het percentage dat (zeer) positief was het plannen van een afspraak voor een test, de reistijd naar de testlocatie en het afnemen van de test nam met bijna 30% af (zie Figuur 4). Ongeveer 65% was over deze periode (zeer) positief over het installeren van de app, 57% was de laatste drie maanden (zeer) positief het invoeren van een testuitslag in de app. De tevredenheid over wachttijd, controle, communicatie rond het evenement bleven redelijk stabiel, maar over de controle op de coronamaatregelen liep de tevredenheid wat terug. Desondanks was men over het algemeen (zeer) positief over het evenement als geheel, en het eigen gevoel van veiligheid.

**Figuur 4** Percentage dat (zeer) positief was over aspecten Testen voor Toegang



De daadwerkelijke cijfers zoals aangeleverd door de Stichting Open Nederland, lopend vanaf de inwerkingtreding tijdens de pilotperiode 27 maart 2021 tot en met 10 oktober 2021, laten zien dat er verhoudingsgewijs een groot aantal positieve testen in juli 2021 is geweest voor Testen voor Toegang. Deze piek valt samen met een meer algemene stijging in de positieve testen die werden gemeld bij de GGD, met name begin juli. Dit was de periode waarin er op grote schaal coronamaatregelen werden versoepeld. Dit viel samen met dat met Testen voor Toegang diverse locaties weer toegankelijk werden zonder 1,5 meter afstand, zoals nachtclubs en discotheken (zie Figuur 5).

**Figuur 5** Het totale aantal negatieve en positieve testen (linksboven en linksonder), het aantal negatieve en positieve testen per maand (midden boven en midden onder) en het percentage van het aantal testen dat negatief en positief was (rechtsboven en rechtsonder) (op basis van Testen voor Toegang-data, verkregen via Stichting Open Nederland)



## 2.3 Direct beoogde effecten

### 2.3.1 Verlenen van toegang op basis van een coronatoegangsbewijs

De check-in bij een Testen voor Toegang-evenement bestaat uit grofweg drie stappen: 1) het vragen om een coronatoegangsbewijs, 2) het vragen om een identiteitsbewijs en 3) het vergelijken van de gescande QR-code van het coronatoegangsbewijs met het identiteitsbewijs, om te kijken of deze overeenkomen.

Zoals aangehaald in de inleiding van dit rapport, is bij het onderzoek naar hoe goed deze stappen werden uitgevoerd gebruik gemaakt van mystery guest-onderzoek. De meeste van deze bezoeken vonden plaats in de periode tot en met begin juli 2021. Omdat de instructies voor bezoekers en voor controleur voor de controle van de QR-codes in de periode daarna zijn verbeterd, zijn resultaten van voor de invoering (hieronder beschreven onder 'Onderzoek begin evaluatie') niet zonder meer te generaliseren naar de periode na de invoering. Dr. Joris van Hoof heeft daarna een aanvullend vervolgonderzoek met mystery guests uitgevoerd voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Alhoewel dat vervolgonderzoek geen direct onderdeel uitmaakte van deze evaluatie, wordt in deze rapportage daar wel naar verwezen (hieronder beschreven onder 'Vervolgonderzoek'). Op deze manier kan beter worden aangegeven hoe de naleving van CoronaCheck zich heeft ontwikkeld ten opzicht van de beginperiode van de evaluatie.

#### 2.3.1.1 Onderzoek begin evaluatie

De cijfers van de periode mei tot medio augustus laten zien dat van de 98 mystery guest-bezoeken er in 72% van de gevallen niet werd gevraagd om een coronatoegangsbewijs, in 11% van de gevallen dit wel werd gevraagd maar de mystery guest dit vervolgens niet hoefde te laten zien en in 16% van de gevallen dit wel moest worden getoond. Van deze laatste categorie werd vervolgens in 75% van de gevallen om een identiteitsbewijs gevraagd. Hiervan werd 58% de toegang geweigerd, omdat vervolgens bleek dat de persoonsgegevens van het identiteitsbewijs niet met het coronatoegangsbewijs overeenkwamen. Dat resulteert erin dat in slechts 7% van de gevallen het check-in-protocol volledig is gevolgd en dat bezoekers met een verkeerd coronatoegangsbewijs (terecht) de toegang is geweigerd.

Het toont aan dat de werkwijze van de personen die de toegangscontroles in deze periode uitvoerden slecht overeenkwam met de instructies. Hier is wel een aantal kanttekeningen bij te plaatsen. De 60 checks in de (natte) horeca hebben allemaal in één weekend plaatsgevonden. Achteraf bleek dit het weekend te zijn waarin veel restricties voor de horeca vervielen, mensen weer in grote getalen naar de horeca gingen en veel uitgaansgelegenheden voor het eerst weer tot diep in de nacht open waren. 54% van de mystery guest-bezoeken hebben uiteindelijk plaatsgevonden in de periode waarin de regels voor horeca en evenementen soepeler waren (26 juni t/m 9 juli). Er waren daarnaast ook aangemelde events die op locatie niet bleken te controleren. Bij navraag werd gezegd dat ze dat niet meer hoefden te doen, omdat door het aanpassen van de activiteiten van het evenement CoronaCheck mogelijk niet meer verplicht was om te gebruiken bij de toegang tot het evenement. Deze twee zaken zorgen voor een vertekend beeld, maar tonen tegelijkertijd aan dat wisselend beleid en wisselende regelgeving voor extra onduidelijkheid heeft gezorgd in die periode. Deze resultaten geven een goede indicatie van de naleving van CoronaCheck, hoewel dit nog geen representatief beeld geeft van de naleving door de tijd heen en over de verschillende sectoren.

Voor meer verdieping van de resultaten uit de beginperiode verwijzen we naar de twee tussenrapportages uit juli en augustus. Deze zijn te vinden in de bijlagen van dit rapport.

#### 2.3.1.2 Vervolgonderzoek

Met het vervolgonderzoek dat is uitgevoerd in augustus en in oktober is het beter mogelijk te vergelijken over tijd en over sectoren heen. Hiervoor zijn in totaal 975 compliance checks gedaan bij 78 evenementen. Dit laat zien dat bij nagenoeg alle locaties (96,5%) werd gevraagd om een coronatoegangsbewijs. Bij ruim 56% van de mystery guests werd om een identiteitsbewijs gevraagd. Bij net geen 50% werd gecontroleerd of de persoonsgegevens op het identiteitsbewijs overeenkwamen met die op het coronatoegangsbewijs. Dit laat een duidelijke verbetering van naleving zien ten opzichte van de mystery guest-bezoeken in de periode van mei tot medio augustus (7% versus 50% naleving van gehele protocol). In het vervolgonderzoek is tussen de maanden augustus en oktober geen duidelijke verbetering te bemerken van de naleving: in beide maanden was deze rond de 50%.

Er zijn grote verschillen in naleving tussen de sectoren. Het vragen naar een identiteitsbewijs was het laagst bij sportwedstrijden en in restaurants en cafés. Hiermee samenhangend is de naleving in deze branches ook het minst goed. Bij discotheken en in de culturele sector werd het vaakst naar een identiteitsbewijs gevraagd, en hier is de naleving dan ook het hoogst. Het gehele vervolgonderzoek is te downloaden op coronacheck.nl.

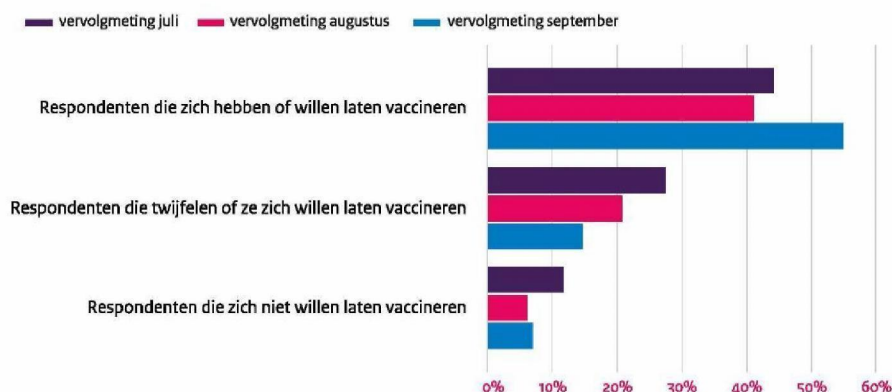
## 2.4 Indirect beoogde effecten

### 2.4.1 Coronatoegangsbewijs en testbereidheid

Als we kijken naar de vaccinatiestatus van respondenten zijn er grote verschillen in de verwachting van het gebruik van CoronaCheck op de testbereidheid onder Nederlanders. Van de respondenten die zich hebben of willen laten vaccineren, verwachtte in de meting van september een kleine meerderheid dat CoronaCheck de testbereidheid verhoogt. Van de respondenten die twijfelen of ze zich willen

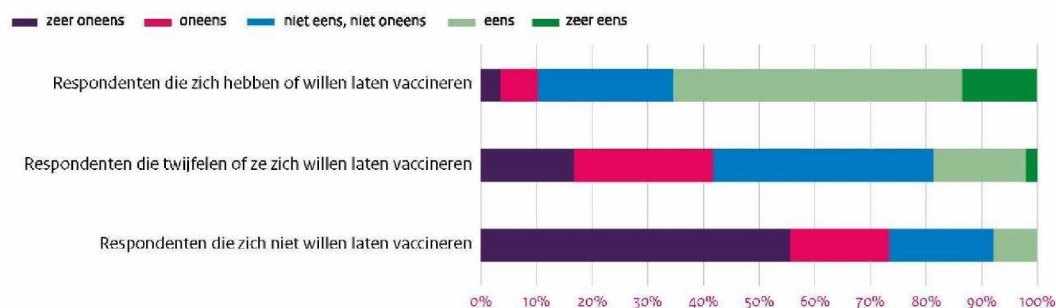
laten vaccineren verwachtte in september ongeveer 15% dat CoronaCheck leidt tot hogere testbereidheid. Bij respondenten die zich niet willen laten vaccineren is dit percentage nog lager: nog minder dan 10% denkt dat CoronaCheck de testbereidheid verhoogt.

**Figuur 6** Percentage van respondenten dat het eens en zeer eens is met de stelling 'CoronaCheck verhoogt de testbereidheid onder Nederlanders', naar vaccinatiestatus



Eenzelfde beeld is te zien als we respondenten vragen of zij verwachten dat als het coronatoegangsbewijs breder wordt ingezet, ongevaccineerden gestimuleerd worden zich te laten testen (zie Figuur 6). Een duidelijke meerderheid van ongeveer 65% van de respondenten die zich hebben of willen laten vaccineren denkt dit. Respondenten die twijfelen of ze zich willen laten vaccineren staan hier genuanceerder in: ongeveer 40% is het niet eens en niet oneens met deze stelling. Meer dan 40% is het zelfs (zeer) oneens met deze stelling. Respondenten die zich niet willen laten vaccineren zijn nog uitgesprokener: van hen is meer dan 70% het (zeer) oneens met de stelling dat bredere inzet van het coronatoegangsbewijs ongevaccineerden stimuleert zich te laten testen.

**Figuur 7** Mening over stelling 'Als op meer plekken een coronatoegangsbewijs verplicht is om toegang te krijgen, zal dit ongevaccineerde mensen stimuleren om zich te laten testen' (vervolgmeting september, naar vaccinatiestatus)



Daarnaast hebben respondenten een lijst met 14 activiteiten voorgelegd gekregen waar mogelijk veel mensen samenkomen en maatregelen zoals 1,5 meter afstand houden niet goed mogelijk is, en gevraagd hoe vaak ze deze activiteit ondernamen voordat de coronacrisis uitbraak:<sup>7</sup>

1. Binnen sporten
2. Buiten sporten met een groep mensen
3. Een avond uit naar cafés of clubs
4. Naar een congres of beurs
5. Naar een festival
6. Naar een film in de bioscoop
7. Naar een museum of tentoonstelling

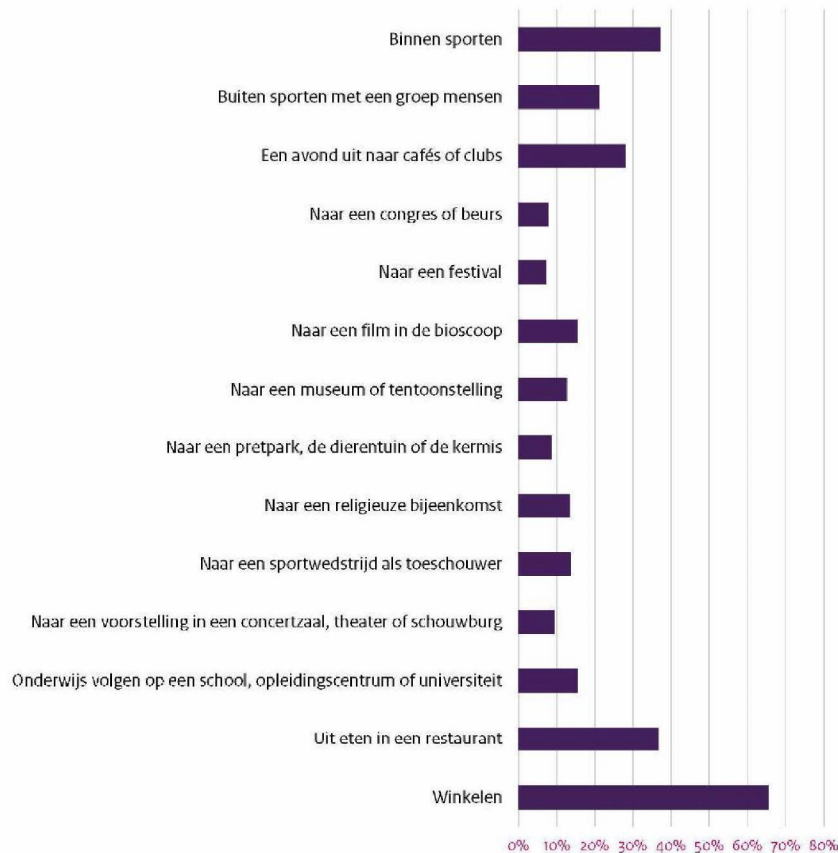
<sup>7</sup> Omdat een deel van de bevolking op het moment van dataverzameling reeds gevaccineerd was, kregen respondenten de volgende vraag: "Indien u niet gevaccineerd bent, of het vaccin dat u heeft gekregen onvoldoende bescherming blijkt te bieden tegen een nieuwe variant van het virus, zou u dan bereid zijn om zich vooraf te laten testen om toegang te krijgen tot de volgende activiteiten?" Antwoordopties waren: zelden of nooit, ongeveer 1 keer per jaar ongeveer 1 keer per half jaar, ongeveer 1 keer per drie maanden, iedere maand, of iedere week.

8. Naar een pretpark, de dierentuin of de kermis
9. Naar een religieuze bijeenkomst
10. Naar een sportwedstrijd als toeschouwer
11. Naar een voorstelling in een concertzaal, theater of schouwburg
12. Onderwijs volgen op een school, opleidingscentrum of universiteit
13. Uit eten in een restaurant
14. Winkelen.

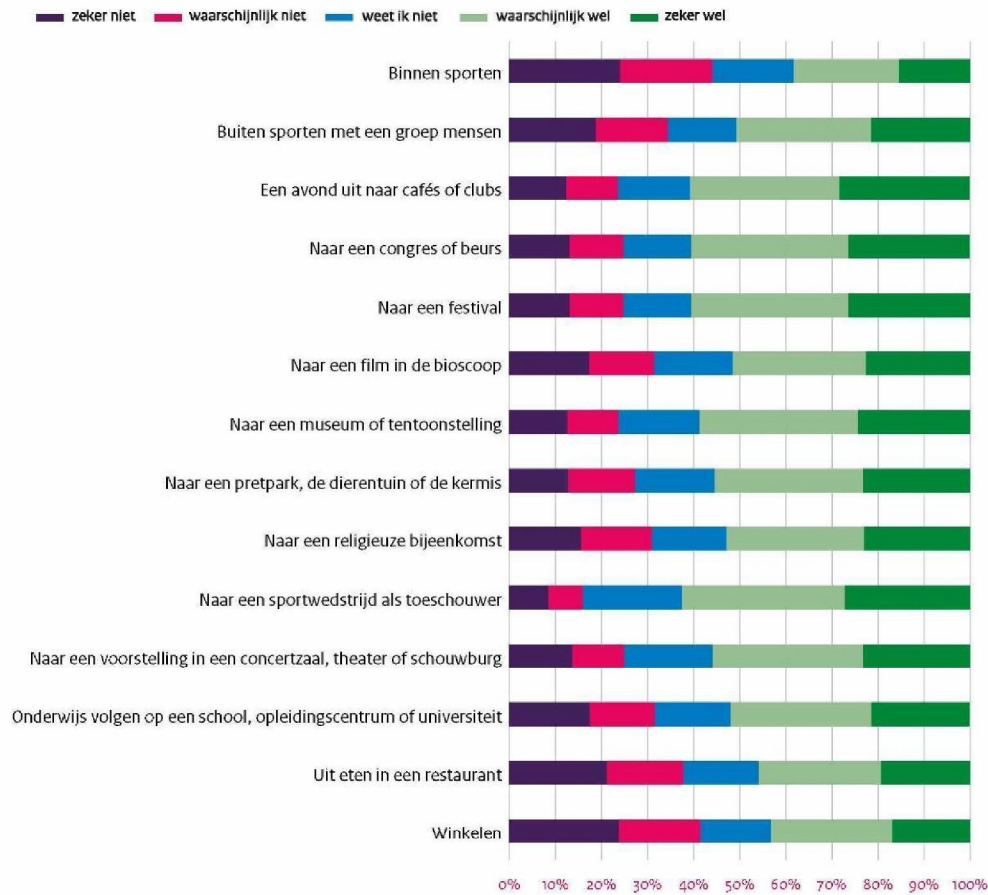
Een op de acht respondenten (12,8%) deed geen van deze activiteiten regelmatig (d.w.z., iedere maand of iedere week) voordat de coronacrisis uitbrak, 42,1% één of twee van deze activiteiten, 25,5% drie of vier, en 19,6% vijf of meer. Activiteiten die mensen het vaakst regelmatig deden waren winkelen (65,4%), binnen sporten (37,3%), uit eten in een restaurant (36,7%), een avond uit naar cafés of clubs (28,0%) en buiten sporten met een groep mensen (21,3%) (zie Figuur 7).

Voor de activiteiten die een respondent regelmatig ondernamen voordat de coronacrisis uitbrak, hebben we gevraagd of ze bereid zouden zijn om zich vooraf te laten testen om weer toegang te krijgen tot deze activiteiten (zie Figuur 8). Voor 52,8% van de activiteiten die mensen regelmatig ondernamen voor de coronacrisis uitbrak was men waarschijnlijk of zeker wel bereid zich te laten testen. Deze testbereidheid was lager bij mensen die aangaven één of twee van deze activiteiten regelmatig te doen (40,4%) dan bij mensen die drie of vier (56,7%) dan wel vijf of meer (74,4%) van deze activiteiten ondernamen. De bereidheid voor Testen voor Toegang was het hoogst voor festivals (62,5%), onderwijs volgen (60,7%), voorstellingen (60,6%) en sportwedstrijden (60,6%). De testbereidheid was het laagst voor winkelen (38,4%), binnen sporten (43,2%) en buiten sporten in groepsverband (46,0%), drie van de vijf meest ondernomen activiteiten voordat de coronacrisis begon.

**Figuur 8** Percentage van de respondenten dat activiteiten regelmatig deed voordat de coronacrisis uitbrak



**Figuur 9** *Bereidheid van respondenten die activiteiten regelmatig deden voordat de coronacrisis uitbrak om te Testen voor Toegang voor deze activiteiten*



Voor de activiteiten waarvoor respondenten aangaven waarschijnlijk of zeker wel bereid te zijn zich te laten testen, hebben wij gevraagd hoeveel tijd zij bereid zouden zijn uit te trekken voor een test voor toegang tot deze activiteit, en het hoogste bedrag dat zij zeker wel bereid zouden zijn te bij te dragen voor een test.

Voor de activiteiten waarvoor respondenten aangaven waarschijnlijk of zeker wel bereid te zijn zich te laten testen, hebben wij gevraagd hoeveel tijd zij bereid zouden zijn uit te trekken voor een test voor toegang tot deze activiteiten, en het hoogste bedrag dat zij zeker wel bereid zouden zijn te betalen voor een test. Tabel 1 laat zien dat respondenten voor de meeste activiteiten ongeveer een half uur uit wilden trekken voor het doen van een test, inclusief reistijd, met incidentele uitloop na drie kwartier voor toegang tot een festival of reizen naar het buitenland. Het bedrag dat ze zouden willen betalen voor een test verschilde over tijd en per activiteit. In juni waren respondenten bereid gemiddeld ongeveer €10 te betalen, maar in september was dit gedaald tot gemiddeld ongeveer €7. Voor activiteiten zoals reizen naar het buitenland of het bezoeken van een festival of congres bleven respondenten bereid wat hogere bedragen te betalen, maar voor activiteiten zoals het volgen van onderwijs, winkelen en binnen sporten gingen de bedragen flink omlaag.

**Tabel 1** Tijd (in minuten) en bedrag (in euro's) dat men bereid is te besteden voor Testen voor Toegang, over tijd

Activiteit	Tijd <sup>a</sup>				Bedrag <sup>b</sup>			
	jun	jul	aug	sep	jun	jul	aug	sep
Binnen sporten	31,0	32,3	32,0	24,7	€ 7,9	€ 6,2	€ 4,4	€ 4,3
Buiten sporten met een groep mensen	33,3	30,4	30,4	34,3	€ 9,2	€ 6,6	€ 4,6	€ 5,2
Een avond uit naar cafés of clubs	29,8	28,2	27,7	28,0	€ 9,1	€ 7,8	€ 7,1	€ 5,8
Naar een congres of beurs	28,0	29,7	29,5	23,2	€ 13,2	€ 11,9	€ 10,0	€ 11,6
Naar een festival	33,3	38,5	44,6	35,7	€ 14,4	€ 13,3	€ 11,6	€ 11,1
Naar een film in de bioscoop	34,9	25,8	26,1	24,9	€ 9,7	€ 7,3	€ 5,8	€ 7,8
Naar een museum of tentoonstelling	30,0	32,2	26,8	22,3	€ 10,4	€ 8,3	€ 5,2	€ 5,0
Naar een pretpark, de dierentuin of de kermis	29,3	31,5	43,4	27,7	€ 15,1	€ 9,2	€ 15,9	€ 2,9
Naar een religieuze bijeenkomst	27,3	28,2	27,7	23,1	€ 9,1	€ 5,0	€ 5,0	€ 5,0
Naar een sportwedstrijd als toeschouwer	34,8	33,7	31,5	30,3	€ 9,9	€ 6,9	€ 8,3	€ 5,9
Naar een voorstelling in een concertzaal, theater of schouwburg	29,9	34,0	40,5	28,9	€ 11,6	€ 9,7	€ 10,6	€ 8,3
Onderwijs volgen op een school, opleidingscentrum of universiteit	27,6	23,6	22,9	20,8	€ 8,9	€ 4,8	€ 5,7	€ 2,9
Uit eten in een restaurant	30,6	32,6	30,3	27,9	€ 9,1	€ 6,8	€ 5,3	€ 4,9
Winkelen	32,1	30,6	30,4	26,7	€ 6,3	€ 5,7	€ 5,0	€ 4,1
Reizen naar het buitenland voor familiebezoek	-	28,0	46,4	29,2	-	€ 8,9	€ 11,7	€ 10,2
Reizen naar het buitenland voor vakantie	-	21,1	44,2	38,4	-	€ 11,9	€ 11,0	€ 17,0
Reizen naar het buitenland voor werk	-	26,1	23,0	22,8	-	€ 12,9	€ 7,8	€ 7,0

Noten: Aantal respondenten waarop getallen zijn gebaseerd verschilt per evenement en meting. <sup>a</sup> Betreft: "de totale tijd van het moment dat u van huis vertrekt totdat u weer terug thuis bent, dus inclusief reistijd heen en terug naar de testlocatie, wachttijd en de tijd voor de test zelf". Antwoorden boven 120 minuten zijn buiten beschouwing gelaten. <sup>b</sup> Exclusief respondenten die aangeven €0 te willen betalen met als verklaring "Ik kan niet voor een test betalen" of "De overheid moet voor tests betalen" en bedragen boven €50.

Een deel van de respondenten gaf aan niet bereid te zijn om te betalen voor een test, variërend van 4,8% in juli 2021 voor toegang tot festivals tot 56,7% in september voor toegang tot onderwijs (zie Tabel 2). Het aandeel respondenten dat aangaf niet te willen betalen voor Testen voor Toegang is sinds de zomer voor alle activiteiten toegenomen.

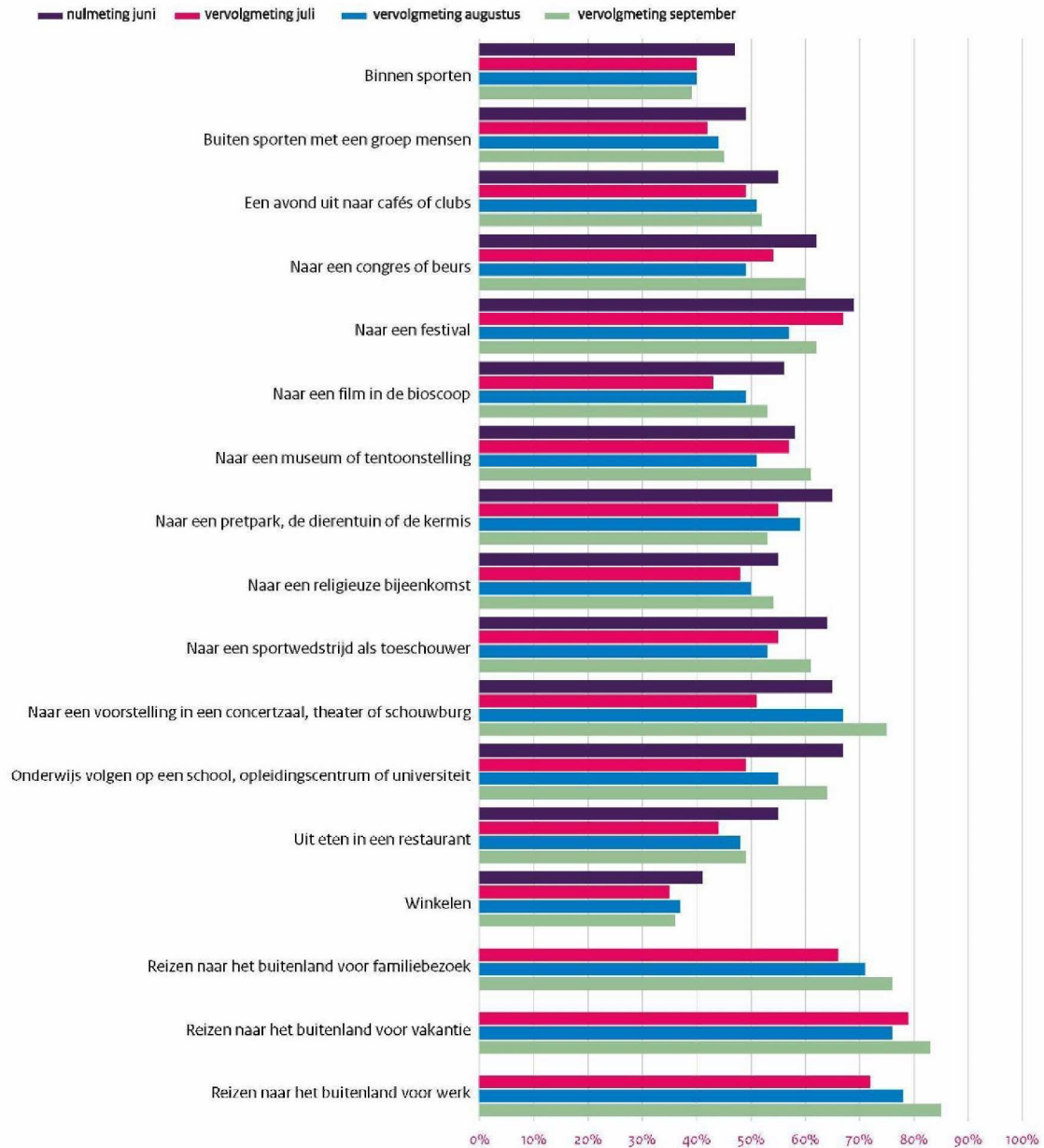
**Tabel 2** Percentage respondenten niet bereid te betalen voor Testen voor Toegang, over tijd

Activiteit	jun	jul	aug	sep
Binnen sporten	33,8%	35,7%	33,1%	33,9%
Buiten sporten met een groep mensen	30,7%	35,5%	32,7%	31,6%
Een avond uit naar cafés of clubs	24,8%	26,9%	17,3%	25,0%
Naar een congres of beurs	19,1%	16,7%	27,3%	31,3%
Naar een festival	16,5%	4,8%	5,0%	25,0%
Naar een film in de bioscoop	22,8%	28,0%	27,5%	31,9%
Naar een museum of tentoonstelling	23,1%	31,0%	17,9%	36,7%
Naar een pretpark, de dierentuin of de kermis	18,7%	25,5%	15,6%	41,2%
Naar een religieuze bijeenkomst	34,3%	37,2%	31,0%	38,5%
Naar een sportwedstrijd als toeschouwer	27,3%	31,8%	21,9%	35,7%
Naar een voorstelling in een concertzaal, theater of schouwburg	19,7%	21,7%	10,0%	22,2%
Onderwijs volgen op een school, opleidingscentrum of universiteit	37,8%	39,7%	33,3%	56,7%
Uit eten in een restaurant	24,4%	28,5%	22,4%	25,2%
Winkelen	37,5%	37,5%	34,6%	37,6%
Reizen naar het buitenland voor familiebezoek	-	20,0%	10,0%	29,2%
Reizen naar het buitenland voor vakantie	-	16,7%	8,7%	20,0%
Reizen naar het buitenland voor werk	-	22,4%	26,3%	33,3%

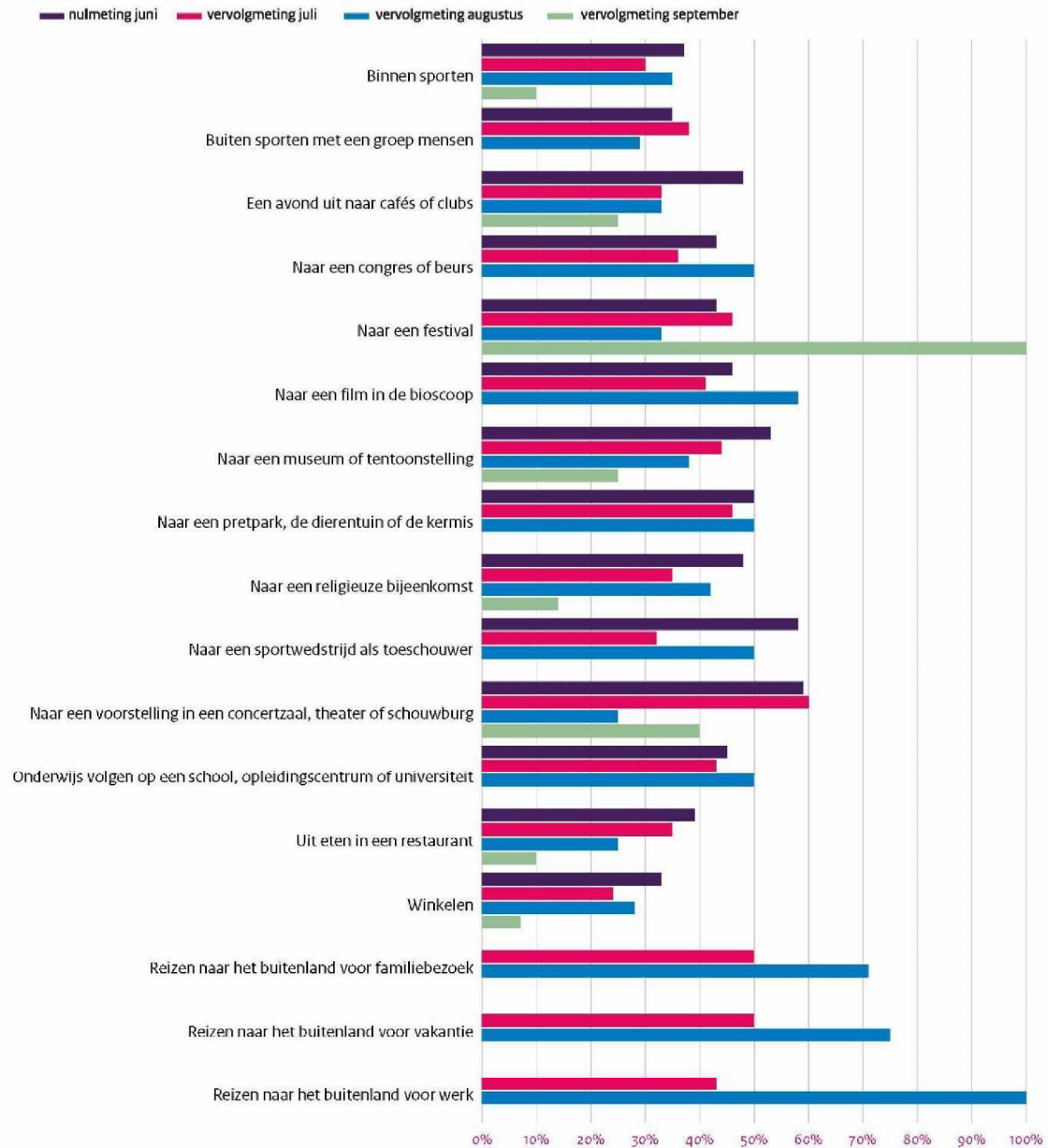
We hebben respondenten gevraagd om toelichting te geven bij hun keuze om zich wel of niet te laten testen voor de activiteit. Hieruit bleek dat respondenten die "nee" antwoordden het testen te duur vonden (25,3%) of te veel tijd (16,8%) of moeite (16,7%) kosten. Ongeveer 12% gaf aan tegen vaccinatie, de coronamaatregelen, ongelijkheid in vrijheden of inbreuk in privacy te zijn. Andere vaker genoemde redenen waren dat men liever onveilige situaties wilde vermijden en nog wat langer wachten (7,9%) of een andere activiteit zou ondernemen (5,1%). Respondenten die "ja" antwoordden gaven aan dat voor een leuke activiteit testen de moeite waard was (35,3%), ze ziekte wilden voorkomen en het virus helpen verslaan (24,0%), het testen betaalbaar of weinig moeite was (13,0%), lang hadden gewacht de op activiteit (9,1%), als het moet dan moet het maar (5,6%) en dat het een noodzakelijke activiteit betrof (4,1%).

Daarnaast is onderzocht in hoeverre mensen bereid zijn zich te 'Testen voor Toegang' tot activiteiten, ook weer uitgesplitst naar vaccinatiesstatus (zie Figuur 10, Figuur 11 en Figuur 12). Van de respondenten die zich hebben of willen laten vaccineren is voor de meeste activiteiten tussen de 40% en 60% steun voor het Testen voor Toegang tot activiteiten. Uitschieters zijn het testen voor theater-, concert- of schouwburgbezoek waar meer dan 70% voorstander voor Testen voor Toegang is onder degenen die zich willen laten vaccineren of dit al hebben gedaan. Voor binnen sporten en winkelen is minder dan 40% in september voorstander van Testen voor Toegang. Voor reizen naar het buitenland is deze steun groter en is deze ook door de tijd heen toegenomen: rond de 80% zegt hier voorstander van te zijn. De steun onder mensen die twijfelen over vaccineren is beperkter en neemt af van de nulmeting in juni tot aan de meting in september. Uitschieters zijn de steun voor testen voor reizen naar het buitenland, die juist groeit en tussen de 70% en 100% ligt, en het testen voor een festival. Voor respondenten die zich niet willen laten vaccineren is de steun voor Testen voor Toegang nog beperkter: voor de meeste activiteiten steunt tussen de 10% en 30% Testen voor Toegang. Wel blijkt dat deze steun in de maanden juli en augustus beperkter was dan in juni en september. Ook hier zijn uitschieters naar boven voor Testen voor Toegang tot een festival (bijna 70% voorstander in september) en testen voor reizen naar het buitenland (voor familiebezoek tevens bijna 70%, voor werk 40%, voor vakantie 100% in augustus).

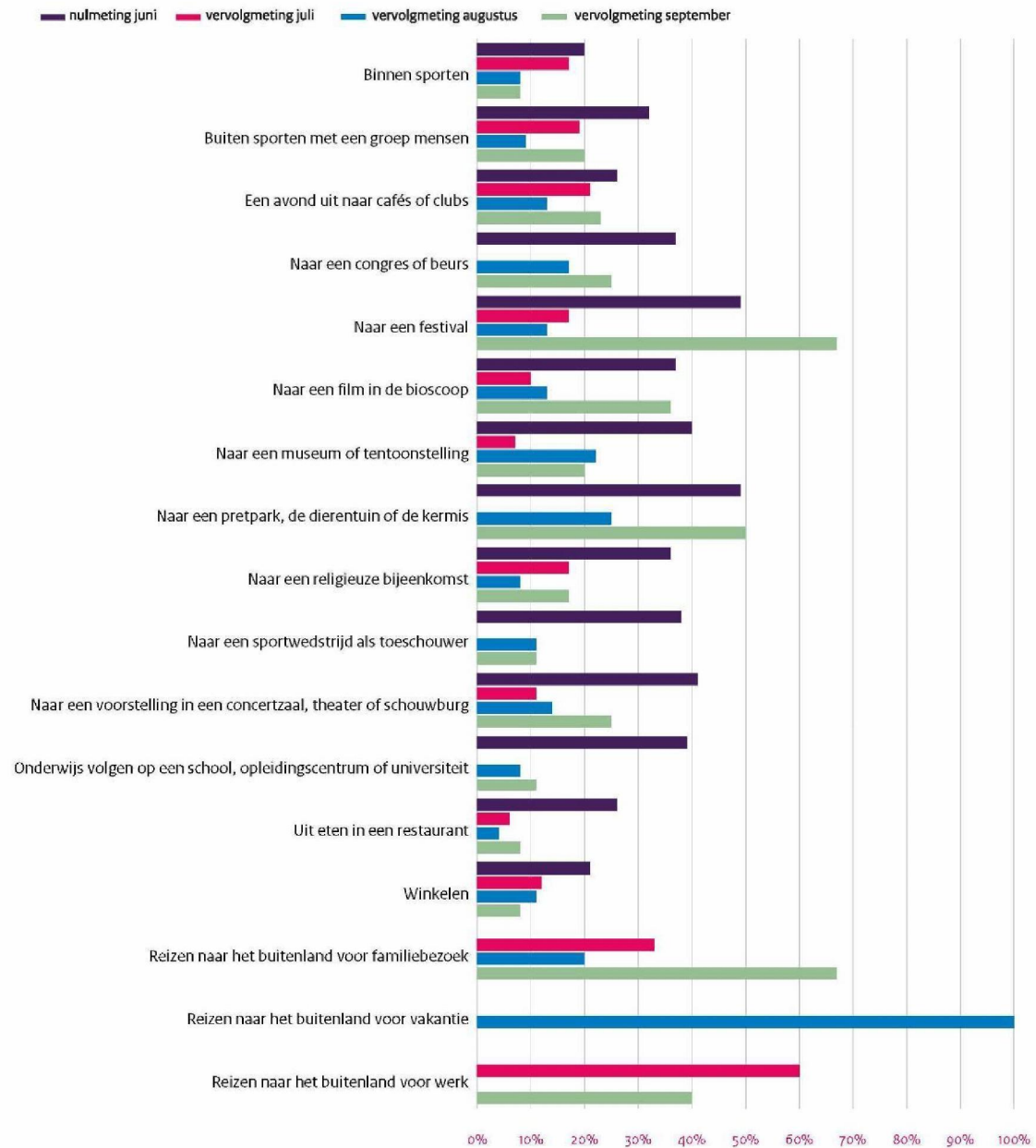
**Figuur 10** Percentage dat bereid is te 'Testen voor Toegang' voor activiteiten van respondenten die zich hebben of willen laten vaccineren



**Figuur 11** Percentage dat bereid is te 'Testen voor Toegang' voor activiteiten van respondenten die twijfelen of ze zich willen laten vaccineren



**Figuur 12** Percentage dat bereid is te 'Testen voor Toegang' voor activiteiten van respondenten die zich niet willen laten vaccineren



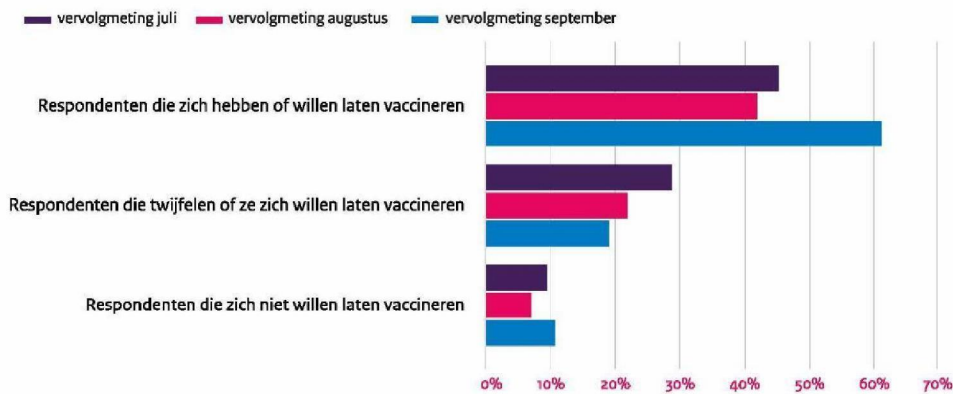
#### 2.4.2 Mening over rol coronatoegangsbewijs bij vaccinatiebereidheid

Alhoewel bij de start van de coronatoegangsbewijs-aanpak geen sprake was van het verhogen van de vaccinatiebereidheid als beoogd indirect effect van het coronatoegangsbewijs, is het mogelijk versnellen van vaccineren als neveneffect na de persconferentie van minister-president Rutte en minister De Jonge op 14 september 2021<sup>8</sup> onderdeel van het politieke en publieke debat geworden. Om die reden zoomen we in deze rapportage dan ook kort op dit vraagstuk in.

<sup>8</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/mediateksten/2021/09/14/letterlijke-tekst-persconferentie-minister-president-rutte-en-minister-de-jonge-14-september-2021>

Respondenten is gevraagd of zij verwachten dat het coronatoegangsbewijs (in de vragenlijst geformuleerd als 'CoronaCheck') de vaccinatiebereidheid onder Nederlanders verhoogt. Van de gevaccineerden is bij de laatste meting in september een ruime meerderheid van meer dan 60% het eens of zeer eens met deze stelling, waar dit in de metingen van juli en augustus iets meer dan 40% was. Bij respondenten die twijfelen over of ze zich willen laten vaccineren, nam het percentage af dat het eens was met de stelling, naar onder de 20% in de meting van september. Onder respondenten die zich niet willen laten vaccineren is de verwachting dat CoronaCheck de vaccinatiebereidheid verhoogt nog lager: zo'n 10% verwacht dit.

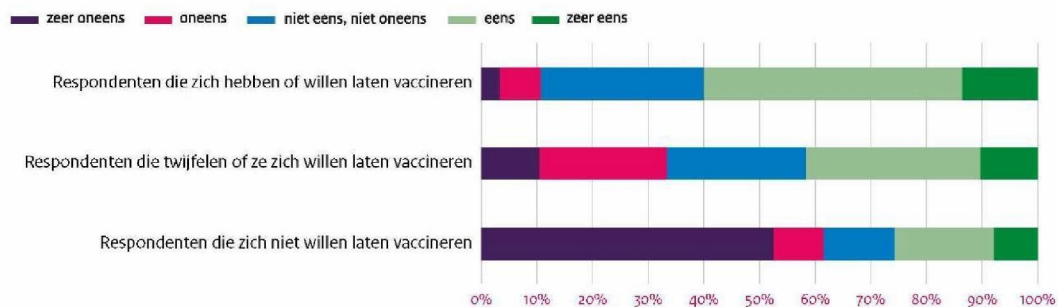
**Figuur 13** Percentage van respondenten dat het eens en zeer eens is met de stelling 'CoronaCheck verhoogt de vaccinatiebereidheid onder Nederlanders', uitgesplitst naar vaccinatiestatus



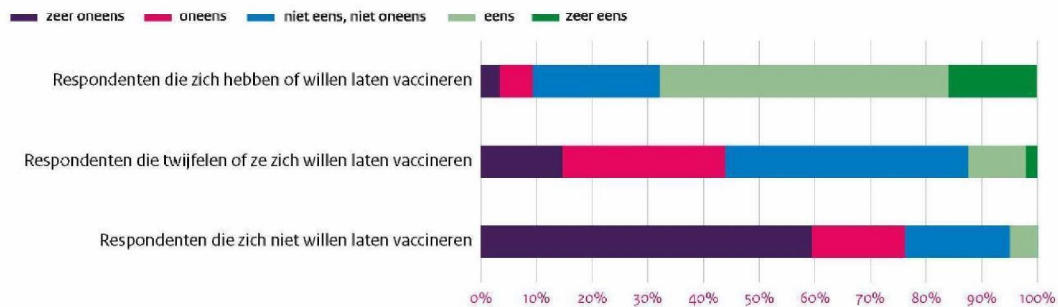
Als we kijken naar meningen over de rol van het breder invoeren van het coronatoegangsbewijs bij vaccinatiebereidheid, komt eenzelfde beeld naar voren. Figuur 13 en Figuur 14 tonen grote verschillen in zienswijze aan tussen gevaccineerden en niet-gevaccineerden. Van de respondenten die gevaccineerd zijn of dat willen doen denkt een ruime meerderheid dat het breder invoeren van een coronatoegangsbewijs ongevaccineerde mensen zal stimuleren zich te laten vaccineren (ruim 60%). Tegelijkertijd was ook bijna 80% van de respondenten het (zeer) eens dat dit ervoor zal zorgen dat ongevaccineerde mensen zich verplicht zullen voelen zich te laten vaccineren.

Respondenten die twijfelen over of ze zich laten vaccineren of die zich niet willen laten vaccineren hebben andere verwachtingen van de rol van het coronatoegangsbewijs in relatie tot de vaccinatiebereidheid. Van de twijfelaars staat een grote groep (meer dan 40%) neutraal tegenover de stelling dat het breder invoeren van het coronatoegangsbewijs leidt tot dat ongevaccineerden zich laten vaccineren. Onder deze groep zijn er meer respondenten die verwachten dat bredere invoering van het coronatoegangsbewijs leidt tot dat ongevaccineerden zich verplicht voelen zich te vaccineren, maar ook dit levert een verdeeld beeld op. Onder respondenten die zich niet willen laten vaccineren is een duidelijke meerderheid van ongeveer 75% het (zeer) oneens met de stelling dat bredere inzet van het coronatoegangsbewijs ertoe leidt dat ongevaccineerden zich wel laten vaccineren. De stelling over of bredere inzet van het coronatoegangsbewijs leidt tot dat ongevaccineerden zich verplicht voelen om zich te vaccineren geeft een genuanceerder beeld: zo'n 25% is het (zeer) eens met deze stelling, maar ook hier is ruim 60% het (zeer) oneens met deze stelling.

**Figuur 14** Mening over stelling 'Als op meer plekken een coronatoegangsbewijs verplicht is om toegang te krijgen, zullen ongevaccineerde mensen zich verplicht voelen om zich te laten vaccineren' (vervolgmeting september, naar vaccinatiestatus)



**Figuur 15** Mening over stelling 'Als op meer plekken een coronatoegangsbewijs verplicht is om toegang te krijgen, zal dit ongevaccineerde mensen stimuleren om zich te laten vaccineren' (vervolgmeting september, naar vaccinatiestatus)



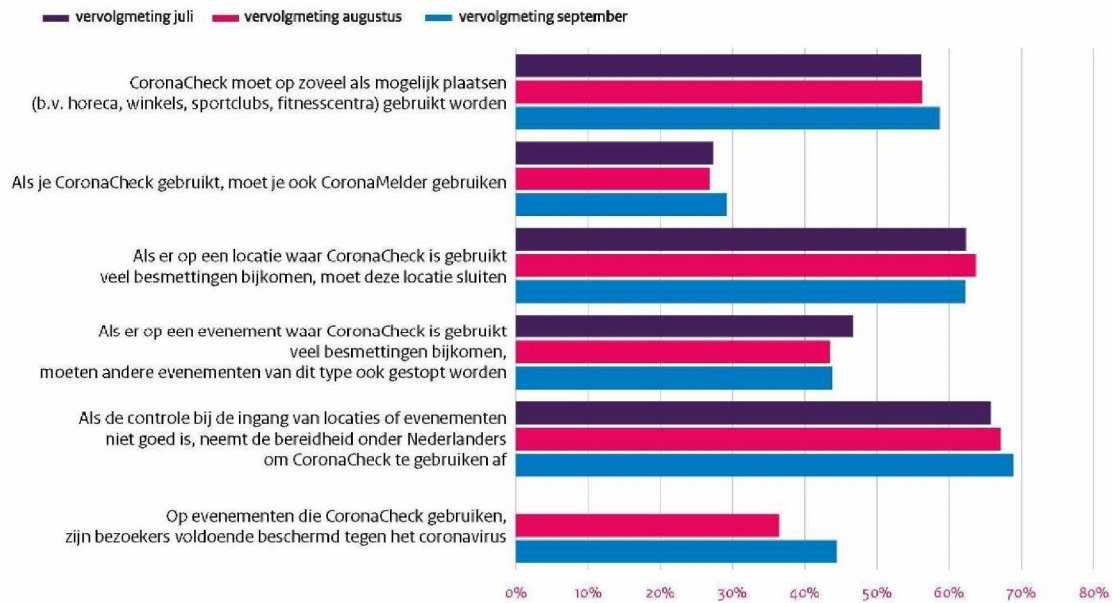
### 2.4.3 Overige verwachtingen van CoronaCheck naar vaccinatiestatus

Gevaccineerden en niet-gevaccineerden verschillen niet alleen in hun meningen over testbereidheid en vaccinatiebereidheid, maar over meer verwachtingen ten aanzien van CoronaCheck. Ook hier is onderzocht hoe de vaccinatiestatus van respondenten de houding ten opzichte van CoronaCheck en aspecten van CoronaCheck van respondenten beïnvloedt (zie Figuur 15, Figuur 16 en Figuur 17). Hieruit blijkt dat respondenten die gevaccineerd zijn of zich willen laten vaccineren beduidend positiever staan ten aanzien van deze aspecten, dan twijfelaars en niet-gevaccineerden. Voor respondenten die zich willen laten vaccineren of gevaccineerd zijn worden de houdingen iets positiever als we de metingen van juli tot en met september met elkaar vergelijken. Belangrijk om te vermelden is het verband tussen een goede controle bij de ingang en de bereidheid om CoronaCheck te gebruiken. Is deze controle niet goed, neemt de bereidheid om CoronaCheck te gebruiken af, aldus de respondenten die gevaccineerd zijn of voornemens zijn zich te vaccineren. Tevens is er in meerderheid steun voor het uitbreiden van het gebruik van CoronaCheck op zoveel mogelijk plaatsen en is de verwachting van de meerderheid dat CoronaCheck de vaccinatiebereidheid verhoogt.

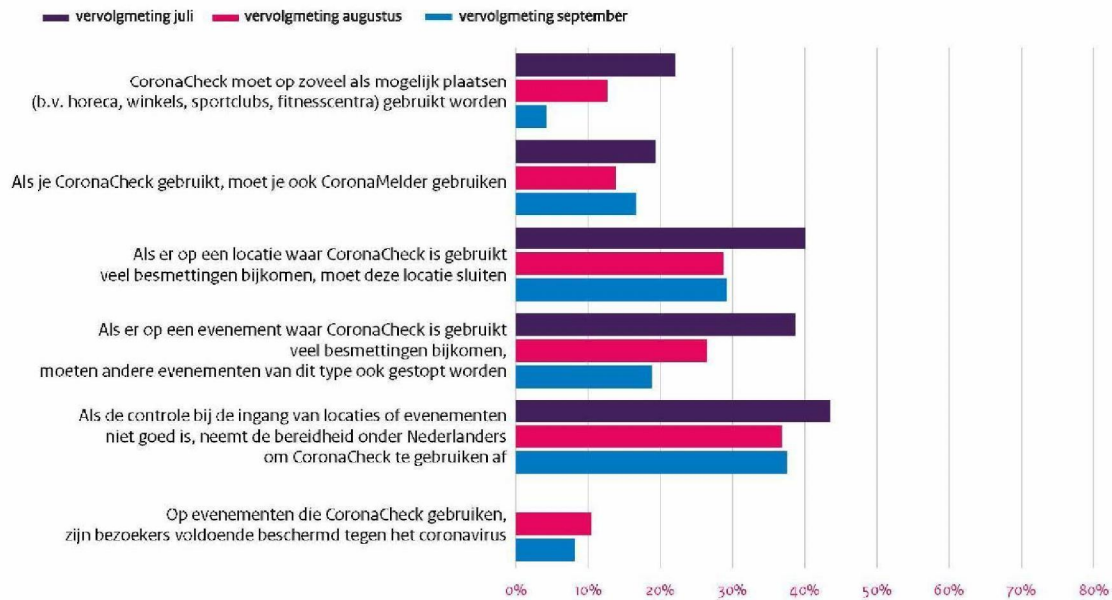
Onder twijfelaars met betrekking tot vaccinatie was de houding ten aanzien van CoronaCheck bij de start van de evaluatie een stuk negatiever, en wordt over tijd nog negatiever. Zo vond in september nog geen 5% van deze groep dat CoronaCheck op zoveel mogelijk plaatsen gebruikt moest worden. Wel vond door de tijd heen rond 40% dat als de controle bij de ingang niet goed is, de bereidheid om CoronaCheck te gebruiken ook afneemt.

Onder niet-gevaccineerden zij veel standpunten nog negatiever. In september vond slechts 4% van deze groep dat CoronaCheck op zoveel mogelijk plaatsen moet worden ingezet. Bovendien vond slechts 2% van deze groep dat als CoronaCheck wordt gebruikt bij evenementen, de bezoekers voldoende beschermd zijn tegen het coronavirus. Dit in tegenstelling tot de wel-gevaccineerden. Van die groep vond in september meer dan 40% dat bezoekers van een evenement voldoende beschermd zijn tegen het coronavirus als CoronaCheck wordt gebruikt bij dat evenement.

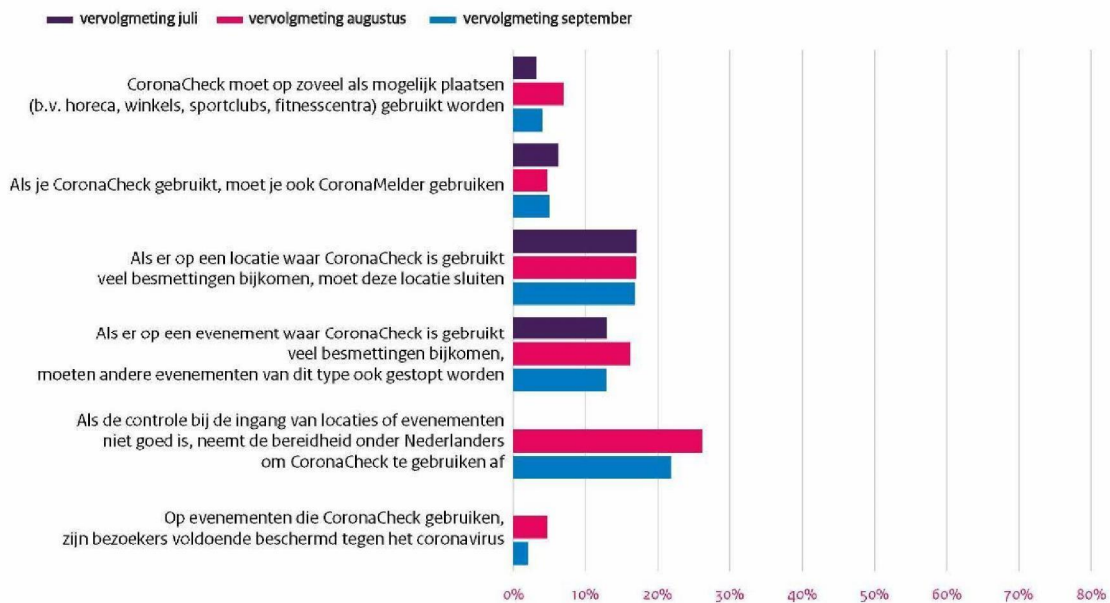
**Figuur 16** Percentage respondentens eens of zeer eens met stelling over CoronaCheck, van respondentens die zich hebben of willen laten vaccineren



**Figuur 17** Percentage respondentens eens of zeer eens met stelling over CoronaCheck, van respondentens die twijfelen of ze zich willen laten vaccineren



**Figuur 18** Percentage respondentens eens of zeer eens met stelling over CoronaCheck, van respondentens die zich niet willen laten vaccineren



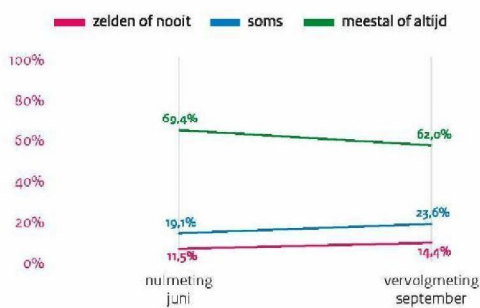
Tot slot is gevraagd naar meningen over maatschappelijke verdeeldheid. Iets meer dan de helft (51,8%) vond dat meer vrijheden geven op basis van een coronatoegangsbewijs tot verdeeldheid in de samenleving leidt, en 32,2% vond het onrechtvaardig.

## 2.5 Niet beoogde effecten

### 2.5.1 Verslapping compliance nog geldende maatregelen

Gedurende de maanden juni tot en met september is het aandeel respondentens dat aangeeft zich meestal of altijd aan de aanbevolen voorzorgsmaatregelen te houden gedaald van rond de 70% tot 62%, en het aantal respondentens dat zich soms dan wel zelden of nooit aan de maatregelen houdt gestegen.<sup>9</sup> De trends zijn vergelijkbaar tussen de totale populaties per meting (zie Figuur 18; boven) en de 1095 respondentens die aan alle vier de metingen hebben deelgenomen (zie Figuur 18; onder).

**Figuur 19** Houden aan maatregelen over tijd, totale populatie per meting



<sup>9</sup> De vragen over zich houden aan voorzorgsmaatregelen zijn alleen in de nulmeting (juni) en de derde vervolgmeting (september) gesteld.

### 2.5.2 Uitsluiting of stigmatisering

Volgens de ANBO en PHAROS is er bij de invoering van het coronatoegangsbewijs te weinig aandacht voor mensen die minder geletterd of digitaal vaardig zijn, waardoor het risico ontstaat dat deze groep minder toegang heeft tot sociale activiteiten. Mensen vinden de grote hoeveelheid tekstuele informatie moeilijk te begrijpen, ervaren stress door de beperkte keuzemogelijkheden en hebben beperkt vertrouwen in de overheid. Voor veel mensen die moeite hebben met digitale applicaties is onduidelijk hoe de papieren procedure werkt, hier is moeilijk informatie over te vinden. Niet iedereen heeft toegang tot hulp uit het persoonlijke sociale netwerk. Belangenbehartigers van deze groep, zoals bibliotheken, de ouderenbond en stichting PHAROS geven aan weinig betrokken te zijn geweest bij het opzetten van CoronaCheck. Uit de publieksvragenlijst van de procesevaluatie komt ook naar voren dat een substantieel deel van de bevolking bang is dat CoronaCheck leidt tot een tweedeling in de maatschappij.

### 2.5.3 Misbruik van CoronaCheck

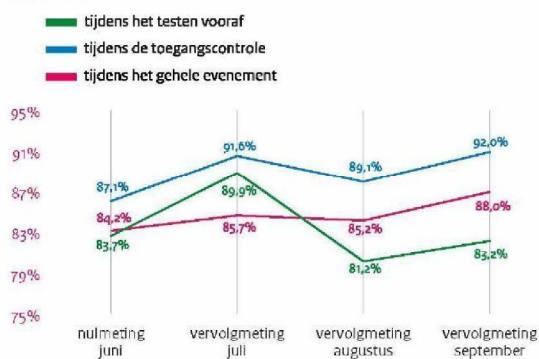
In de beginperiode ging er bij het gebruik van CoronaCheck op locaties en evenementen het een ander minder goed. Veldobservaties bevestigen dat horecagelegenheden en organisatoren van evenementen beperkt controleren op legitimatie. Handhaving blijkt dus een groot knelpunt, wat tevens wordt ondersteund door het onderzoek met de inzet van mystery guests.

Uit het kwalitatieve onderzoek naar signalen van fraude bij BCO-medewerkers van de GGD komt het beeld naar voren dat er diverse vormen van fraude voorkomen. Zo gaan mensen ondanks klachten of zelfs een positieve test toch op reis of naar een Testen voor Toegang-evenement omdat zij door volledige vaccinatie een QR-code hebben. Tevens zijn er signalen van mensen die een negatieve test na een positieve test hadden en zo op pad konden, of een kennis hebben laten testen op naam van iemand anders, om zo een negatieve testuitslag te hebben ondanks klachten. Het vooruitzetten van de datum van de telefoon zodat een herstelbewijs eerder kan worden opgehaald in CoronaCheck is tevens gesignaleerd. Andere signalen van fraude waren het aanpassen van non-covid-verklaringen via webapps of het zelfstandig aanmaken van QR-codes en via internet verspreiden, het thuis aanvullen van persoonsgegevens in het gele boekje en het aannemen van een vaccinatiebewijs op locatie zonder gevaccineerd te zijn.

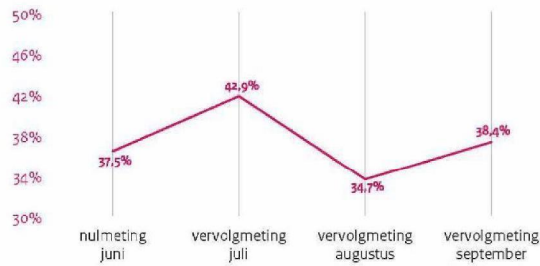
Toch geeft gedurende alle metingen van het deelonderzoek naar testbereidheid een grote meerderheid (>80% van de respondenten die naar een CoronaCheck evenement zijn geweest) aan zich volledig aan alle regels en maatregelen te hebben gehouden bij het testen vooraf, bij de toegangscontrole en tijdens het evenement (Figuur 19). Wel denkt een gedeelte van deze groep dat het (zeer) makkelijk zou zijn om zonder testresultaat het bezochte evenement te bezoeken (Figuur 20).

Maar een klein gedeelte (1,7%-2,3%) van de respondenten geeft aan dat zij in de afgelopen 4 weken zonder een eigen QR-code naar een testevenement zijn geweest. Deze respondenten blijken het vaakst minimaal één keer zonder een QR-code ergens te zijn binnengekomen. Een afnemend aandeel geeft aan een valse QR-code of de QR-code van iemand anders te hebben gebruikt (Figuur 21). Een groter percentage, zo'n 4,2-4,5% van de steekproef, geeft aan personen te kennen die zonder een eigen QR-code naar een testevenement zijn geweest. Ook hier blijkt dit voornamelijk te gaan om het kennen van personen die zonder QR-code zijn binnengekomen, terwijl de andere opties over tijd minder vaak voorkomen (Figuur 22).

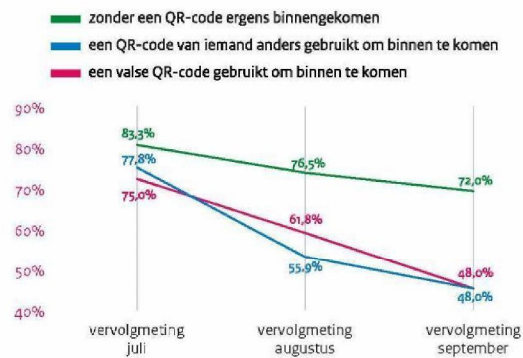
**Figuur 20** Percentage respondenten dat aangaf zich aan alle regels te hebben gehouden tijdens evenement waar ze zijn geweest



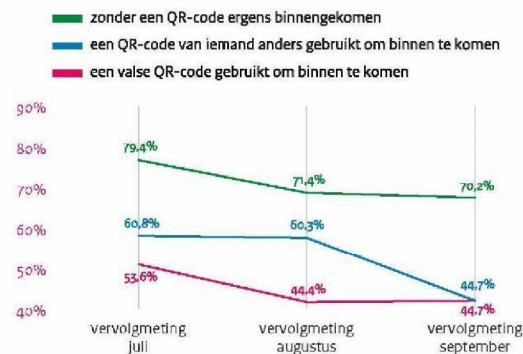
**Figuur 21** Percentage respondentent dat aangaf dat het (zeer) makkelijk zou zijn om zonder coronatoegangsbewijs het evenement waar ze zijn geweest te bezoeken



**Figuur 22** Minimaal 1x zelf een van volgende activiteiten uitgevoerd (LET OP: alleen gevraagd aan personen die zonder eigen QR-code naar een Testen voor Toegang-evenement zijn geweest)



**Figuur 23** Kent u minimaal 1 persoon die een van volgende activiteiten heeft uitgevoerd? (LET OP: alleen gevraagd aan personen die iemand kennen die zonder eigen QR-code naar een Testen voor Toegang-evenement is geweest)

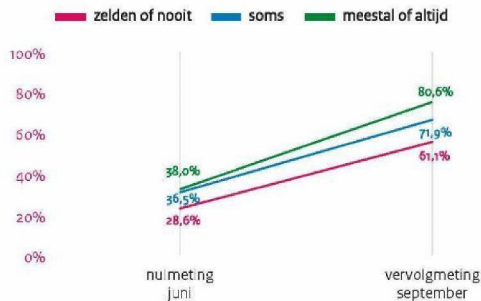


## 2.6 Gebruikerskenmerken

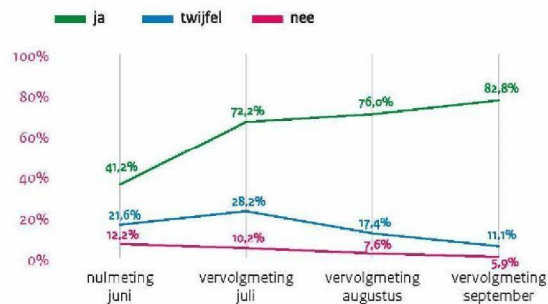
### 2.6.1 Drijvers en drempels ten aanzien van adoptie en gebruik CoronaCheck

Het gebruik van CoronaCheck varieerde daarnaast met het zich houden aan maatregelen, vaccinatie en vertrouwen in de overheid. Mensen die aangaven zich meestal of altijd aan de voorzorgsmaatregelen te houden hadden de app vaker op hun telefoon geïnstalleerd, oplopend van 38,0% in juni tot 80,6% in september (zie Figuur 23). Ook mensen die aangaven zich te hebben of willen laten vaccineren hebben CoronaCheck vaker geïnstalleerd. Dit loopt over tijd op van zo'n 41,2% in juni tot 82,8% in september. Onder de personen die twijfelen of geen vaccin willen zijn deze percentages gedaald (zie Figuur 24). Mensen met een hoog vertrouwen in de overheid bij de bestrijding van de coronacrisis hadden ook vaker de app op hun telefoon geïnstalleerd, oplopend van 41,1% in juni tot 84,1% in september (zie Figuur 25).

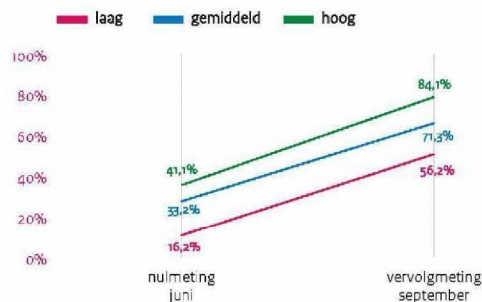
**Figuur 24** CoronaCheck geïnstalleerd op telefoon naar de mate van het zich houden aan de maatregelen, totale populatie per meting



**Figuur 25** CoronaCheck geïnstalleerd op telefoon naar vaccinatiestatus, totale populatie per meting



**Figuur 26** CoronaCheck geïnstalleerd op telefoon naar mate van vertrouwen in de overheid, totale populatie per meting



### **2.6.2 Kwaliteit van het proces van testaanvraag en controle**

Het proces van "Testen voor Toegang" werd in de periode mei en juni over het algemeen als duidelijk ervaren, maar met name de papieren procedure was destijds nog niet goed bekend bij de beoogde doelgroep van minder digitaal vaardigen. Daarnaast bleken bedrijven het moeilijk te vinden om de juiste informatie te vinden over CoronaCheck en de daarbij horende regels. Op basis van de interviews en vragenlijst bleek dat de reis- en wachttijd voor testen als grootste drempel voor gebruik van CoronaCheck wordt ervaren. Tijdens de eerste fase van gebruik van CoronaCheck werden veel capaciteitsproblemen gemeld, terwijl diverse teststraten die op basis van dit onderzoek wel beschikbaar bleken te zijn, nog niet aangesloten waren. De storing bij "Testen voor Toegang" zorgde voor extra wachttijd en er werden meldingen gemaakt van vertraagde of foutieve testuitslagen. Ook de aansluiting tussen de GGD's en commerciële teststraten met het oog op bron- en contactonderzoek bleek in de periode mei en juni nog onvoldoende.

### **2.6.3 Communicatie omtrent CoronaCheck**

Uit de evaluatie komt naar voren dat het niet altijd duidelijk is wat de beweegredenen en verwachte effecten van "Testen voor Toegang" en CoronaCheck zijn, veel mensen verwachten bijvoorbeeld dat testen na volledige vaccinatie overbodig is. De doelen, aanpak, omstandigheden en tijdsduur van CoronaCheck werden in ieder geval tot dat moment in de evaluatie nog onvoldoende helder gecommuniceerd. Bovendien was het met name voor bedrijven niet duidelijk bij welke partijen informatie over deelname en gebruik van CoronaCheck kan worden gevonden.

## 3. Conclusies

De drie deelonderzoeken leverden reeds gedurende de evaluatieperiode regelmatig inzichten op die gedeeld zijn met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en die via het ministerie zijn gecommuniceerd aan de Tweede Kamer middels twee tussenrapportages in juli en augustus 2021

Nu de deelonderzoeken volledig zijn afgerond, leveren ze ook drie overkoepelende inzichten op. Deze worden hieronder verder toegelicht. De overkoepelende inzichten gaan over:

- Draagvlak voor CoronaCheck als coronatoegangsbewijs bij Testen voor Toegang;
- Testbereidheid in relatie tot Testen voor Toegang;
- Handhaving en controle van CoronaCheck als coronatoegangsbewijs bij Testen voor Toegang.

### 3.1 Draagvlak voor CoronaCheck

Het eerste overkoepelende inzicht betreft het draagvlak voor CoronaCheck als coronatoegangsbewijs bij Testen voor Toegang. Wat het draagvlak betreft, valt op dat steeds meer mensen bekend zijn met CoronaCheck en CoronaCheck zijn gaan gebruiken als coronatoegangsbewijs (zie 3.2, Figuur 1, Figuur 2 en Figuur 3). Daarnaast zijn veel mensen die gevaccineerd zijn bereid om zich te laten testen voor uiteenlopende activiteiten, dat geldt het sterkst voor internationale reizen en grotere evenementen (zie 3.4.1, Figuur 10). Bovendien vindt iets meer dan de helft van de mensen die gevaccineerd zijn dat CoronaCheck op zoveel mogelijk plaatsen gebruikt moet worden (zie 3.4.3, Figuur 16).

Aan het begin van de evaluatie kwam aan het licht dat er substantiële groepen burgers en bedrijven waren die niet kunnen omgaan met CoronaCheck, bijvoorbeeld vanwege laag-geletterdheid of lage digitale vaardigheid of door moeilijk vindbare informatie. Hier zijn inmiddels diverse verbetering op doorgevoerd, waaronder het papieren coronatoegangsbewijs en hulp via openbare bibliotheken en ouderbonden.

Wat betreft het 'niet kunnen omgaan met CoronaCheck' geldt dat zeker in de beginperiode weinig aandacht was voor het gebruik van het coronatoegangsbewijs voor groepen mensen die minder geletterd en/of minder digitaal vaardig zijn, aldus de ANBO en PHAROS. Dat kan in ieder geval als ongewenst effect hebben dat deze groepen deels of volledig worden uitgesloten van sociale activiteiten of voor deelname aan bepaalde sociale activiteiten afhankelijk worden gemaakt van anderen die wel digitaal vaardig zijn. Deze groepen vinden bijvoorbeeld de grote hoeveelheid tekstuele informatie moeilijk te begrijpen, en hebben vaak beperkt vertrouwen in de overheid. Voor veel mensen die moeite hebben met digitale applicaties was onduidelijk hoe de papieren procedure werkt. Men ervaarde het als moeilijk om informatie hierover te vinden. Niet iedereen heeft bovendien toegang tot hulp uit het persoonlijke sociale netwerk voor het verkrijgen van een papieren of digitaal coronatoegangsbewijs, of aarzelt hiervoor hulp te vragen. Ondertussen is er meer aandacht voor deze groepen en hun problematiek en wordt er met belangbehartigers, zoals bibliotheken, de ouderenbond en stichting PHAROS wordt samengewerkt om de problemen te lijf te gaan.

Er is ook een groep die geen gebruik wil maken van het coronatoegangsbewijs om principiële redenen. Dit geldt het sterkst voor mensen die niet gevaccineerd zijn of voor mensen die nog twijfelen over vaccinatie. Zo vinden de meeste mensen binnen deze twee groepen niet, in tegenstelling tot de groep die gevaccineerd is, dat CoronaCheck op zoveel mogelijk plaatsen moet worden ingezet (zie 3.4.3, figuren 15, 16 en 17). De eerste twee groepen zijn ook beduidend minder bereid om zich te laten testen om toegang te krijgen tot activiteiten (zie 3.4.1, figuren 10 en 11). Deze groepen zijn gedurende de meetperiode in omvang kleiner geworden maar lijken langzaam in omvang te stabiliseren, wat zou betekenen dat er een groep van 10-15% van de bevolking overblijft die zich waarschijnlijk niet zal laten vaccineren. Daarover meer in de sectie 'Testbereidheid in relatie tot Testen voor Toegang'.

Tussen juni en september zijn mensen op veel aspecten van Testen voor Toegang minder positief geworden. Zo nam het percentage dat (zeer) positief was over het plannen van een afspraak voor een test, de reistijd naar de testlocatie en het afnemen van de test aanzienlijk af. De tevredenheid over wachttijd, controle en communicatie rond het evenement bleven redelijk stabiel, maar over de controle op de coronamaatregelen liep de tevredenheid wat terug. Desondanks was men over het algemeen (zeer) positief over een bezocht evenement en het eigen gevoel van veiligheid (zie 3.2).

Een zeer grote meerderheid van bezoekers aan een CoronaCheck evenement geeft bovendien aan zich volledig aan alle regels en maatregelen te hebben gehouden bij het testen vooraf, bij de toegangscontrole en tijdens het evenement (zie 3.2, pag. 9). Een belangrijk punt van aandacht hierbij is wel dat een substantieel deel van de bevolking bang is dat CoronaCheck leidt tot een tweedeling in de maatschappij (zie 3.4, pag. 27). Bij het vraagstuk over tweedeling kan onderscheid worden gemaakt in twee verschillende aspecten. Ten eerste gaat het over groepen mensen die niet meekomen omdat ze niet kan omgaan met CoronaCheck, bijvoorbeeld omdat ze onvoldoende digitaal vaardig zijn. Anderzijds gaat het om groepen mensen die niet meekomen omdat ze niet of minder bereid zijn om zich te laten testen voor het coronatoegangsbewijs, of die zich niet willen laten vaccineren voor een coronatoegangsbewijs. Laatstgenoemde kan

ook gaan om mensen die zich niet willen laten vaccineren omdat hun gezondheid dat niet toestaat.

Tot slot nog het draagvlak voor het betalen voor de testen via Testen voor Toegang. Het aantal mensen dat niet wil betalen voor Testen voor Toegang voor een activiteit die ze graag doen, was aan het einde van de zomer enigszins hoger dan aan het begin van de zomer. Dat geldt voor alle activiteiten die mensen graag doen (zie 3.4.1, tabel 2). Een mogelijke verklaring hiervoor is de toegenomen vaccinatiegraad en het gegeven dat 'volledig gevaccineerd zijn' ondertussen een grondslag is geworden voor het coronatoegangsbewijs. Voorts bleek dat de bereidheid om te Testen voor Toegang afhankelijk is van de tijd en de hoogte van het bedrag die met testen gemoeid zouden zijn (zie 3.4.1).

### 3.2 Testbereidheid in relatie tot Testen voor Toegang

Een van de beoogde effecten van CoronaCheck als digitale ondersteuning van het coronatoegangsbewijs is dat het bijdraagt aan de testbereidheid van mensen. Omdat bij het starten van deze evaluatie ook de vaccinatiecampagne langzaam maar zeker op stoom begon te komen, en het voor de hand lag en ligt dat vaccinatiestatus op een of andere wijze samenhangt met de mate van testbereidheid, zijn in de evaluatie ook (anoniem) vragen rondom de vaccinatiestatus gesteld. Hierdoor was het mogelijk om in de analyses een driedelig onderscheid te maken in testbereid voor het coronatoegangsbewijs naar of 1) men gevaccineerd was, 2) niet gevaccineerd was, 3) of twijfelde over vaccinatie.

Wat opvalt, is dat mensen die gevaccineerd zijn veel sterker van mening zijn dat CoronaCheck bijdraagt aan testbereidheid dan mensen die niet gevaccineerd zijn (zie 3.4.1, Figuur 6 en Figuur 7). Daarnaast valt op dat er een hogere testbereidheid (in algemene zin, dus voor alle activiteiten) is bij mensen die gevaccineerd zijn dan bij mensen die niet gevaccineerd zijn (zie 3.4.1, Figuur 10, Figuur 11 en Figuur 12). Dat geldt zowel voor de mensen die twifelen over vaccinatie als voor mensen die niet gevaccineerd willen worden. Verder valt op dat voor mensen die niet gevaccineerd zijn de testbereidheid voor veel activiteiten de afgelopen maanden verder daalde, op enkele uitzonderingen na. Voor reizen naar het buitenland voor familiebezoek en vakantie, en voor het bezoeken van een festival, pretpark, dierentuin of kermis steeg bij deze groep de bereidheid om te testen voor het coronatoegangsbewijs (zie 3.4.1, Figuur 11 en Figuur 12).

De afgelopen maanden is een behoorlijk verschil ontstaan tussen de mensen die zich hebben of willen laten vaccineren enerzijds, en de resterende twijfelaars en mensen die zich niet willen laten vaccineren anderzijds. Als het gaat om het antwoord op de vraag hoe zich na de invoering van het coronatoegangsbewijs de testbereidheid ontwikkelde, kan in ieder geval worden gezegd dat er een hogere testbereidheid is onder mensen die gevaccineerd zijn dan onder mensen die niet gevaccineerd zijn. Daarbij kan voorsnog ook worden gesteld dat de testbereidheid onder de groep van gevaccineerde mensen de afgelopen maanden stabiel is gebleven, maar daalde onder de groep twijfelaars en mensen die zich niet willen laten vaccineren. Dat de testbereidheid stand lijkt te houden onder die groep is opvallend. Immers kan ook beredeneerd worden dat vaccineren de bereidheid om te testen voor het coronatoegangsbewijs juist doet verminderen.

### 3.3 Handhaving en controle van CoronaCheck

Een grote meerderheid van de mensen die in de afgelopen maanden naar een Testen voor Toegang of FieldLab evenement is geweest, geeft aan zich volledig aan alle regels en maatregelen te hebben gehouden bij het testen, bij de toegangscontrole en tijdens een evenement. Zoals aangegeven, is gedurende de maanden juni tot en met september het aandeel mensen dat aangeeft zich in het dagelijks leven meestal of altijd aan de aanbevolen voorzorgsmaatregelen te houden enigszins gedaald en is het aantal mensen dat zich soms dan wel zelden of nooit aan de maatregelen houdt enigszins gestegen (zie 3.2, pag. 9).

Een aanzienlijk deel van de mensen denkt dat het (zeer) makkelijk zou zijn om zonder coronatoegangsbewijs het evenement waar ze zijn geweest te bezoeken (zie 3.5.3, Figuur 21). Dit beeld wordt ondersteund door het mystery guest onderzoek. Uit dit deelonderzoek bleek namelijk dat, zeker in de beginperiode, veel misging bij de controle van het coronatoegangsbewijs aan de deur. Verreweg de meerderheid van de locaties die daartoe verplicht waren hadden controles ingericht, maar het vragen naar identificatie en het controleren van de identiteit van de toner van de CoronaCheck liet vaak te wensen over. De maanden erna zijn de controles weliswaar verbeterd, de controle van het identiteitsbewijs en vooral ook de controle op of de persoonskenmerken op het identiteitsbewijs overeenkomen met die op het getoonde scherm na het scannen van de QR-code kan nog steeds beter. Dat laat het mystery guest onderzoek duidelijk zien. Daarnaast kan niet onvermeld blijven dat dit ook regelmatig wordt onderstreept door voorvallen die al dan niet via de pers in de openbaarheid komen. Steeds vaker geldt dan ook de roep om strengere handhaving<sup>10</sup> <sup>11</sup> <sup>12</sup> en buigen ook het ministerie van VWS en het

<sup>10</sup> Zie bijvoorbeeld Feenstra, W. & Misérus, M. Nieuwe coronamaatregelen zonder handhaving zijn zinloos, stelt het GMT. De Volkskrant. Geraadpleegd op 2 november 2021 op <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/nieuwe-coronamaatregelen-zonder-handhaving-zijn-zinloos-stelt-het-omt-b3aa8e77/>

<sup>11</sup> Zie bijvoorbeeld Burgemeesters gaan coronabewijs strenger handhaven. BNR. Geraadpleegd op 2 november 2021 op <https://www.bnr.nl/nieuws/gezondheid/10457626/burgemeesters-gaan-coronabewijs-strenger-handhaven#:~:text=Het%20Veiligheidsberaad%20wil%20dat%20de,handhaving%20op%20het%20coronabewijs%20komen.&text=Volgens%20bronnen%20in%20Den%20Haag,op%20meer%20plekken%20ingevoerd%20worden.>

<sup>12</sup> Veiligheidsberaad (2021). Verzwaard maatregelenpakket helaas noodzakelijk. <https://www.veiligheidsberaad.nl/2021/11/02/verzwaard-maatregelenpakket-helaas-noodzakelijk-2/>

OMT zich over deze kwestie in het 128e OMT advies<sup>13</sup>.

In het vragenlijstonderzoek gedaan onder de bevolking onder mensen tussen de 18 en 70 jaar, gaf slechts een zeer beperkt aantal mensen aan de afgelopen periode geen QR-code, een valse QR-code of de QR-code van iemand anders te hebben gebruikt (zie 3.5.3, pag. 28). Deze groep is enerzijds door de tijd heen steeds kleiner geworden. Anderzijds gaat het bij de laatste meting in september nog steeds om een groep respondenten van tussen de 1,7% tot 2,3%. Aangezien er in Nederland afgerond 11,9 miljoen mensen wonen die tussen de 18 en 70 jaar oud zijn, leidt dit onderzoeksresultaat tot een voorzichtig, indicatief beeld<sup>14</sup> dat zegt dat er mogelijk enkele tienduizenden mensen fraude of misbruik plegen met CoronaCheck. Dit beeld sluit aan bij de berichtgeving in de media tijdens de afrondende fase van dit onderzoek<sup>15</sup> over hoe en hoeveel vervalste QR-codes er werden gedeeld.

Het is om twee redenen van belang dat fraude voortdurend wordt aangepakt en dat er goed gecontroleerd wordt op zowel het bewijs van niet besmettelijkheid zelf (de 'groene vink') als het bijbehorende identiteitsbewijs. De eerste en meest voor de hand liggende reden is dat met een fraudebestendige en goede toegangscontrole de kans op besmettingsrisicovolle ontmoetingen verder omlaag wordt gebracht, waarmee de samenleving voor samenkomsten van groepen mensen relatief veilig open kan blijven. De tweede reden is dat een ruime meerderheid (iets meer dan 60%) vindt dat slechte controles bij de ingang van activiteiten het draagvlak voor CoronaCheck negatief zouden kunnen beïnvloeden. Bovendien vindt een ruime meerderheid (een kleine 60%) dat Testen voor Toegang-locaties waar veel besmettingen bijkomen gesloten moeten worden. Hieruit kan de conclusie worden getrokken dat fraudebestrijding en goede controle -en handhaving daarop- bijdraagt aan het draagvlak voor en de werking van het coronatoegangsbewijs. Het is in lijn hiermee van belang dat hierop wordt ingegrepen, zoals door de Minister van VWS wordt gedaan en dat hierover wordt gecommuniceerd<sup>16</sup>.

<sup>13</sup> Zie <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2021/11/01/advies-nav-128ste-omt>

<sup>14</sup> Omdat er bij het lage percentage ook sprake is van een laag aantal respondenten (25 tot 36 over de verschillende metingen) dat positief antwoordde op vragen over fraude of misbruik in relatie tot CoronaCheck, en omdat er sprake is van zelfrapportage, beperken we ons enkel tot een voorzichtige indicatie en laten we een specifiekere inschatting achterwege.

<sup>15</sup> Zie bijvoorbeeld <https://nos.nl/artikel/2404415-qr-codes-nog-steeds-breed-gedeeld-veel-malafide-codes-nog-niet-geblokkeerd>

<sup>16</sup> Zie [https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven\\_regering/detail?id=2021Z19662&did=2021D42108](https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2021Z19662&did=2021D42108)

## 4. Literatuurlijst

5.1.2e, W.E., Exel, J. van, Hoof, J.J. van, 5.1.2e, I. & 5.1.2e, E.I. (2021). Tussenrapportage CoronaCheck augustus 2021. Geraadpleegd op [https://coronacheck.nl/media/Tussentijdse\\_rapportage\\_augustus\\_2021.pdf](https://coronacheck.nl/media/Tussentijdse_rapportage_augustus_2021.pdf)

5.1.2e, W.E., Exel, J. van, Hoof, J.J. van, 5.1.2e, I. & 5.1.2e, E.I. (2021). Tussenrapportage CoronaCheck juli 2021. Geraadpleegd op [https://coronacheck.nl/media/Tussentijdse\\_rapportage\\_juli\\_2021.pdf](https://coronacheck.nl/media/Tussentijdse_rapportage_juli_2021.pdf)

Exel, J. van & Bom, J. (2021). Onderzoek naar de testbereidheid van Nederlanders. Rotterdam: Erasmus School of Health Policy & Management

Hoof, J.J. van (2021). Compliance checks CTB CoronaCheck. Enschede: Twente Research

5.1.2e, E.I., Noort, A.C., Bouwhuis, C., Buitink, N., Burggraaf, A., Jonge, C. de, Peters, F., Wieringa, M. & Dassen, L. (2021). Onderzoeksrapport procesevaluatie CoronaCheck. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen

## Bijlage 1: tussenrapportage juli 2021

We verwijzen in dit rapport naar tussenrapportages, die van augustus is raadpleegbaar via [https://coronacheck.nl/media/Tussentijdse\\_rapportage\\_juli\\_2021.pdf](https://coronacheck.nl/media/Tussentijdse_rapportage_juli_2021.pdf).

## Bijlage 2: tussenrapportage augustus 2021

We verwijzen in dit rapport naar tussenrapportages, die van augustus is raadpleegbaar via [https://coronacheck.nl/media/Tussentijdse\\_rapportage\\_augustus\\_2021.pdf](https://coronacheck.nl/media/Tussentijdse_rapportage_augustus_2021.pdf).



# Monitor Toegankelijkheid van Zorg

Gevolgen van Covid-19

25 november 2021

# Samenvatting monitor toegankelijkheid zorg

## Belangrijkste inzichten

november 2021

De afgelopen weken zien we de druk op de zorg sterk toenemen. Er zijn veel besmettingen waardoor we ook een stijging zien in het aantal opnames van Covid-patiënten in de ziekenhuizen<sup>1</sup>. De druk op de acute zorg is blijkens data uit ons Zorgbeeldportaal deze maand snel opgelopen van zorgelijk naar ernstig, en de planbare zorg is in alle regio's afgeschaald. Met de stijgende besmettingscijfers zal er nog verder afgeschaald gaan worden. Zorgaanbieders en zorgprofessionals doen er echter alles aan om te zorgen dat de kwaliteit van de zorg behouden blijft en dat er zo veel mogelijk zorg geleverd wordt. Dat neemt niet weg dat de zorgcapaciteit ontoereikend is om alle zorg die normaal gesproken wordt ingepland te kunnen leveren.

De acute zorg wordt overal nog geleverd<sup>2</sup>, maar 67 van de 70 ziekenhuizen rapporteren in Zorgbeeld dat zij de planbare zorg (urgentieklasse 4 en 5) niet meer volledig kunnen leveren. Ook de kritiek planbare zorg (urgentieklasse 3), die binnen zes weken geleverd moet worden, staat onder druk: 17 ziekenhuizen kunnen de zorg niet meer (volledig) binnen de gestelde termijn leveren. De overige planbare zorg wordt steeds verder afgeschaald. Op dit moment zien we dat de trend in de ziekenhuisopnames en afschaling van reguliere zorg vergelijkbaar is met de najaarspiek vorig jaar oktober. Echter, door het hoge ziekteverzuim en de in te halen zorg van eerdere golven is de uitgangspositie ongunstiger.

<sup>1</sup> Bron: LCPS

<sup>2</sup> Er is een ziekenhuis dat aangeeft de acute zorg deels te kunnen leveren

De huidige afschaling van operatiecapaciteit in de ziekenhuizen is nodig om de toestroom van Covid-patiënten zo lang mogelijk het hoofd te kunnen bieden. Dit gaat effect hebben op de wachttijden en het inhalen van zorg. De afgelopen weken zijn de wachttijden nog niet toegenomen.

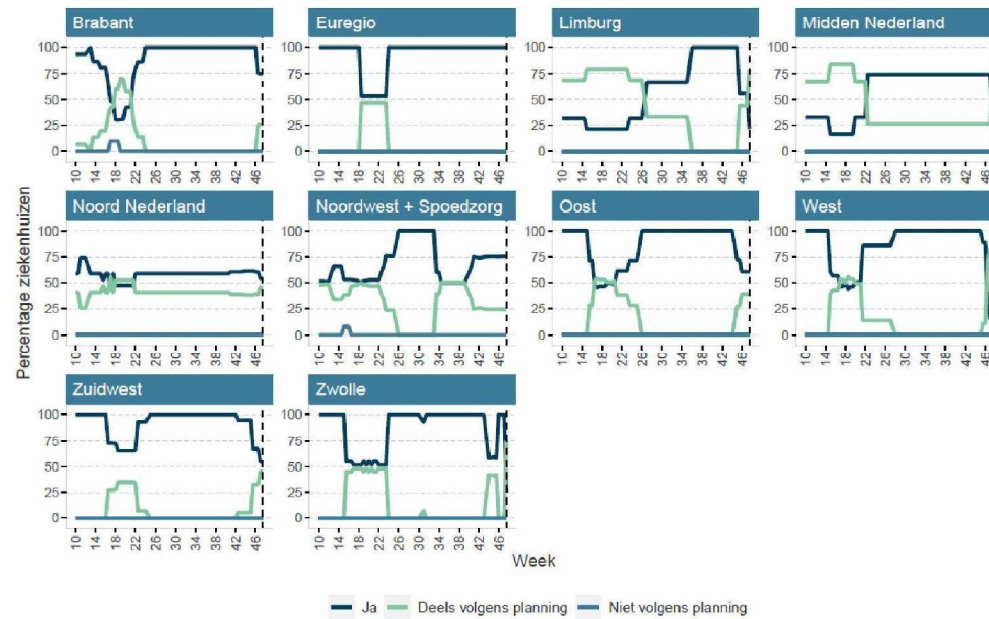
Ook in de productiecijfers van de ziekenhuizen van oktober zien we het al de afschaling als gevolg van de druk op de zorg. Voor alle specialismen ligt de productie namelijk onder het niveau van voor de crisis. Hierdoor stijgt ook het verwachte aantal in te halen operaties. In zelfstandige klinieken wordt nog wel planbare zorg geleverd.

Daarnaast zien we dat de druk op huisartsen en verpleging ook toeneemt. Een deel van de Covid-patiënten die niet naar het ziekenhuis hoeft doet wel een beroep op de huisarts en/of de thuiszorg. In de afgelopen paar weken liggen voor het eerst in maanden de verwijzingen van de huisarts naar ziekenhuizen en ZBC's lager dan vóór de pandemie.

Vanwege de zorgelijke ontwikkelingen in de opnamecijfers gaat de NZa de monitoring intensiveren, waarbij de focus van onze rapportages zal liggen op de afschaling van de zorg. Hoe de schaarse capaciteit verdeeld moet worden, wordt binnen de ROAZ bepaald. Het zwaartepunt van de monitoring door de NZa zal liggen op regionale verschillen in de afschaling en wachttijden van reguliere zorg en de effecten van de Covid-druk op de totale zorgketen.

# **Druk op de zorg**

## 66.1% van de ziekenhuizen kan de kritiek planbare zorg volledig binnen de norm van 6 weken leveren

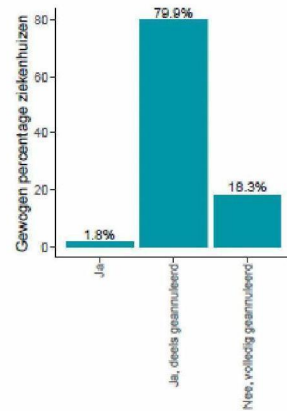


Op dit moment levert 52% van de ziekenhuizen de kritiek planbare zorg volgens eigen planning, 66.1% van de ziekenhuizen kan de kritiek planbare zorg volledig binnen de norm van 6 weken leveren. Vorige maand was dit 93.3% .

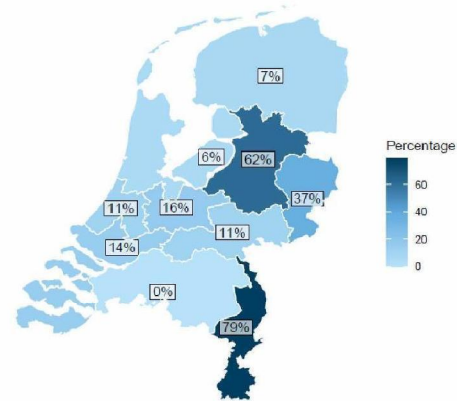
Vorige maand waren er nog geen signalen dat de toegankelijkheid van kritiek planbare zorg in gevaar kwam. Deze maand hebben we die signalen wel. Alle zeilen moeten worden bijgezet om deze zorg te kunnen blijven leveren.

Bron data: Zorgbeeld  
Peildatum 25 november 2021

## De ziekenhuizen schalen de planbare zorg af



Gewogen percentage ziekenhuizen met volledige annulering van de planbare zorg

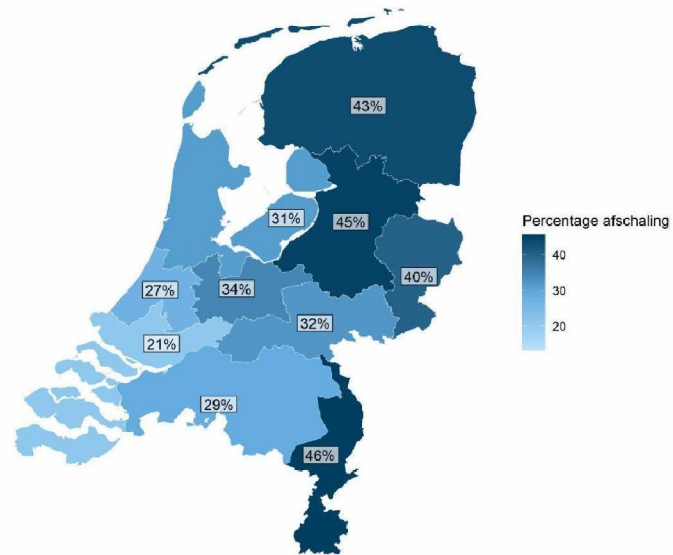


We zien dat er in de afgelopen weken steeds meer ziekenhuizen aangeven dat ze de planbare zorg niet meer volledig kunnen leveren, en recentelijk zelfs dat hij volledig geannuleerd is.

De afschaling van de planbare zorg is het gevolg van de oplopende druk en de afspraken die in het veld gemaakt zijn om deze druk het hoofd te kunnen bieden.

Bron data: Zorgbeeld  
Peildatum 25 november 2021

## De afschaling van de OK's is gemiddeld 32.8%



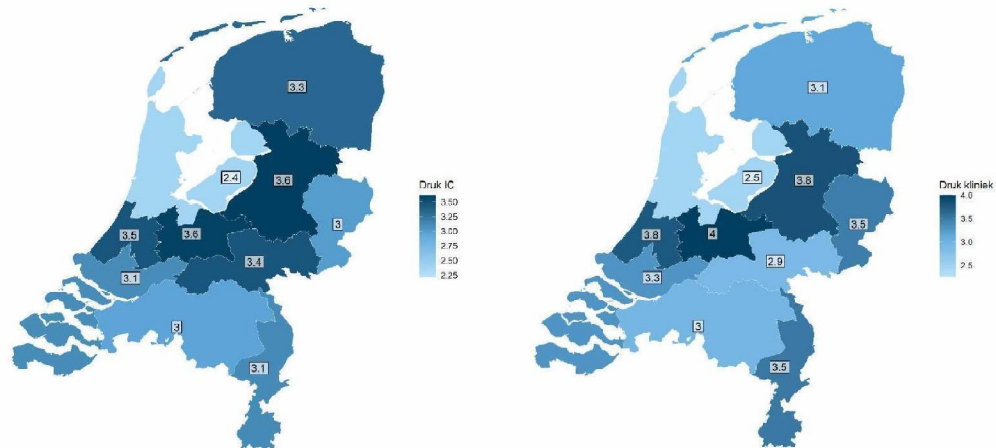
De afschaling van de operatiekamers is gemiddeld 32.8%. Een maand geleden was dit 9.4%. Het is in een maand tijd erg opgelopen.

De spreiding tussen ziekenhuizen is groot. Sommige ziekenhuizen schalen (bijna) niet af, terwijl anderen juist veel af moeten schalen. Dit komt overeen met de afspraken die ziekenhuizen in een regio onderling maken.

Ook het verschil tussen regio's is groot, met regio gemiddelden van 21% tot 46%.

Bron data: Zorgbeeld  
Peildatum 25 november 2021

## Druk op de IC en de kliniek neemt toe



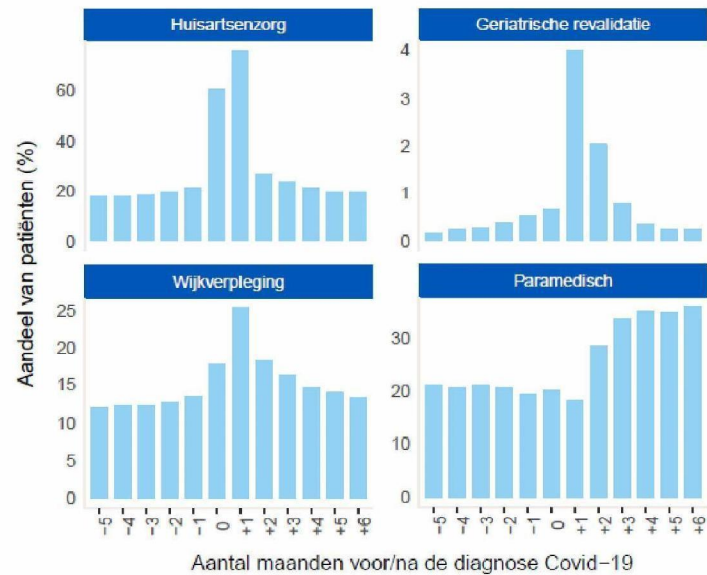
De gewogen gemiddelde druk is op de IC 3.1 en op de kliniek 3.2. Vorige maand was dit voor beide 1.9. Zowel bij de IC als de kliniek loopt de druk dus op en gaan we steeds meer richting ernstig. Enkele ziekenhuizen in verschillende regio's geven aan op het niveau kritiek te zitten. Een ziekenhuis zit voor de IC zelfs al op onbeheersbaar.

Het verschilt per regio waar de druk het hoogst is. Hoe hoger de druk, hoe meer de kwaliteit van zorg en de hoeveelheid zorg die geleverd kan worden in het geding komt.

Bron data: Zorgbeeld  
Peildatum 25 november 2021

- 1 = Gebruikelijke interne maatregelen en reguliere afspraken volstaan (*beheersbaar*)
- 2 = Reguliere buffercapaciteit volledig opgebruikt maar nog geen bijzondere maatregelen (*zorgelijk*)
- 3 = Bijzondere maatregelen en accentverlegging om de kwaliteit te behouden (*ernstig*)
- 4 = Aanpassingsvermogen is volledig opgebruikt en zorgkwaliteit komt in gevaar (*kritiek*)
- 5 = De kwaliteit en / of veiligheid van zorg kan niet meer worden gewaarborgd (*onbeheersbaar*)

## Het beroep van Covidpatiënten op de vervolgzorg verschilt per sector en per fase van de ziekte



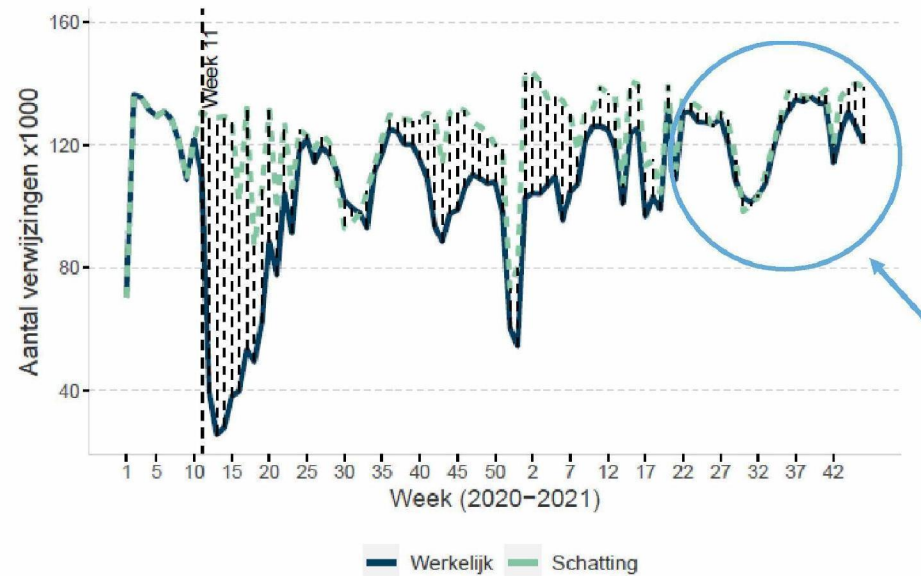
Op basis van de patiënten die in de eerste golf in het ziekenhuis lagen met Covid klachten kunnen we een inschatting maken van de druk op de vervolgzorg.

Voor ziekenhuisopname ligt de druk met name bij de huisartsen. Na de opname maakt 4% van de patiënten gebruik van de geriatrische revalidatiezorg, hoewel dat aantal voor opname nihil was. Ook de wijkverpleging wordt na de opname meer gebruikt. Op de lange termijn zien we alleen een significante stijging in de paramedische zorg.

Bron data: Vektis  
Data t/m maart 2021

# Verwijzingen

## Lichte daling van 6% in verwijzingen de laatste weken

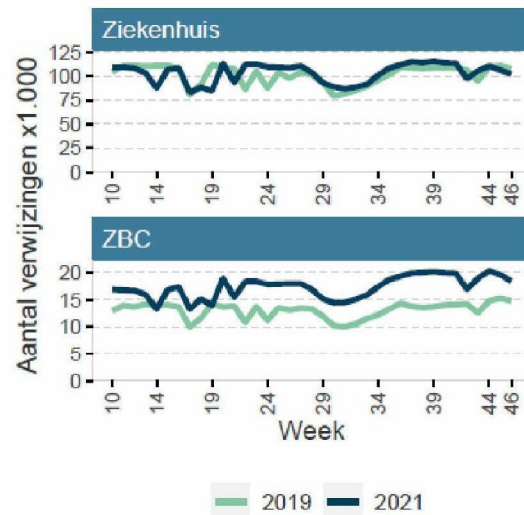


Sinds de uitbraak van de coronacrisis zijn er naar schatting 1,548 miljoen minder verwijzingen geweest dan wanneer er geen corona zou zijn. Ongeveer de helft hiervan werd in de eerste golf minder verwezen.

In week 45 ligt het aantal verwijzingen op 89% van het verwachte aantal verwijzingen zonder coronacrisis. Dit is een lichte daling (6%) ten opzichte van vorige maand.

Bron data: ZorgDomein  
Data t/m 21 november 2021

## Huisartsen verwijzen de laatste maanden relatief vaker door naar zelfstandige behandelcentra



De afgelopen maanden verwijzen huisartsen relatief vaker door naar ZBC's dan in 2019.

De trend van verwijzingen is bij ziekenhuizen en ZBC's vergelijkbaar. Ze volgen hetzelfde patroon.

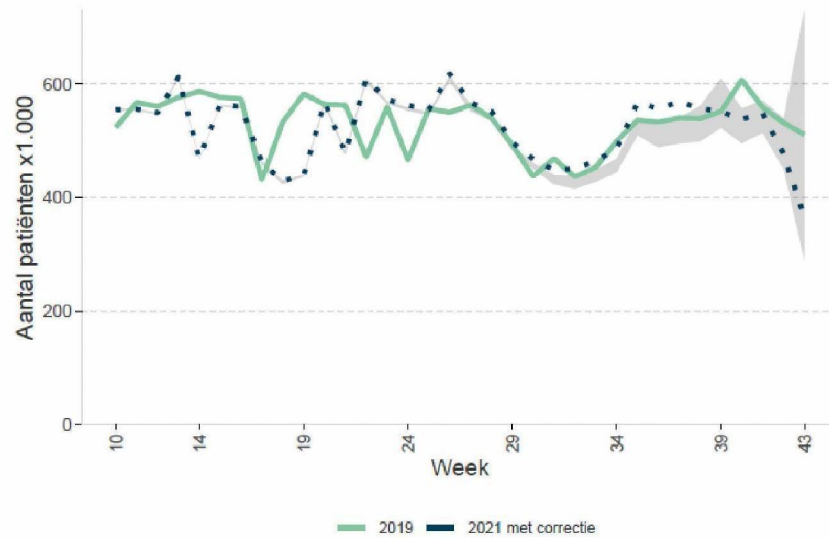
Omdat er in 2021 meer zorgaanbieders zijn aangesloten op het systeem van Zorgdomein dan in 2019, verwachten we in 2021 – los van de coronacrisis – meer verwijzingen dan in 2019.

**Let op: de Y-as schaal verschilt tussen beide grafieken**

Bron data: ZorgDomein  
Data t/m 21 november 2021

# **Actuele productie ziekenhuizen en wachttijden msz**

## In oktober eerste effect van Covid druk op productie: aantal patiënten in zorg per week in ziekenhuizen ligt onder het niveau van 2019

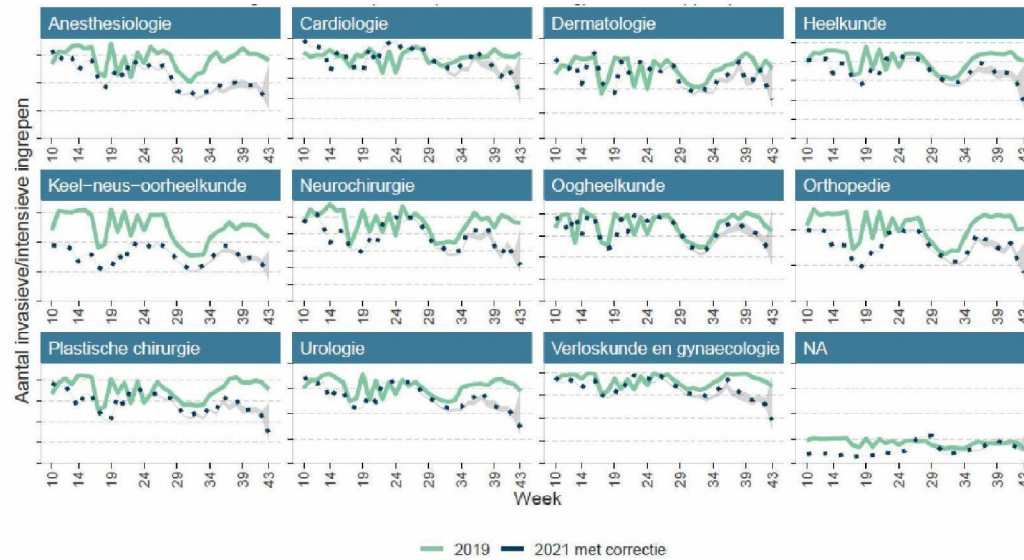


We zien dat het aantal patiënten in zorg in ziekenhuizen de laatste weken onder het niveau van 2019 ligt. Dit is een verslechterd beeld t.o.v. vorige maand, toen lag dit ongeveer gelijk met 2019. Vanwege de jaarlijkse groei zou je het niveau eigenlijk net boven 2019 verwachten.

Dit beeld is vergelijkbaar voor de polikliniekbezoeken, klinische opnames en operaties, met aantallen overal onder het niveau van 2019.

Bron data: DHD  
Data t/m week 43

## Het aantal operaties in ziekenhuizen ligt in oktober onder het niveau van 2019



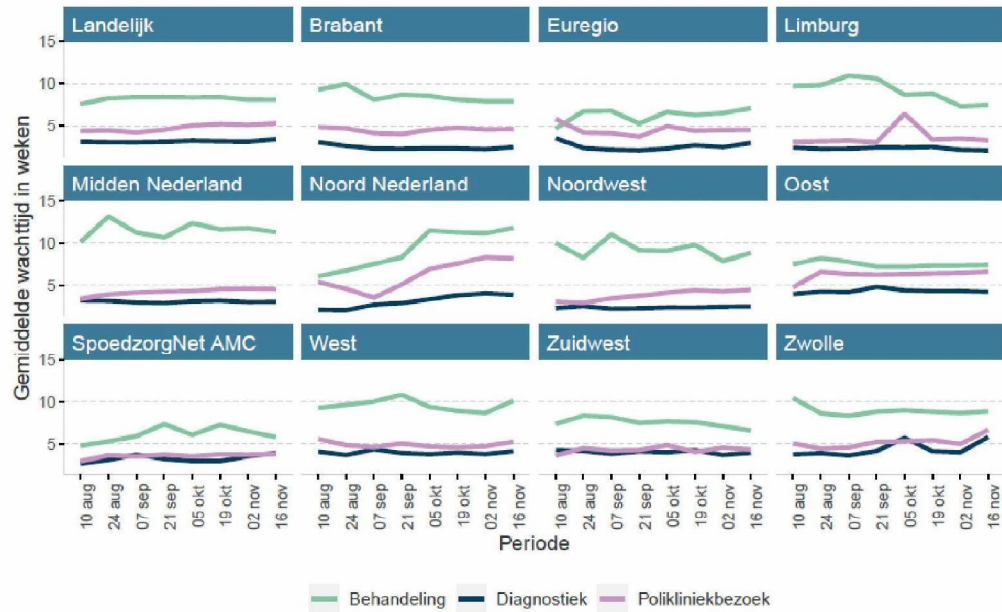
We zien dat het aantal operaties voor de getoonde specialismen in oktober allemaal onder het niveau van 2019 ligt. Dit is nog verder onder niveau dan vorige maand.

Opvallend is dat voor het eerst voor alle specialismen die hier getoond zijn het niveau onder dat van 2019 ligt. In voorgaande maanden lag er altijd minimaal een specialisme op of zelfs iets boven het niveau van 2019.

Bron data: DHD  
Data t/m week 43

\* NA is het aantal operaties dat nog niet is toegewezen.

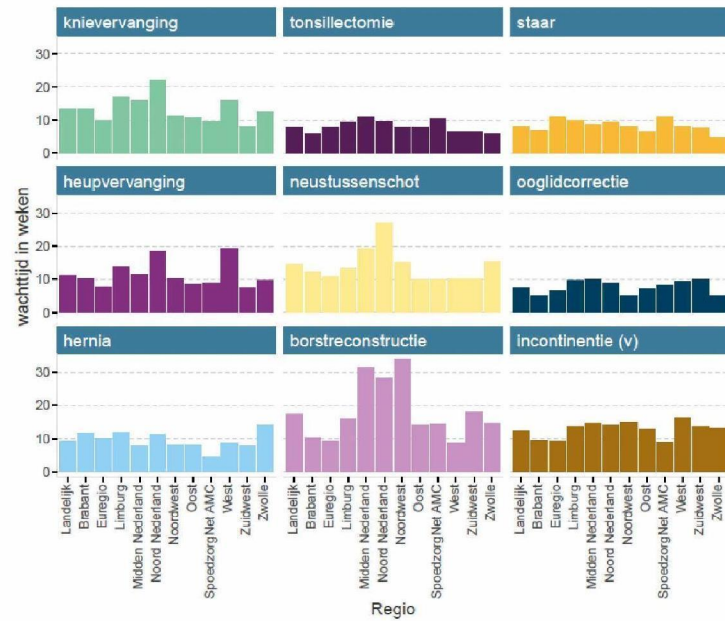
## De afschaling van zorg (nog) niet zichtbaar in wachttijden



We zien de toename van de zorgdruk (nog) niet terug in de wachttijden omdat, met het afschalen van de planbare zorg, operaties mogelijk niet meteen ingepland worden. Hierdoor zijn deze nog niet zichtbaar in de wachttijden. We gaan dit naar verwachting de komende weken zien wanneer patiënten op minder momenten en dus pas later kunnen worden ingepland en als de druk op de zorg weer afneemt waardoor er ruimte komt voor het inplannen van uitgestelde zorg.

Bron data: NZa  
Data augustus t/m  
16 november

## Tussen regio's verschillen wachttijden; bovenregionale bemiddeling kan toegang mogelijk versnellen, al wordt in alle regio's afgeschaald



De nieuwe wachttijdregeling is ingegaan in augustus. We moeten dus nog voorzichtig zijn met conclusies op basis van deze cijfers.

Voor de verschillende behandelingen zijn er regionale verschillen in wachttijden. Met name voor borstreconstructie, neustussenschot, knie- en heupvervangings. Dit is vergelijkbaar met vorige maand.

Voor behandelingen ligt de Treeknorm (redelijke wachttijd) rond de 6 à 7 weken. Voor veel van de behandelingen wordt de Treeknorm overschreden.

Bron data: NZa  
Data augustus t/m  
16 november

# Afgeschaalde en in te halen zorg msz

## Geschatte bovengrens inhaalzorgvraag gestegen naar 190-210 duizend operaties vanwege afschaling planbare zorg als gevolg van de Covid druk.

Op basis van recente DHD data *schatten* wij dat er landelijk:

- Tussen de 390.000 en 430.000 minder operaties zijn uitgevoerd sinds maart 2020.
- Maximaal 190.000 en 210.000 operaties moeten worden ingehaald; dit beschouwen we als de bovengrens van de inhaalzorgvraag. Dit is ongeveer 12%-14% van het aantal operaties dat jaarlijks wordt uitgevoerd. Of patiënten zich daadwerkelijk melden voor deze inhaalzorg moet gaan blijken uit de werkvoorraad en wachttijden van de ziekenhuizen. Dit cijfer is gestegen ten opzichte van vorige maand (180-200 duizend) vanwege de afschaling van de planbare zorg als gevolg van de Covid druk.
- Dit betekent dat 45-55% van de operaties die niet hebben plaatsgevonden door de pandemie **niet** ingehaald hoeven te worden.

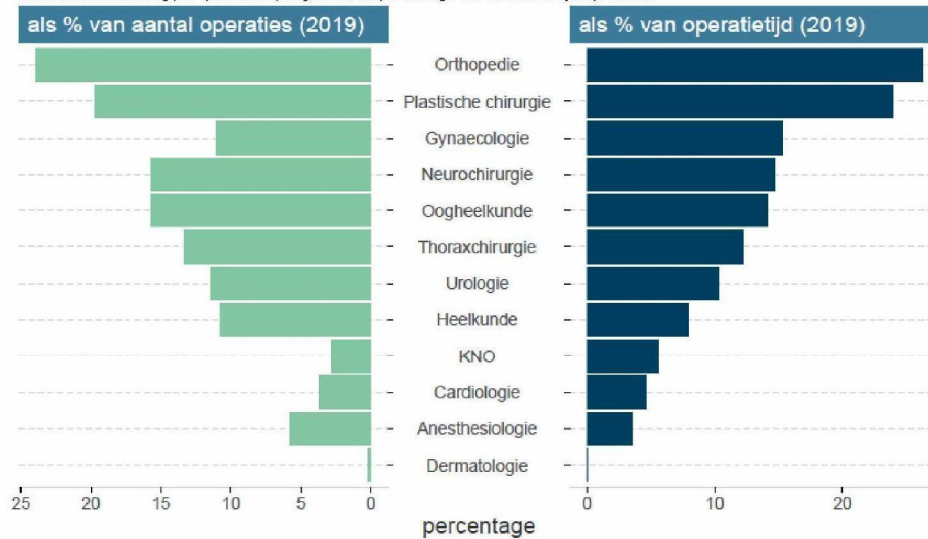
**Dit is een inschatting op basis van historische data.  
We verrijken deze de komende tijd met het werkelijke aantal nog uit te voeren operaties.**

Toelichting berekening

- Stap 1: Vergelijken # operatieve verrichtingen vanaf maart 2020 t.o.v. dezelfde weken in 2019.
- Stap 2: Voor schatting inhaalzorg: we doen de aanname dat acute zorg (zoals breuken en hartinfarcten), infectieziekten, periodiek/herhaaldelijk geleverde zorg die niet ingehaald hoeft te worden (zoals sommige pijnbehandelingen), klachten van voorbijgaande aard en vooruitgeschoven zorg niet hoeven worden ingehaald. Dit aantal trekken we af van het totaal uit stap 1.
- Stap 3: o.b.v. historische data (Vektis, 2019) zoeken we uit hoeveel operatieve verrichtingen er per patiënt en per operatie worden geregistreerd. Vervolgens wordt deze verhouding toegepast op de DHD-data, wat leidt tot een berekening van het aantal operaties (tijdens één operatie kunnen meerdere operatieve verrichtingen worden uitgevoerd).

## (Plastische) chirurgie, orthopedie, oogheelkunde, gynaecologie en urologie naar verwachting grootste inhaalzorgvraag

Geschatte inhaalvraag per specialisme, uitgedrukt als percentage van de normale jaarproductie



Deze grafieken tonen de geschatte bovengrens van de inhaalzorgvraag (zoals berekend op p. 21) t.o.v. de normale jaarlijkse capaciteit in de ziekenhuizen.

We zien hier nog niet het effect van de afschaling van de planbare zorg als gevolg van de Covid druk. Op dit moment lijken alle specialismen last te hebben van de druk.

Bron data: DHD i.c.m. Logex  
Data t/m week 38

## Relatieve toename werkvoorraad\* is 1 tot 7 weken; ongeveer 75 duizend operaties in werkvoorraad.

Specialisme	Procentuele stijging*	Huidig aandeel werkvoorraad	Normaal aandeel werkvoorraad	Geschat aandeel werkvoorraad in onderproductie	Relatieve toename	Geschat aantal operaties
Chirurgie	66%	16%	10%	83%	3.3	26.136
Gynaecologie	48%	16%	11%	34%	2.6	5.169
Oogheelkunde	32%	11%	8%	18%	1.3	7.839
Orthopedie	57%	37%	24%	52%	6.8	18.020
Plastische chirurgie	47%	28%	19%	37%	4.4	8.881
Urologie	63%	25%	15%	95%	4.9	9.166

Deze tabel moet als volgt worden gelezen. Voor urologie rapporteren de ziekenhuizen een toename van hun werkvoorraad van 63%. De huidige werkvoorraad is 25% van de normale jaarproductie. Normaal gesproken is de werkvoorraad ongeveer 15% van de normale jaarproductie. De toename van de werkvoorraad vertaalt zich in een volume dat normaal wordt behandeld in 4.9 volledige weken. Als we kijken naar het aantal operaties wat volgens onze schatting ingehaald moet worden, zien we dat ongeveer 95% hiervan al in de werkvoorraad zit. Dit komt neer op ongeveer 9,166 operaties in 55 ziekenhuizen\*\*.

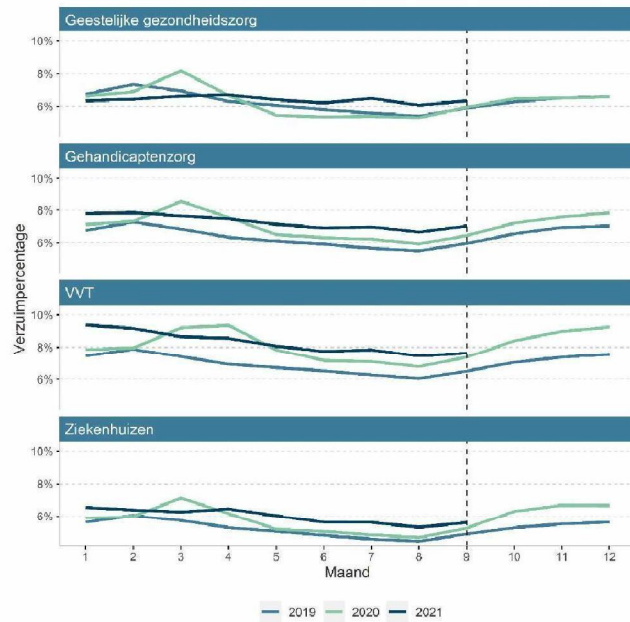
Bron data: ZN, NVZ, NFU  
Data september – 15 november 2021 &  
DHD i.c.m. Logex  
Data t/m week 38

\* Ten opzichte van 2019. Bij gebrek aan data van 2019 is de treeknorm aangeleverd ter vergelijking

\*\* De werkvoorraad is door ongeveer 89% van de ziekenhuizen met een Plan Inhaalzorg aangeleverd. We zien een grote spreiding tussen de ziekenhuizen.

# Ziekteverzuim

## Het ziekteverzuim is nog steeds hoger dan gemiddeld, we zien een lichte stijging, een seizoenseffect vergelijkbaar met de trend van eerdere jaren



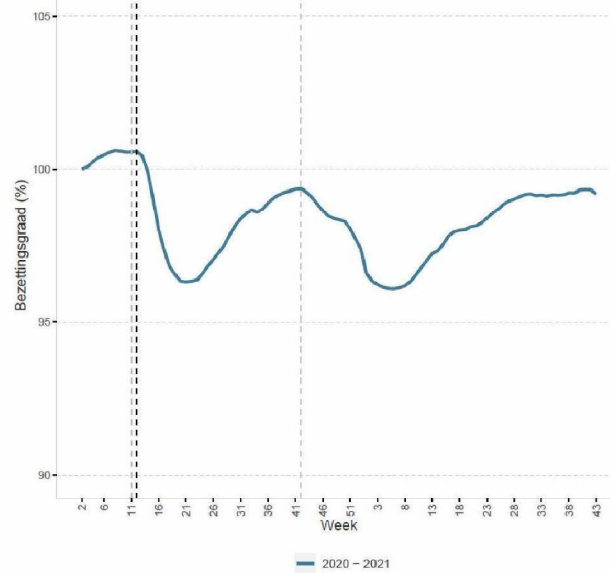
Het gemiddelde ziekteverzuim ligt nog steeds hoger dan voor de coronacrisis, nu tussen de 5.6 en 7.6 in de verschillende sectoren, en was in september het hoogste in de VVT.

Daarnaast zien we dat het langdurige ziekteverzuim nu in alle sectoren hoger is dan voorgaande jaren. Zo is hij bijvoorbeeld in de VVT nu 4.3%, terwijl hij in 2019 en 2020 respectievelijk net onder de 3.5% en 4% lag.

Bron data: Vernet  
Data t/m september

# Bezettingsgraad VV

## Bezettingsgraad VV stabiliseert de laatste weken



De bezettingsgraad laat zien hoeveel bedden er in de intramurale verpleging en verzorging zijn bezet (t.o.v. week 2 van 2020).

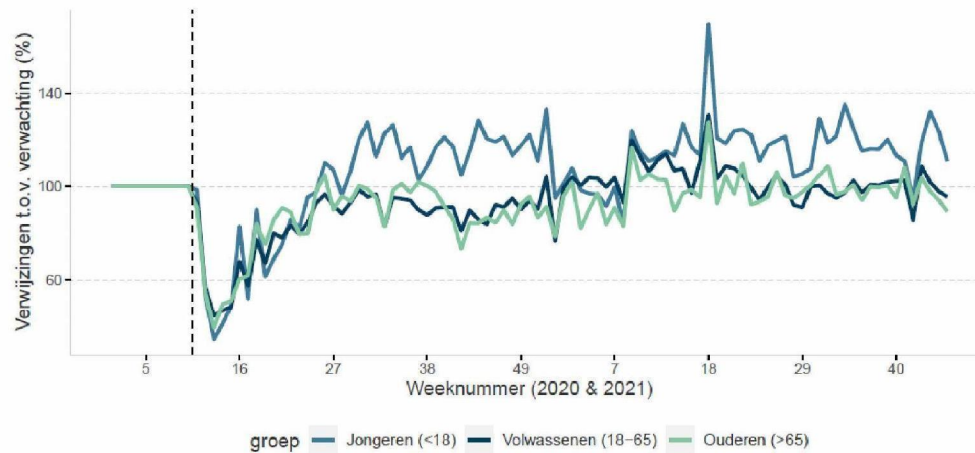
We zien dat de bezettingsgraad in de verpleging en verzorging de afgelopen maanden is gestabiliseerd.

Hij ligt nog net onder het niveau van voor de pandemie. Verklaringen die we hiervoor hebben gehoord, is dat het ziekteverzuim in de VV-sector hoog is en het CIZ achter loopt met indicatiestellingen.

Bron data: Zorgkantoren  
Data t/m week 43

# **Verwijzingen en wachttijden ggz**

## Het aantal verwijzingen voor jongeren naar de ggz ligt opvallend hoger dan het niveau van voor de coronacrisis

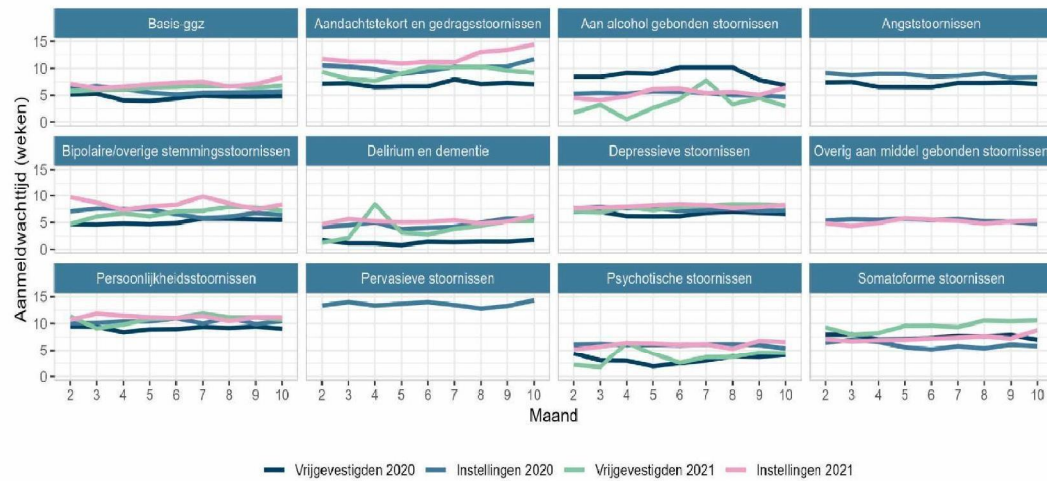


We zien dat het aantal verwijzingen voor jongeren naar de ggz al sinds de 1<sup>e</sup> lockdown in 2020 boven het niveau ligt dat je zou verwachten zonder coronapandemie. Na de herfstvakantie zien we een korte stijging in het aantal verwijzingen voor alle leeftijdscategorieën, daarna gevolgd door een daling.

Het lijkt er op dat de verwijzingen voor volwassenen en ouderen naar de ggz een trend doorlopen die met elkaar vergelijkbaar is.

Bron data: ZorgDomein  
Data t/m 21 november 2021

## Aanmeldwachtijden in de GGZ stijgen licht. De hoogste wachttijden zijn voor aandachtstekort en gedragsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen



Aanmeldwachtijden in de ggz laten een lichte stijging zien en zijn voor veel diagnoses ongeveer vergelijkbaar bij instellingen en vrijgevestigden.

De hoge wachttijden zorgen voor extra druk bij de huisartsen. We ontvangen ook signalen dat POH-GGZ wachttijden fors oplopen.

De hoogste wachttijden zijn voor aandachtstekort en gedragsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Dit beeld is vergelijkbaar met vorige maand.

Bron data: Vektis  
Data t/m oktober





Sociaal en Cultureel Planbureau

> Retouradres: Postbus 16164 | 2500 BD | Den Haag

NCTV  
P.J. 5.1.2e  
postbus 20350  
2500 EJ Den Haag

Bezoekadres:  
Bezuidenhoutseweg 30  
2594 AV Den Haag  
T 088 9846 300  
www.scp.nl

**Inlichtingen bij**

**Ons kenmerk**  
SCP-2021/3879

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de  
datum en het kenmerk van  
deze brief.*

Datum 10 december 2021  
Onderwerp Sociaal maatschappelijke reflectie mogelijke maatregelen Covid-19

Geachte heer 5.1.2e ,

Momenteel ligt besluitvorming voor rondom continuering van het huidige maatregelenpakket met als mogelijke verzwaring het verlengen van de kerstvakantie in het onderwijs, het inzetten van coronatoegangsbewijzen in niet-essentiële detailhandel en het aanpassen van sluitingstijden. Het SCP heeft op deze terreinen eerder reflecties met u gedeeld die we hieronder opnieuw ter overweging inbrengen met afsluitend een advies. Het SCP baseert zich hierbij op onderzoeksgegevens uit de achterliggende coronaperiode.<sup>1</sup> Het wegen van epidemiologische effecten ten opzichte van maatschappelijke effecten is een politieke weging.

**Verlengen van de kerstvakantie in het onderwijs**

- Veel maatregelen grepen in op de kern van het sociale leven van jongeren, terwijl contacten met leeftijdsgenoten juist voor hen belangrijk zijn vanwege de ontwikkeling van hun identiteit. De afname in het psychisch welbevinden en toename van enige tot sterke eenzaamheidsgevoelens was bij jongeren en jongvolwassenen het grootst. We verwachten dat nieuwe forse beperkingen een versterkt negatief effect kunnen hebben, omdat de effecten van eerdere maatregelen nog niet geheel zijn hersteld.
- Scholen hebben een belangrijke sociaal maatschappelijke functie. Dit geldt vooral voor de kinderen in zorgwekkende gezinssituaties. Juist de laatste week voor de kerstvakantie staat in de meeste scholen in het teken van sociale activiteiten en gezelligheid.

<sup>1</sup> Belangrijkste bronnen:  
[SCP Dossier maatschappelijke effecten corona](#) ;  
[Adviesbrieven SCP Maatschappelijke effecten corona](#) ;  
[Advies VNG-commissie: Sociaal sterker de crisis uit](#) ;  
[Eindverslag werkgroep sociale impact coronacrisis](#) ;  
[Advies RVS Samen leven is meer dan overleven](#) ;  
[Essay RVS Coronamoe\(d\)](#) ;  
[Hoe om te gaan met een opleving van het virus | RIVM](#)



10 december 2021

Ons kenmerk  
SCP-2021/3879

- Tegelijkertijd zijn er ook grote zorgen onder docenten, ouders en sommige leerlingen zelf vanwege het hoge aantal besmettingen onder kinderen, en de veilige leer- en werkomgeving.
- Het verlengen van de kerstvakantie zal op deze korte termijn voor een deel van de werkende ouders lastig op te vangen zijn. Niet iedereen heeft de mogelijkheid om een week extra vakantie van het werk op te nemen.

### **Voortzetten huidig maatregelpakket en uitbreiding inzet Coronatoegangsbewijzen**

- Er zijn veel zorgen over de gevolgen van de crisis voor jongeren en jongvolwassenen. De gezondheidsrisico's van het virus zijn voor hen tot nu toe lager gebleken dan voor oudere leeftijdsgroepen, maar de gevolgen van de genomen maatregelen blijken aanzienlijk. Het is belangrijk dat jongeren, onderwijzend personeel en ouders steun krijgen bij hun zorgen of mentale klachten. Hier wordt tot nu toe onvoldoende op geanticipeerd. Er verschijnt tevens steeds meer onderzoek dat wijst op problemen rond toegenomen isolement, drugs- en alcoholgebruik en gebrek aan perspectief onder jongeren en jongvolwassenen.
- Het RIVM deed onderzoek naar de voorkeuren van mensen over mogelijke opschaling van maatregelen dit najaar. Volgens het RIVM volgen drie belangrijke principes uit de redeneringen van mensen: kies effectieve maatregelen, kies maatregelen die tot weinig negatieve (lange termijn) effecten leiden en kies generieke maatregelen in plaats van maatregelen die een specifieke groep of gebied raken.
- De gevolgen van de maatregelen kunnen wel groter zijn voor specifieke groepen. Daarom adviseert het SCP om gericht flankerend beleid te voeren en om daarbij lokale partners (gemeenten, instellingen, bedrijven, sociaal domein) te steunen om op een verantwoorde manier werk, voorzieningen of hulp zoveel mogelijk overeind te houden. Voor aanbevelingen en goede praktijken op dit gebied verwijzen we naar de advisering door de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving en de rapportages van onder meer de Commissie Halsema (2020) en de VNG-Commissie Depla (2021).
- Het SCP wijst er tevens op dat bij eerdere forse ingrepen een gezamenlijke dreiging werd ervaren in het rondwonen van het coronavirus. Die dreiging wordt momenteel door een deel van de bevolking in mindere mate ervaren (o.a. vanwege de vaccinatiegraad). Dit zet de naleving van maatregelen onder druk, maar kan ook de wrijving in de samenleving doen toenemen. In combinatie met in eerdere adviezen gesignaleerde stigmatisering van groepen kunnen de sociale spanningen toenemen. We adviseren u hiermee terdege rekening te houden, zodat tegenstellingen niet onbedoeld worden aangewakkerd, en om in naleving en communicatie een duidelijke en voorspelbare overheid te zijn.
- Het is belangrijk dat maatregelen gedragen worden door de samenleving en dat er gedeeld eigenaarschap wordt ervaren (het collectieve actie vraagstuk dat het SCP meermaals aan de orde stelde). Als dit niet gebeurt is het risico groot dat mensen de regels, vooral als zij minder dreiging voor hun gezondheid ervaren, nog minder vanuit zichzelf zullen naleven. Het is tevens belangrijk dat maatregelen vooraf en samen met sectoren worden besproken, en worden getoetst op uitvoerbaarheid.



10 december 2021

Ons kenmerk  
SCP-2021/3879

- We geven u tot slot mee dat bij veel onderwerpen, zoals bijvoorbeeld opvattingen over vaccinatieplicht of de mate waarin de overheid al dan niet strenger moet ingrijpen, de Nederlandse bevolking niet in twee kampen (voor of tegen) in te delen is. Er is een grote variëteit aan meningen, maar het is de meest scherpe tegenstelling die snel naar voren komt in het publieke debat. Veelal is er ook grote groep die in het midden zit. We verzoeken u daar in uw uitingen over polarisatie in de samenleving rekening mee te houden. Polarisatie veronderstelt twee tegenover elkaar staande groepen. De werkelijkheid zit ingewikkelder in elkaar dan dat. Wordkeuze doet ertoe.

### Advies

Ons belangrijkste advies is om helder en transparant te communiceren over de besluitvorming, meer voorspelbaar te zijn in gehanteerde oplossingsrichtingen die ten grondslag liggen aan de te nemen besluiten als het virus opleeft, en de aanpak van de maatschappelijke effecten van corona onderdeel te maken van langetermijnbeleid dat zich richt op reeds bestaande maatschappelijke vraagstukken die door corona nog zichtbaarder zijn geworden.

Verschillende onderzoeken hebben laten zien dat mensen het steeds lastiger vinden om te begrijpen waarom sommige gedragsregels in de ene situatie wel gelden en in de andere situatie niet. Het blijft tevens belangrijk het doel en de effectiviteit van bestaande of nieuwe maatregelen helder te onderbouwen. Daarbij dienen alle afwegingen bij de keuzes inzichtelijk te zijn, ook inzichten over gedrag en samenleving, zeker als effectiviteit van maatregelen onzeker is. Deze informatie moet voor iedereen te begrijpen en toegankelijk zijn. Als dit niet het geval is kan dit het draagvlak voor beleid ondermijnen en kan toenemend onbegrip maatschappelijke tegenstellingen verscherpen.

De maatschappelijke effecten van het afstandsonderwijs zijn dusdanig groot dat wij adviseren het open houden van scholen zoveel mogelijk te prioriteren. Over een eventuele vervroeging of verlenging van de kerstvakantie op scholen adviseren wij u met klem de uitvoerbaarheid en gevolgen ervan te toetsen bij de onderwijssector.

We wijzen tevens op de risico's van stigmatisering van groepen die in crisissituaties ontstaat. Stigmatisering kan tegenstellingen tussen bevolkingsgroepen verder verscherpen en leiden tot grotere spanningen en sociale wrijving in de samenleving. We adviseren u dringend om ook de opvattingen van de grote middengroep in ons land serieus te nemen en nadrukkelijk mee te nemen in de communicatie en informatievoorziening.



Sociaal en Cultureel Planbureau

10 december 2021

**Ons kenmerk**  
SCP-2021/3879

We zijn uiteraard bereid tot een nadere toelichting op onze reflecties.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e, 1.1.2, 5.1.2e  
5.1.2e *Sociaal en Cultureel Planbureau*