



Faculteit Wetenschappen  
FELN/SLP/02

## Vorbereiding besluitvorming

Dinsdag 9 november  
10:00-11:00 uur





Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

## Inhoud

1. Stand van zaken  
wetsvoorstellen
2. Vooruitblik  
besluitvorming
3. Wijkgerichte  
aanpak

... ..



## 1. Inhoud wetsvoorstel (1/4)

- a) de *verplichting* van de werkgever om het CTB in te zetten ten aanzien van werknemers in de CTB-plichtige sectoren, mits dit een plaats is waar voor klanten of bezoekers reeds een CTB-plicht geldt om deel te kunnen nemen aan activiteiten of toegang te krijgen tot voorzieningen;
  - b) de *bevoegdheid* van de werkgever om het CTB in te zetten ten aanzien van werknemers op alle terreinen (inclusief de zorg);
  - c) de *bevoegdheid* van zorgaanbieders om het CTB in te zetten ten aanzien van bezoekers van zorglocaties.
- Een verplichting of bevoegdheid moet eerst bij ministeriële regeling worden 'aangezet'. Vergt een actueel OMT-advies en een sociaalmaatschappelijke en economische reflectie.
  - In de ministeriële regeling kunnen sectoren of werksettings worden aangewezen waar de verplichting of bevoegdheid geldt en kunnen nadere regels worden gesteld (bepaalde uitzonderingen worden gemaakt).
  - De algemene inhoudelijke (eisen van noodzaak, proportionaliteit en subsidiariteit) en procedurele eisen (nahangprocedure parlement) zijn van toepassing vanwege opneming in hoofdstuk Va van WPG.



# 1. Aanpassing wetsvoorstel (2/4)

## 3) Specifiek t.a.v. bevoegdheid werkgever

Nader juridisch inkaderen grond- en mensenrechtelijke perspectief

- CTB heeft grote impact op een deel van de werknemers (recht op arbeid vs dagelijks testen)
- Vanuit grond- en mensenrechtelijk perspectief kan werkgever niet oordelen of de inzet van het CTB proportioneel en subsidiair is. (gezagsverhouding, willekeur, mogelijk misbruik door werkgever)

Noodzakelijk om de inzet van het CTB door de werkgever op wetsniveau nader in te kaderen door:

- *waarborg in algemene zin*: op wetsniveau bepalen dat de inzet van het CTB door de werkgever alleen toegestaan is in de bij ministeriële regeling aangewezen sectoren of werksettings. Hiervoor zullen alleen in aanmerking komen de sectoren of werksettings die – met inachtneming van de epidemiologische situatie – in algemene zin als risicovol gelden, zoals sectoren of werksettings waarbij werknemers in de regel 'binnen elkaars ademcirkel' werkzaamheden verrichten. Indien geïndiceerd kan hierbij regionale differentiatie plaatsvinden.
- *waarborg in concreto*: op wetsniveau bepalen dat – indien de inzet van het CTB bij ministeriële regeling is 'aangezet' – aan bepaalde aanvullende voorwaarden moet zijn voldaan voordat een werkgever de bevoegdheid in concreto kan aanwenden.
- Zo zullen alternatieve opties uitgesloten moeten zijn, zoals de mogelijkheid om afwisselend thuis te werken of op een andere locatie dan wel dat op ruimere afstand van elkaar werken.



## 1. Planning wetsvoorstel (3/4)

Dinsdag 9 november	Bewindspersonenoverleg
10 t/m 12 november	Aanpassen wetsvoorstel conform uitkomst bewindspersonenoverleg
Week van 15 t/m 19 november	- Gerichte consultatie (o.a. AP, VNO-NCW, VNG, Veiligheidsberaad en zorgkoepels) - Wetgevingstoets
Week van 22 t/m 26 november	- Verwerken consultatie - Besluitvorming DOC/ACC/MCC - vrijdag 26 november MR → spoedadviesaanvraag RvS
Wo. 1 december	Ontvangst spoedadvies Raad van State
2 t/m 6 december	Opstellen en afstemmen nader rapport
7 december	extra MR → indienen TK
Week van 13 december	Behandeling TK
Week van 20 december	Behandeling EK



## 1. Beslispunten DO (4/4)

- **Bent u akkoord met verplichting voor CTB plichtige sectoren?**  
*Advies: Ja, ook overeenkomstig RvS advies*
- **Bent u akkoord met aanpassingen van het wetsvoorstel zoals weergegeven bij slide punt 2 (inkaderen)?**  
*Advies: Ja, nodig ivm grondrecht/mensenrecht*
- **Wenst u uit te gaan van een bevoegdheid of een verplichting voor de werkgever?**  
*Advies: geen plicht (politiek risico)*
- **Wenst u het besluit om een wettelijke grondslag te creëren voor inzet van het CTB in de zorg ten aanzien van werknemers (punt b) en/of bezoekers (punt c) te handhaven?**  
*Advies: Nee? OMT adviseert negatief tav werknemers zorg, verder ook kijken naar bezoekers andere sectoren, bijv DJI*
- **Bent u akkoord met de planning?**  
*Advies: Ja*



## 2. Vooruitblik besluitvorming (1/1)

Bijlage 1: maatregelensheets NCTV versie 8.



### 3. Wijkgerichte aanpak (1/8)

Doel: druk op de zorg beheersbaar houden en vaccinatiegraad verhogen

Inzet op:

- Testen en traceren
- Vaccineren
- Communicatie, gericht op gedragsverandering
- Handhaving
- *Op termijn mogelijk*: regionale maatregelen

Proces:

1. Huidige (landelijke) acties in beeld
2. Bepalen afbakening gemeenten/wijken
3. Bepalen acties voor versterkte wijkgerichte aanpak

*Benoemen in Kamerbrief as. vrijdag.*

- Vervolgens uitwerken ism met o.a.:
  - GGD'en, JenV (kerken), SZW (integratie), VB/gemeenten (handhaving)



### 3. Huidige inzet (2/8)

#### Testen en traceren

- De GGD heeft een landelijk dekkend netwerk van 155 testlocaties (99% binnen 30 min; 95% binnen 20 min).
- Zelftesten: via GGD uitgedeeld aan scholieren op examenreis.
- VWS heeft aan het armoedefonds en de voedselbanken zelftesten voor sociale minima beschikbaar gesteld (totaal 1,5 miljoen).
- Testen en vaccineren: GGD heeft 35 mobiele units (bussen) die gebruikt kunnen worden voor testen en vaccineren of een combinatie van beide. Testen: vooral bij bepaalde locaties of uitbraaksituaties in verpleeghuizen of scholen. Vaccineren: GGD zoekt ism gemeenten naar beste plek inzet. *(Dit hoeft niet altijd de wijk te zijn waar de vaccinatiegraad laag is, in verband met grote sociale controle.)*



## 3. Huidige inzet, vervolg (3/8)

**Stap 1: selectie maken van de top 10 wijken in de steden met de grootste achterstand.**

**Stap 2: Samenstellen mobiele teams in deze wijken, samengesteld op lokaal niveau vanuit de GGD en wijk en buurtcentra die zich richten op:**

### 1. Voorlichting en vaccinatieteams in de wijk

- **Informatie en vaccinatie aanbieden** bij kerken, moskeeën en/of andere gebedshuizen door de mobiele teams. Prikbussen samen met een campagne team die dagelijks een maand lang aanwezig zijn.
- Idem bij drukbezochte locaties (markten, winkelcentra, ziekenhuizen, apotheken) en plekken juist net buiten een wijk/dorp i.v.m. sociale controle.
- **Voorlichting op middelbare scholen** door de GGD, waarbij de prikbus op het schoolplein staat.
- **Vrije inloop uren** bij mobiele pop-up locaties en prikbussen.

**2. Controle CTB** in deze wijken verhogen door gelijktijdige inzet van handhavingsteams op horeca, terrassen, evenementen, binnensport etc.

### Stap 3: aanvullende acties

**3. Actie richting arbeidsmigranten:** prikbusen GGD op locatie bij de werkgevers in de betreffende gemeenten met lage vaccinatiegraad. Idem voor asielzoekers; hun wordt een vaccinatie geboden op de (eerste) opvanglocatie.

**In aanvulling op deze lokale acties: data gedreven vaccinatie aanpak:** rekening houdend met de behoefte van informatievoorziening in

- een bepaalde wijk. Bijvoorbeeld: eerst flyer en eventueel doorverwijzen naar vaccinatielocatie.
- In 800 postcodegebieden waar de vaccinatiegraad achterblijft is de **campagne 'Prikken zonder Afspraak'** zichtbaar op: social media (Facebook en Instagram), via advertenties in apps, op Spotify online radio en via buitenreclame op abri's.
- Bereiken van mensen met migratie-achtergrond: website prikkenzonderafpraak.nl in **11 talen** beschikbaar.

### Communicatie

- PM



### 3. Samengestelde indicator: wijkgerichte aanpak (4/8)

**Doelstelling:** groep van gemeenten identificeren waar de meeste bescherming nodig is.

**Uitwerking:** Samengestelde indicator waarbij vaccinatiegraad, ziekenhuisopnames per miljoen inwoners en besmettingen per 100.000 inwoners zijn meegewogen.

**Indicator gaat uit:** van alle gemeenten met een vaccinatiegraad onder een bepaalde norm, of aantal ziekenhuisopnames of besmettingen boven een bepaalde norm.

**Voorlopige waarden** (afkapwaarden niet definitief, nadere onderbouwing nodig, indicatief):

- Gemeenten met vaccinatiegraad (12 jaar en ouder) lager dan 75% of
- Gemeenten met ziekenhuisopnames van meer dan 250 per 1 miljoen inwoners per 14 dagen of
- Gemeenten met aantal besmettingen van meer dan 1000 per 100.000 inwoners per 14 dagen.



### 3. Resultaat bij toepassing van de voorlopige afkapwaarden (5/8)

- Gemeenten met vaccinatiegraad (12 jaar en ouder) lager dan 75% - 31 gemeenten
- Gemeenten met ziekenhuisopnames van meer dan 250 per 1 miljoen inwoners per 14 dagen - 7 bijkomende gemeenten
- Gemeenten met aantal besmettingen van meer dan 1000 per 100.000 inwoners per 14 dagen - 3 bijkomende gemeenten

Wanneer de dubbeltellingen eruit worden gelaten blijven er 41 gemeenten over. Deze zijn geel gearceerd in het overzicht.

Gemeenten vaccinatiegraad kleiner dan 75%		Hoogste ziekenhuisopnames per 1 miljoen inwoners op aflopende volgorde, groter dan 250	Hoogste besmettinggraad per 100.000 inwoners op aflopende volgorde, groter dan 1000
stand 18-10, gepubl. op 27-10		13-10 t/m 26-10, gepubl. op 1-11	13-10 t/m 26-10, gepubl. op 27-10
Urk	28 %	Staphorst	3111
Staphorst	53 %	Renswoude	2172
Neder-Betuwe	59 %	Zwartewaterland	1792
Reimerswaal	59 %	Sliedrecht	1790
Vaals	65 %	<b>Druen</b>	1757
Barneveld	66 %	<b>Lopik</b>	1422
Rotterdam	67 %	Barneveld	1371
Tholen	67 %	Urk	<b>Woudenberg</b>
Nunspeet	68 %	Altena	<b>Boxmeer</b>
Alblasserdam	69 %	<b>Weert</b>	1271
Renswoude	69 %	Alblasserdam	1206
's-Gravenhage	70 %	Rhenen	1186
Lelystad	70 %	Scherpenzeel	1141
Schiedam	70 %	<b>Wierden</b>	1089
Almere	71 %	Neder-Betuwe	
Zwartewaterland	71 %	Cuijk	
Achtkarspelen	71 %	Rijssen-Holten	
Hardinxveld-Giessenc	71 %	Elburg	
Dantumadiel	71 %		
Heerlen	72 %		
Scherpenzeel	72 %		
Kerkrade	72 %		
Amsterdam	73 %		
Capelle aan den IJssel	73 %		
Viaardingen	74 %		
Sliedrecht	74 %		
Rhenen	74 %		
Zaanstad	74 %		
Krimpen aan den IJssel	74 %		
Beverwijk	74 %		
Zaltbommel	74 %		



### 3. Relevante punten bij gebruik van de indicatoren (6/8)

#### **Rioolwatersurveillance (nog) niet geschikt als indicator**

- Rioolwatersurveillance bevestigt achteraf en kan niet vooraf voorspellende waarde hebben. Het biedt daarmee geen sneller zicht dan aantal positieve testen. Virusvracht in rioolwater, kan nu nog geen voorspellende indicator zijn en is niet bruikbaar als criterium voor lokale maatregelen.
- De rioolwatermetingen worden gedaan bij alle rioolwaterzuiveringsinstallaties (RWZI's) in het hele land en geven dus informatie voor heel Nederland. Omdat het bereik van RWZI's over gemeentegrenzen heen gaat, heeft het CBS een methode ontwikkeld om het aantal virusdeeltjes per 100.000 inwoners te berekenen. De uitkomsten zijn echter nog niet betrouwbaar genoeg gebleken om als indicator op gemeenteniveau te kunnen gebruiken.

#### **Doorontwikkeling methodiek**

Er wordt samen met het RIVM nog gekeken:

- Naar de keuze van afkapwaarden en de tijdperiode waar de indicatoren betrekking op hebben (bijv. 4 weken i.p.v. 2 weken).  
**N.B.** De afkapwaarden hebben niet de functie van signaalwaarden, maar als doel om niet teveel en niet te weinig regio's (bijv. circa 40) te selecteren waarin extra instrumenten ingezet kunnen worden
- Naar de mogelijkheid om bij grote gemeenten op wijkniveau te kijken omdat de verschillen binnen deze gemeenten heel groot kunnen zijn



### 3. Mogelijkheden om lokale inzet te intensiveren

(7/8)

- Wijken met veel migranten, dorpen in de biblebelt en jongeren. Dit kost veel tijd en men moet een lange adem hebben.
- Naast vaccinatie direct een QR-code/CTB ontvangen of in ieder geval informatie geven hoe dit te realiseren is. Bij arbeidsmigranten is dit een grote trigger om je te laten vaccineren, echter de route naar CTB is nog te onduidelijk voor veel mensen.
- Welke wijken zijn geselecteerd 5.1.2e en check deze met GGD, in hoeverre hier extra aandacht nodig is, zoals combinatie met testen, uitdelen zelftest en mondkmaskers.
- Evaluatie of de aanpak in een specifieke wijk wel echt werkt.
- De campagne Prikken zonder Afspraak richt zich vooral op de ongevaccineerden die vanwege fysieke barrières nog geen vaccinatie hebben gehaald. Er is ook een groep ongevaccineerden die twijfelt en meer emotionele, functionele en sociale barrières ervaart. We willen deze groep binnen de wijken waar de vaccinatiegraad achterblijft, direct aanspreken en helpen aan de juiste informatie. Hiervoor werken we aan een platform waar de belangrijkste twijfels worden geadresseerd en een overzicht met plekken waar mensen een gesprek kunnen aangaan met een specialist over hun twijfels. Met wijkgerichte communicatie in verschillende talen willen zoveel mogelijk mensen attenderen op dit platform.
- Parallel ontwikkelt de GGD GHOR een dialoogplatform gericht op het 'in gesprek gaan' over twijfels en vragen ten aanzien van vaccinatie en het informeren hierover. Hierbij wordt uitleg geven over het beschermen van de eigen gezondheid en die van de sociale omgeving. Op dit platform kan het gesprek plaatsvinden én de juiste informatie onafhankelijk en vertrouwd bij de doelgroep worden gelegd. Dit gesprek en de informatie is voor iedereen die:
  - Nog niet gevaccineerd zijn of wel gevaccineerd zijn maar nog vragen hebben (Twijfelaars, uitstellers en afstellers)
  - Ter ondersteuning van de mensen die zelf willen informeren of in gesprek willen gaan met groep 1 (huisartsen, apothekers etc.)
  - Mensen die willen informeren maar niet de kennis of capaciteit hebben en dus iets nodig hebben om naar te verwijzen (familie, vrienden, werkgevers, politici, scholen etc.)



## Mogelijkheden om lokale inzet te intensiveren (8/8)

### Testen en traceren

- Gegeven twee aangenomen moties\* \*\* kunnen we in gesprek gaan met GGD'en over de inzet van pop-up locaties in deze specifieke wijken voor zowel testen als vaccineren. Bijvoorbeeld door het verleggen van de teststromen van XL-testlocaties als Rotterdam- The Hague Airport naar de wijken Charlois en Feyenoord. Het CBS heeft onderzocht dat de bereikbaarheid\*\*\* een belangrijke verklarende variabele is voor de testbereidheid naast leeftijd, SES, en het bezitten van een motorvoertuig\*\*\*\*.
- Intensiveren van verspreiding gratis mondkapjes en zelftesten: Voedselbanken en Armoedefonds. Aan alternatieve routes via Leger des Heils, GGD'en, gemeenten en Rode Kruis wordt gewerkt, verspreiding via kerk- en moskeekoepels wordt verkend. Ten behoeve van:
  - Aan (x-percentage) sociale minima.
  - Aan (x-percentage) wijkgerichte aanpak.

PM: uitkomsten prik en vaccinatiebussen PO met GGD GHOR

### Wijkgerichte handhaving

- Coachend handhaven: CTB handhaving gericht inzetten in deze wijken en combineren met inzet prikbusen/testlocaties voor toegang (evt. beginnend met een pilot)
- Gemeenten aansporen tot extra handhaving in wijken met lage vaccinatiegraad (via VB, of in samenwerking van handhaving met GGD).

### Communicatie

- Wijkgerichte communicatie-aanpak: gericht op betreffende wijken en doelgroepen. Daarbij ervaring tussen testen en vaccineren over en weer gebruiken.
- Landelijke communicatie over deze aanpak: gericht op beheersbaar houden van druk op de zorg en vaccinatiegraad verhogen. Ook richting persco en brief.

\* Motie Van den Berg (CDA) over de inzet van mobiele testlocaties in specifieke wijken en dorpen.

\*\* Motie Bikker (CU), Westerveld (GL) en Kuiken (PvdA) over de inzet van permanente testlocaties in specifieke wijken en dorpen.

\*\*\* [Minder geteste mensen bij grotere afstand tot GGD-testlocatie \(cbs.nl\)](#)

\*\*\*\* [GGD-testdata: 6,7 miljoen mensen deden minstens één coronatest \(cbs.nl\)](#)