PELS RIJCKEN

Inventaris producties bij memorie van antwoord

Staat der Nederlanden / B.J. Maes en E. Lenting
Zaaknummer 200.302.220

1	Regeling van 18 december 2021, Stcrt. 2021, 50593
2	Kamerbrief van de Minister van VWS van 18 december 2021
3	Kamerbrief van de Minister van VWS van 2 november 2021
4	Advies OMT van 11 november 2021 n.a.v. 129e OMT
5	Advies OMT van 11 oktober 2021 n.a.v. 127e OMT
6	Advies OMT van 1 november 2021 n.a.v. 128e OMT
7	Regeling van 4 november 2021, Stcrt. 2021, 46176
8	Regeling van 12 november 2021, Stcrt. 2021, 47013
9	Advies OMT van 22 november 2021 n.a.v. 130e OMT
10	Advies OMT van 25 november 2021 n.a.v. 131e OMT
11	Regeling van 26 november 2021, Stcrt. 2021, 48461
12	Regeling van 22 november 2021, Stcrt. 2021, 47808
13	Kamerbrief van de Minister van VWS van 26 november 2021
14	Advies OMT van 6 december 2021 n.a.v. 132e OMT
15	Advies OMT van 13 december 2021 n.a.v. 133e OMT
16	Advies OMT van 18 december 2021 n.a.v. 134e OMT
17	Regeling van de Minister van VWS van 11 juni 2021, Stcrt. 2021, 33032
18	Advies van de Gezondheidsraad van 20 mei 2021 'Transmissie na vaccinatie'
19	Advies OMT van 24 mei 2021 n.a.v. 114e OMT (deel 2)
20	Commissiebrief van de Minister van VWS van 25 oktober 2021
21	ECDC rapport van 29 maart 2021, Risk of SARS-CoV-2 transmission from newly-infected individuals with documented previous infection or vaccination'
22	ECDC rapport van 21 april 2021, Interim guidance on benefits of full vaccination against COVID-19 for transmission and implications for non-pharmaceutical interventions
23	RIVM, Vaccine effectivess against SARS-CoV-2 transmission to household contacts during dominance of delta variant
24	ECDC rapport van 1 september 2021, Interim public health considerations for the provision of additional COVID-19 vaccine doses'
25	RIVM, Effectiviteit van COVID-19 vaccinatie tegen ziekenhuis en intensive-care-opname in Nederland (opnames 11 juli – 14 november 2021)
26	Technische briefing prof. Van Dissel van 1 december jl.
27	Technische briefing van prof. Van Dissel van 21 december 2021

Alle werkzaamheden worden verricht op grond van een overeenkomst van opdracht met de naamloze vennootschap Pels Rijcken & Droogleever Fortuijn N.V. gevestigd te Den Haag en ingeschreven in het Handelsregister onder nr. 27283716. Op de overeenkomst zijn de algemene voorwaarden van toepassing, die zijn gedeponeerd ter griffie rechtbank Den Haag onder nr. 36/2020. Daarin is een aansprakelijkheidsbeperking opgenomen. De algemene voorwaarden worden op verzoek toegezonden of zijn te raadplegen op www.pelsrijcken.nl. Kwaliteitsrekening notariaat 21.30.13.495

28 Kamerbrief van de Minister van VWS van 14 december 2021

behandeld door	J. Bootsma
correspondentie	Postbus 11756, 2502 AT Den Haag
telefoon	+31 70 515 3838
fax	+31 70 515 3314
e-mail	jannetje.bootsma@pelsrijcken.nl
zaaknr	Staat der Nederlanden / B.J. Maes en E. Lenting

Productie 1

STAATSCOURANT

Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.

Nr. 50593

18 december 2021

Regeling van de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van Justitie en Veiligheid en van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties van 18 december 2021, kenmerk 3282709-1019936-WJZ, houdende wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met verzwaring van de maatregelen

De Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van Justitie en Veiligheid en van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,

Handelende in overeenstemming met de Ministers van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, van Infrastructuur en Waterstaat, van Economische Zaken en Klimaat, van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, voor Basis- en Voortgezet Onderwijs en Media en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;

Handelende in overeenstemming met het gevoelen van de ministerraad;

Gelet op de artikelen 58e, eerste lid, 58g, eerste lid, 58h, eerste lid, 58i, 58j, eerste lid, onder b en d, 58q, eerste lid, en 58r, eerste en tweede lid, van de Wet publieke gezondheid;

Besluiten:

ARTIKEL I

De Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 1.1 wordt in de alfabetische volgorde ingevoegd:
besloten binnenruimte: besloten plaats, met uitzondering van een daarbij behorend erf en een woning;

B

Aan artikel 2.8 wordt toegevoegd `door topsporters, als bedoeld in artikel 4.4, derde lid.

C

Artikel 3.1 komt te luiden:

Artikel 3.1 Groepsvorming boven twee personen

1. Plaatsen waar het tot en met 15 januari 2022 om 05.00 uur niet is toegestaan zich in groepsverband op te houden met meer dan twee personen, zijn:
a. een openbare plaats;
b. een erf behorende bij een publieke plaats;
c. een erf behorende bij een besloten plaats, niet zijnde een woning.
2. Het eerste lid geldt niet voor:
a. personen tot en met twaalf jaar;

b. personen tot en met zeventien jaar die deelnemen aan:
i. georganiseerde jeugdactiviteiten en personen die deze activiteiten organiseren of begeleiden, mits het groepsverband niet groter is dan vijftig personen en tot 17.00 uur;
ii. sportactiviteiten op de locatie en tussen de leden van de sportvereniging waarbij zij als lid zijn aangesloten en buiten de sportlocatie tot 17.00 uur;
c. bezoekers bij een uitvaart, mits het groepsverband niet groter is dan honderd personen;
d. bezoekers bij een huwelijksvoltrekking of de registratie van een partnerschap, mits het groepsverband niet groter is dan vijftig personen;
e. groepsverbanden die noodzakelijk zijn voor de continuering van de dagelijkse werkzaamheden van instellingen, bedrijven en andere organisaties;
f. zorgverleners of zorgvrijwilligers enerzijds en personen met een handicap die zij begeleiden anderzijds, alsmede de personen die zij begeleiden onderling;
g. ambtenaren die werkzaam zijn in het kader van de behandeling van een asielaanvraag, opvang, begeleiding, bewaring of gedwongen terugkeer van vreemdelingen in de uitoefening van hun functie enerzijds en degenen jegens wij zij hun taak uitoefenen anderzijds, alsmede deze laatste personen onderling;
h. personen in woongedeeltes van voer- en vaartuigen;
i. topsporters en trainers of begeleiders;
j. personen die deelnemen aan onderwijsactiviteiten.
3. In afwijking van het eerste lid wordt van 24 december 2021 tot en met 27 december 2021 om 05.00 uur en van 31 december 2021 tot en met 1 januari 2022 om 05.00 uur in het eerste lid in plaats van 'twee personen' gelezen 'vier personen'.

D

Na artikel 3.1 worden twee artikelen ingevoegd, luidende:

Artikel 3.2 Groepsvorming publieke binnenruimte

1. In publieke binnenruimten is het tot en met 15 januari 2022 om 05.00 uur niet toegestaan zich in groepsverband op te houden met meer dan vijftig personen per zelfstandige ruimte.
2. Het eerste lid geldt niet voor:
a. bezoekers bij een uitvaart, mits het groepsverband niet groter is dan honderd personen;
b. personen op doorstroomlocaties;
c. personen die deelnemen aan onderwijsactiviteiten;
d. groepsverbanden die noodzakelijk zijn voor de continuering van de dagelijkse werkzaamheden van instellingen, bedrijven en andere organisaties;
e. zelfstandige personen in ruimten met een verkeersfunctie.

Artikel 3.3 Groepsvorming besloten binnenruimte

1. In besloten binnenruimten is het tot en met 15 januari 2022 om 05.00 uur niet toegestaan zich in groepsverband op te houden met meer dan vijftig personen per zelfstandige ruimte.
2. Het eerste lid geldt niet voor:
a. bezoekers bij een uitvaart, mits het groepsverband niet groter is dan honderd personen;
b. personen die deelnemen aan onderwijsactiviteiten, locaties voor kinderopvang en zorglocaties;
c. groepsverbanden die noodzakelijk zijn voor de continuering van de dagelijkse werkzaamheden van instellingen, bedrijven en andere organisaties.

E

Artikel 4.a1 komt te luiden:

Artikel 4.a1 Sluiting publieke plaats

Onverminderd artikel 58h, tweede lid, van de wet worden tot en met 15 januari 2022 om 05.00 uur geen andere publieke plaatsen voor publiek opengesteld dan:

a. winkels in de levensmiddelenbranche voor mens en dier, mits gesloten voor publiek tussen 20.00 uur en 05.00 uur;
b. winkels in zorg- of welzijnshulpmiddelen mits gesloten voor publiek tussen 20.00 uur en 05.00 uur;
c. opticiens, mits gesloten voor publiek tussen 20.00 uur en 05.00 uur;
d. audiciens, mits gesloten voor publiek tussen 20.00 uur en 05.00 uur;
e. groothandels voor levering ten behoeve van personen in de uitoefening van beroep of bedrijf, mits gesloten voor publiek tussen 20.00 uur en 05.00 uur;
f. drogisterijen, mits gesloten voor publiek tussen 20.00 uur en 05.00 uur;
g. apotheken;
h. tankstations;
i. voedselbanken, kledingbanken en dierenvoedselbanken, uitsluitend voor die functie, mits gesloten voor publiek tussen 20.00 uur en 05.00 uur;
j. winkels waar uitsluitend sprake is van het ophalen van bestelde of gereserveerde artikelen of het retourneren van artikelen, mits gesloten voor publiek en zonder dat er een oploop van publiek ontstaat:
    1°. tussen 20.00 uur en 05.00 uur, indien het een doe-het-zelfwinkel betreft;
    2°. tussen 17.00 uur en 05.00 uur, indien het geen doe-het-zelfwinkel betreft;
k. winkels ten behoeve van benodigdheden voor een uitvaart, mits gesloten voor publiek tussen 17.00 uur en 05.00 uur;
l. locaties buiten voor de verkoop van kerstbomen, uitsluitend voor die functie, mits gesloten voor publiek tussen 17.00 uur en 05.00 uur;
m. zorglocaties;
n. locaties waar personen worden gehoord in verband met een bezwaarschrift of administratief beroep;
o. overheidsgebouwen met een publieksfunctie of een loket;
p. locaties gericht op zakelijke of financiële dienstverlening, uitsluitend voor die functie;
q. reisbureaus;
r. servicepunten voor het versturen of ontvangen van brieven en postpakketten, uitsluitend voor die functie;
s. locaties voor dierenverzorging of -gezondheid;
t. wasserijen;
u. stomerijen;
v. locaties voor reparatie en onderhoud van goederen, uitsluitend voor die functie;
w. bibliotheken;
x. publieke plaatsen waar tegen betaling verblijf wordt aangeboden aan personen die niet als ingezetene zijn ingeschreven in de basisregistratie personen met een adres in de gemeente waar dit verblijf wordt aangeboden, mits geen etenswaren of dranken aan de gasten worden geserveerd en mits deze publieke plaatsen als zodanig opgenomen zijn in het register van de Kamer van Koophandel of een soortgelijk erkend register;
y. luchthavens, met uitzondering van winkels vóór de securitycheck;
z. openbaar vervoer en ander bedrijfsmatig personenvervoer, mits het vervoer primair de verplaatsing van de ene naar de andere locatie behelst en het vervoer geen recreatieve activiteit is;
aa. stations, met uitzondering van winkels, halteplaatsen, of andere bij het openbaar vervoer of ander bedrijfsmatig personenvervoer behorende voorzieningen en de daarbij behorende perrons, trappen, tunnels en liften;
bb. parkeergarages;
cc. locaties in de buitenlucht met vaste ligplaatsen voor vaartuigen;
dd. fietsenstallingen;
ee. locaties waar contactberoepen ten behoeve van zorg worden uitgeoefend;
ff. locaties waar georganiseerde dagbesteding of opvang plaatsvindt voor kwetsbare groepen, uitsluitend voor die functie;
gg. publieke sanitaire voorzieningen;
hh. locaties, met bijbehorende kleedkamers, uitsluitend voor de volgende functies en indien de beheerder er zorg voor draagt dat geen toeschouwers worden toegelaten, waar:
    1°. topsporters sport beoefenen;
    2°. zwemles voor het A-, B- of C-diploma of schoolzwemmen plaatsvindt, mits gesloten voor publiek tussen 17.00 uur en 05.00 uur;
    3°. therapeutisch zwemmen plaatsvindt;

4°. buiten sportbeoefening, mits kleedkamers gesloten zijn, plaatsvindt door:

i. personen tot en met zeventien jaar, mits wedstrijden uitsluitend plaatsvinden op de locatie en tussen de leden van de sportvereniging waarbij zij als lid zijn aangesloten;

ii. personen van achttien jaar en ouder, mits geen wedstrijden, groepslessen en sportbeoefening in groepsverband met meer dan twee personen plaatsvinden;

ii. locaties waar een plechtigheid plaatsvindt ten behoeve van huwelijksvoltrekkingen, een registratie van een partnerschap, een uitvaart of een locatie voor dienstverlening ten behoeve van uitvaarten;

jj. locaties waar wordt gevaccineerd tegen of getest op het virus SARS-CoV-2, uitsluitend voor die functie;

kk. locaties voor verhuur van goederen, uitsluitend voor die functie;

ll. locaties ten behoeve van het verkrijgen van officiële documenten, uitsluitend voor die functie;

mm. locaties voor een cursus of training of een theorie- of praktijkexamen dat noodzakelijk is voor de uitoefening van beroep of bedrijf;

nn. locaties die worden gebruikt ten behoeve van de uitvoering van een verkiezing als bedoeld in de Kieswet dan wel de Tijdelijke wet verkiezingen covid-19, uitsluitend voor die functie;

oo. locaties die worden gebruikt voor onderwijsactiviteiten;

pp. locaties voor rijles of een theorie- of praktijkexamen ten behoeve van het besturen van een vervoermiddel;

qq. eet- en drinkgelegenheden, uitsluitend in de volgende locaties en mits de beheerder er zorg voor draagt dat het publiek wordt geplaceerd:

1°. in een uitvaartcentrum of in een andere locatie waar een plechtigheid plaatsvindt ten behoeve van een uitvaart;

2°. in een zorglocatie voor patiënten en cliënten en bezoekers van patiënten en cliënten;

3°. op een luchthaven na de securitycheck;

4°. in een locatie waar georganiseerde dagbesteding of opvang plaatsvindt voor kwetsbare groepen;

5°. op een verzorgingsplaats langs wegen die behoren tot het hoofdwegennet, uitsluitend voor beroepschauffeurs;

6°. waar uitsluitend sprake is van verkoop, aflevering of verstrekking van etenswaren of dranken voor gebruik anders dan in de eet- en drinkgelegenheid, mits de duur van het verblijf van publiek in de inrichting zoveel mogelijk wordt beperkt;

7°. in een internationale trein;

8°. op een verzorgingsplaats die exclusief is ingericht voor zeevarenden voor de tijdelijke onderbreking van hun reis;

rr. standplaatsen voor de verkoop of uitgifte van eten of drinken tot 20.00 uur;

ss. buitenspeeltuinen en kinderboerderijen zonder winstoogmerk die worden beheerd of geëxploiteerd door een gemeente, vereniging, stichting of groep individuen zonder rechtspersoonlijkheid en die zijn gericht op de betreffende buurt, wijk of gemeente, mits gebouwen gesloten blijven met uitzondering van de bij de locatie behorende toiletvoorzieningen;

tt. locaties voor cursussen en trainingen, met uitzondering van cursussen en trainingen die noodzakelijk zijn voor de uitoefening van beroep, locaties waar opgelegde educatieve maatregelen ter bevordering van de rijvaardigheid of geschiktheid worden ondergaan, locaties waar theorie-examens worden afgenomen die noodzakelijk zijn voor het mogen besturen van een vervoermiddel of voor de uitoefening van het beroep van rijinstructeur, keurmeester voor de periodieke keuring van motorrijtuigen, tachograaftechnicus of LPG-technicus, locaties waar theoretische nascholingscursussen als bedoeld in artikel 156r van het Reglement rijbewijzen plaatsvinden of locaties waar theoretische bijscholing als bedoeld in artikel 12b, eerste lid, van de Wet rijonderricht motorrijtuigen 1993 plaatsvinden.

F

Artikel 4.a2 komt te luiden:

Artikel 4.a2 Placeringsplicht

1. Een publieke plaats wordt slechts voor publiek opengesteld, indien de beheerder er zorg voor draagt dat het publiek op de veilige afstand van elkaar wordt geplaceerd, tenzij het om personen gaat als bedoeld in hoofdstuk 2 of personen als bedoeld in artikel 58f, derde lid, onder a en d, van de wet.
2. Het eerste lid geldt niet voor:
a. doorstroomlocaties;
b. openbaar vervoer en ander bedrijfsmatig personenvervoer.

G

Aan artikel 4.2 wordt een lid toegevoegd, luidende:
9. Het eerste tot en met het achtste lid gelden niet tot en met 15 januari 2022 om 05.00 uur.

H

Aan artikel 4.3 wordt een lid toegevoegd, luidende:
5. Het eerste tot en met het vierde lid gelden niet tot en met 15 januari 2022 om 05.00 uur.

I

In Hoofdstuk 5 wordt vóór artikel 5.1 een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 5.a1 Evenementenverbod

1. Evenementen worden niet georganiseerd tot en met 15 januari 2022 om 05.00 uur.
2. Het eerste lid geldt niet voor:
a. uitvaarten;
b. warenmarkten;
c. sportwedstrijden van topsporters als bedoeld in artikel 4.4, derde lid, zonder toeschouwers;
d. sportwedstrijden voor personen als bedoeld in artikel 4.a1, onder hh, onder 4°, onder i.

J

Artikel 5.2, zevende lid, komt te luiden:
7. Het eerste tot en met het zesde lid gelden niet tot en met 15 januari 2022 om 05.00 uur.

K

Aan artikel 6.5 wordt een lid toegevoegd, luidende:
4. De artikelen 3.1, 3.2 en 3.3 gelden niet in het openbaar vervoer en ander bedrijfsmatig personenvervoer.

L

In de artikelen 6.7e, eerste lid, en 6.7f, eerste lid, wordt na `aangewezen hoogrisicogebied' telkens ingevoegd `binnen de Europese Economische Ruimte, uit Zwitserland, Andorra, Monaco, San Marino, Vaticaanstad of uit de Caribische delen van het Koninkrijk'.

M

Aan artikel 6.8 wordt een lid toegevoegd, luidende:
7. Tot en met 15 januari 2022 om 05.00 uur is het verboden een contactberoep uit te oefenen, met uitzondering van de uitoefening van het beroep waar tegen betaling zorg wordt verleend en audiciens, opticiens, rijinstructeurs en rijexaminatoren.

N

Artikel 6.10, derde en vierde lid, komen te luiden:
3. Het is verboden onderwijsactiviteiten te verrichten in:

a. instellingen voor primair onderwijs en instellingen voor voortgezet onderwijs van 21 december 2021 tot en met 24 december 2021;
b. instellingen voor beroepsonderwijs en instellingen voor hoger onderwijs van 21 december tot en met 9 januari 2022.
4. Het derde lid geldt niet voor:
a. afstandsonderwijs;
b. praktijkgerichte onderwijsactiviteiten;
c. onderwijsactiviteiten voor leerlingen in een examenjaar en het houden van schoolexamens in het voorexamenjaar;
d. het houden van examens, tentamens en toetsen in instellingen voor beroepsonderwijs en instellingen voor hoger onderwijs;
e. het begeleiden van leerlingen en studenten in een kwetsbare positie;
f. het begeleiden van leerlingen van instellingen voor primair onderwijs met een ouder of voogd die werkt in een cruciaal beroep als bedoeld in bijlage 1.

O

In artikel 6.11 wordt `24 december 2021' vervangen door `9 januari 2022'.

P

Na paragraaf 6.6 wordt een paragraaf ingevoegd, luidende:

§ 6.7 Bezettingsgraad logementen

Artikel 6.12 Bezettingsgraad logementen

De beheerder van een plaats waar tegen betaling verblijf wordt aangeboden aan personen die niet als ingezetene zijn ingeschreven in de basisregistratie personen met een adres in de gemeente waar dit verblijf wordt aangeboden, biedt tot en met 15 januari 2022 om 05.00 uur geen verblijf aan, aan meer dan twee personen van dertien jaar en ouder per verblijfplaats, tenzij het gaat om personen als bedoeld in artikel 58g, tweede lid, onder a, van de wet.

Q

Onder vervanging van de puntkomma door een punt aan het slot van onderdeel j, vervallen de onderdelen k en l in artikel 6.19, zesde lid.

R

Bijlage 1 komt te luiden:

BIJLAGE 1. BEHORENDE BIJ DE ARTIKELEN 6.10 EN 6.11

Cruciale beroepen die zorg dragen voor vitale processen:
- landelijk transport en distributie elektriciteit;
- regionale distributie elektriciteit;
- gasproductie, landelijk transport en distributie gas;
- olievoorziening;
- internet- en datadiensten;
- internettoegang en dataverkeer;
- spraakdienst en SMS;
- plaats- en tijdsbepaling middels GNSS;
- drinkwatervoorziening;
- keren en beheren waterkwantiteit;
- vlucht- en vliegtuigafhandeling;
- scheepvaartafwikkeling;
- grootschalige productie/verwerking en/of opslag (petro)chemische stoffen;
- opslag, productie en verwerking nucleair materiaal;

- toonbankbetalingsverkeer;
- massaal giraal betalingsverkeer;
- hoogwaardig betalingsverkeer tussen banken;
- effectenverkeer;
- basisregistraties personen en organisaties;
- interconnectiviteit (transactie-infrastructuur voor informatie uit basisregistraties);
- elektronisch berichtenverkeer en informatieverschaffing aan burgers;
- identificatie en authenticatie van burgers en bedrijven;
- inzet defensie;

Overige cruciale beroepen:

- vervoer van personen en goederen over spoorweginfrastructuur, waaronder openbaar vervoer;
- vervoer van personen en goederen over wegennet, waaronder openbaar vervoer en transport van brandstoffen, zoals kolen, olie, benzine en diesel;
- post- en pakketbezorging;
- het verlenen van zorg, jeugdhulp en (maatschappelijke) ondersteuning, evenals de productie en transport van medicijnen en medische hulpmiddelen;
- medewerkers die noodzakelijke werkzaamheden verrichten na het overlijden van personen;
- medewerkers benodigd voor onderwijsactiviteiten, zoals afstandsonderwijs en examens;
- medewerkers die kinderopvang mogelijk maken;
- Noodzakelijke processen in de voedselketen, waarmee bedoeld wordt de medewerkers in supermarkten, bakkerijen, slagers, vis- en groenteverkoop en andere winkels die de verkoop van levensmiddelen als primaire doel heeft. Ook andere medewerkers die noodzakelijke processen in de voedselketen uitvoeren behoren hiertoe, zoals de distributieketen, industrie en boeren die het werk van eerdergenoemde medewerkers mogelijk maakt.
- inzamelen, recyclen, vervoeren en verwerken van afval, afvalwater en vuilnis;
- medewerkers van nieuwsmedia gericht op de informatievoorziening aan de samenleving;
- communicatie met en tussen hulpdiensten middels 112 en C2000;
- inzet politie, brandweer, ambulancezorg, meldkamerprocessen, GHOR, crisisbeheersing van de veiligheidsregio's;
- noodzakelijke overheidsprocessen bij het Rijk, provincies, gemeenten en waterschappen en rechterlijke macht gericht op dienstverlening aan burgers. Hierbij gaat het om het democratisch proces en volksvertegenwoordigers, het betalen van uitkeringen en toeslagen, uitgifte van vergunningen, reclassering, gerechtsdeurwaarders, burgerzaken, consulaten en ambassades, justitiële inrichtingen, forensische klinieken, Immigratie- en Naturalisatiedienst en Dienst Terugkeer en Vertrek;
- beroepen t.b.v. het verkrijgen van officiële documenten, zoals fotografen en fotostudio's;
- onmisbare facilitaire of ondersteunende functies ten behoeve van een van bovenstaande cruciale beroepsgroepen. Hierbij gaat het om schoonmaak, reparatie, beveiliging, handhaving, toezicht en ICT.

ARTIKEL II

Deze regeling treedt in werking met ingang van 19 december 2021 om 05.00 uur, met uitzondering van de onderdelen L en Q, die in werking treden met ingang van 22 december 2021.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

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

De Minister van Justitie en Veiligheid,
F.B.J. Grapperhaus

De Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,
K.H. Ollongren

TOELICHTING

1. Algemeen

Strekking
Deze regeling wijzigt de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 (Trm). Deze regeling is gebaseerd op de ingevolge de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 (Twm) geldende bepalingen van de Wet publieke gezondheid (Wpg).

Pijlers van de bestrijding van de epidemie
Vanwege het virus geldt over de periode van ruim anderhalf jaar reeds ingrijpende maatregelen, die zijn gebaseerd op drie pijlers:

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

Deze pijlers zijn ook voor de maatregelen van deze regeling uitgangspunt. Daarnaast geldt als uitgangspunt het sociaal-maatschappelijk perspectief gericht op het beperken van economische en maatschappelijke schade op korte termijn, aandacht voor structurele maatschappelijke en economische schade en het voorkomen dat de lasten onevenredig neerslaan bij bepaalde groepen.

2. Epidemiologische situatie

Het Outbreak Management Team (OMT) heeft naar aanleiding van de 134e bijeenkomst geadviseerd over het algemene beeld van de epidemiologische situatie, de ontwikkeling van het reproductiegetal en de verwachting voor de komende weken, ook ten aanzien van de verwachte ziekenhuis- en intensivecare- (IC-)bezetting en mede gelet op de ontwikkeling van de vaccinatiegraad en de verwachtingen ten aanzien van de verschillende virusvarianten. Aan dat advies wordt het volgende ontleend.

Verloop van de epidemie
In de afgelopen 7 kalenderdagen (9–16 december 2021) is het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positieve personen met bijna een kwart gedaald in vergelijking met de 7 dagen ervoor. Er werden landelijk 612 personen per 100.000 inwoners gemeld met een positieve test voor SARS-CoV-2, vergeleken met 800 per 100.000 inwoners in de week daarvoor. Deze incidentie varieert tussen 447 en 753 per regio; de verschillen in incidentie tussen de regio's zijn dus kleiner geworden dan in de week hiervoor. De regio's met het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners (≥ 700) in de afgelopen week waren Zeeland en Zuid-Holland Zuid.
In week 49 (6 t/m 12 december) is de landelijk gewogen gemiddelde virusvracht (gebaseerd op 313 meetlocaties) licht gestegen (+6%) ten opzichte van week 48 toen de virusvracht met 28% daalde; de huidige virusvracht ligt dus nog steeds beduidend lager dan in week 47. De virusvrachten in het hele land blijven hiermee nog steeds op een heel hoog niveau.
In Infectieradar werd een verdere afname van het aandeel personen met COVID-19-achtige klachten waargenomen. Daarnaast is een toename van gebruik van zelftesten door de deelnemers aan de Infectieradar zichtbaar.
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 in de voorgaande maand het hoogst in de leeftijdsgroep 0–12 jaar, gevolgd door de leeftijdsgroepen 30–39 en 40–49 jaar (> 800 per 100.000 inwoners in week 49). Bij de leeftijdsgroepen vanaf 50 jaar was het aantal meldingen per 100.000 inwoners wederom minder hoog dan in andere leeftijdsgroepen (≈400–500 per 100.000).
Het aantal meldingen bij personen bekend als bewoners van verpleeghuizen en woonzorgcentra voor ouderen lijkt ook weer te dalen. Echter, vanaf begin november wordt vanwege de afschaling van het BCO door de GGD niet gestructureerd nagevraagd of iemand in een instelling woont. Bewoners van een verpleeghuis of woonzorgcentrum voor ouderen worden nu meren-

deels als zodanig geclassificeerd op basis van postcode en leeftijd. Dit kan leiden tot een onder registratie van besmettingen in verpleeghuizen en woonzorgcentra. Voor instellingen voor de gehandicaptenzorg is dit zeker het geval.
Het aantal testen bij de GGD-testlocaties is vorige week afgenomen met 25%. Hier zijn ten minste twee mogelijke verklaringen voor: een dalende incidentie van personen met klachten en het veranderde beleid waarbij zelftesten bij milde klachten gebruikt kunnen worden door mensen die niet kwetsbaar zijn of met kwetsbare anderen in aanraking komen. In de lopende kalenderweek is tot nu toe 58% van alle positieve testen afkomstig van personen van wie bekend is dat 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 23,7% voor alle personen die zich lieten testen bij de GGD in de afgelopen 7 dagen; een lichte stijging ten opzichte van de week daarvoor (22,8%).
Bij personen getest in het kader van het coronatoegangsbewijs (CTB, door Stichting Open Nederland) daalde het percentage positieve testen; het betrof 1,2% in de afgelopen kalenderweek vergeleken met 1,7% in de week ervoor.
De instroom in het ziekenhuis en op de IC van personen met een positieve test op SARS-CoV-2 daalde duidelijk de afgelopen week. De bezetting neemt nog niet af, deze loopt achter vanwege de ligduur. Gemiddeld werden over de laatste week 237 personen per dag opgenomen op een verpleegafdeling en 39 op de IC. Op 16 december 2021 was de totale bedbezetting 2.527: 1.923 op de verpleegafdelingen in het ziekenhuis en 623 op een IC in Nederland, naast 22 op een IC in Duitsland (bron: LCPS).
De oversterfte was verhoogd in de periode 6 t/m 12 december: in totaal overleden 4.100 personen; 1.050 meer dan verwacht o.b.v. de gemiddelde sterfte in de jaren vóór corona. Deze oversterfte is nog steeds hoog maar minder hoog dan de week er voor (1.250) (bron: CBS).
De geschatte opkomst voor ten minste één vaccinatie bedroeg t/m 12 december 2021 88,9% voor de volwassen bevolking ≥ 18 jaar, 85,8% had de volledige vaccinatieserie afgerond. Voor de bevolking vanaf 12 jaar was dit respectievelijk 87,1% en 84,0%. Bij personen met een positieve test tot nu toe gemeld in december was van 71% de vaccinatiestatus bekend. Van hen was 51% zeker niet gevaccineerd.
De schattingen van vaccineffectiviteit tegen ziekenhuis- en IC-opname voor de periode 13 oktober t/m 7 december 2021 waren 89% en 95%, respectievelijk, waarbij deze zoals vanaf het begin lager waren bij oudere dan jongere leeftijdsgroepen. Schattingen van vaccineffectiviteit tegen infectie (circa 73–85%) tijdens de gehele deltaperiode (4 juli t/m 2 december 2021) laten ook een lagere bescherming zien bij ouderen, een afnemende bescherming met toenemende tijd sinds laatste vaccinatie en een hogere startbescherming bij mRNA-vaccins. Ook was de gemeten bescherming lager bij nauwe contacten van positief geteste personen, mogelijk als gevolg van een hogere blootstelling. Op basis van de eerste Nederlandse data met een S-deletie als proxy voor omikron lijkt de vaccineffectiviteit tegen infectie beduidend lager te zijn voor omikron vergeleken met de deltavariant; verder onderzoek moet dit preciseren. Dit is in lijn met internationale gegevens.

Reproductiegetal, prognoses ziekenhuizen, IC en omikronvariant
De meest recente schatting van het reproductiegetal Rt van de huidige epidemie, zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is voor 2 december op basis van Osiris: gemiddeld 0,90 (95%-interval 0,89 – 0,92) besmettingen per geval. Dit is lager dan 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 1 december, het is gemiddeld 0,97 (95%-interval 0,86 – 1,09). Het reproductiegetal berekend op basis van nieuwe IC-opnames is gemiddeld 0,98 (95%-interval 0,69 – 1,29).

De prognose op korte termijn (1 week) op basis van het regressiemodel dat uitgaat van het aantal meldingen nu, laat voor de komende week een verdere daling zien van het aantal ziekenhuis- en IC-opnames. Deze statistische prognose geeft een orde van grootte aan voor het aantal ziekenhuisopnames per dag in de komende week van 100 tot 175, en een orde van grootte voor het aantal IC-opnames van 40 tot 20.

De simulaties met een transmissiemodel dat 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, laat zien dat we nu rond de piek zijn voor wat betreft de bezetting van ziekenhuizen en de IC met COVID-19-patiënten.

Een verkenning van de mogelijke implicaties van toename van de nieuwe omikronvariant laat zien dat er nog veel onzekerheid is. De relatieve toenamesnelheid ten opzichte van de deltavariant in de RAI-teststraat schatten we op 0,28 per dag, wat overeenkomt met een verdubbelingstijd van het aandeel omikron in de infecties van 2,5 dag. Dat duidt op een zeer snelle toename van het aandeel omikron in het aantal infecties. De dag van monsterafname waarop 50% van alle besmetting door omikron veroorzaakt worden in de RAI-teststraat is geschat op 21 december (95%-interval: 19–25 december). Op basis van de kiemsurveillance verwachten we dat het beeld voor deze teststraat enkele dagen voorloopt op de rest van Nederland. Deze groeisnelheid is conform schattingen op basis van gegevens uit andere landen in West-Europa, zoals Denemarken, Engeland en België.

Er is onzekerheid in welke mate de snelle relatieve groei wordt bereikt door ontsnapping aan de immuniteit die is opgewekt door natuurlijke infectie of vaccinatie, of door een hoger intrinsiek besmettend vermogen, of een combinatie van deze twee. Bij de mogelijke combinaties verwachten we een golf van infecties in de komende maand, van een grotere omvang dan de golf door de deltavariant die we net achter de rug hebben. De UK Health Security Agency rapporteerde deze week de eerste schattingen van het beschermend effect van een boostervaccinatie op milde ziekte. Een versnelde boostercampagne kan de golf verminderen. Als er veel mensen al blootgesteld worden aan de omikronvariant voordat ze een booster zullen ontvangen voor eind januari 2022 kan de golf aanzienlijk groter worden. De hoogte van de golf kan verkleind worden door bijkomende maatregelen te nemen die de verspreiding van het virus afremmen.

Hoe hoog de bezetting in de ziekenhuizen en IC wordt is zeer onzeker; aantallen die uitstijgen boven wat in eerdere golven is bereikt en wat de zorgcapaciteit aan zou kunnen zijn daarbij mogelijk. Een factor die bijdraagt aan de onzekerheid is het gebrek aan kennis over de ernst van het beloop van de ziekte na besmetting met de omikronvariant, en de kans op ziekenhuisopname (en IC-opname) na besmetting. Een andere factor is de vaccineffectiviteit na een booster tegen infectie met de omikronvariant en tegen ziekenhuisopname na infectie. Weer een andere factor is de duur van de generatietijd – de typische tijdsduur tussen het besmet worden van een bron en het besmetten van andere gevallen door de bron – omdat dit ook de snelle groei zou kunnen verklaren. Verder is de te bereiken boostervaccinatiegraad onzeker.

3. Hoofdlijnen van deze regeling

Het kabinet heeft besloten tot een algemene sluiting van publieke plaatsen inclusief doorstroomlocaties en een evenementenverbod per 19 december 2021, 05.00 uur. Deze brede lockdown bestaat onder andere uit de sluiting van de horeca, niet-essentiële winkels, niet medische contactberoepen, de kunst- en cultuurlocaties, een evenementenverbod en schoolsluiting.

Op de sluiting wordt een beperkt aantal uitzonderingen gemaakt voor het publiek. Hierbij gaat het in algemene zin om cruciale maatschappelijke processen ten behoeve van doorgang van het dagelijks leven en welzijn.

Detailhandel en dienstverlening
De essentiële detailhandel, zoals supermarkten, drogisterijen, opticiens, audiciens, bakkers, slagers, groenteboeren, dierenspeciaalzaken en boerderijwinkels, blijft tussen 05:00 uur en 20:00 uur geopend. Voor apotheken, tankstations en winkels op luchthavens na de security, ook essentiële detailhandel, gelden reguliere openingstijden. De verkoop van kerstbomen in de buitenlucht is toegestaan tot 17:00 uur. Zoals bleek bij de sluiting van de niet-essentiële detailhandel in december 2020 zullen er winkels zijn die deels als essentieel en deels als niet-essentieel aangemerkt kunnen worden. In dergelijke gevallen mogen winkels open zijn indien hoofdzakelijk sprake is van essentiële detailhandel, zoals opgesomd in artikel 4.a1. Net als in de winter van 2020/21 wordt het begrip 'hoofdzakelijk' nader ingevuld met een omzetnorm. Bepalend voor de vraag of een locatie hoofdzakelijk essentieel is, is of de omzet minstens voor 70% voortkomt uit essentiële detailhandel. Bij het vaststellen van de omzet is de feitelijke situatie over een langere tijd bepalend en wordt uitgegaan van de omzetsituatie zoals deze was voor het moment van inwerkingtreding van de onderhavige regeling. Hiermee wordt dan ook aangesloten bij de omzetnorm zoals die gold in de lockdown in de winter van 2020/21.

Ten aanzien van warenmarkten op reguliere marktdagen geldt dat deze – anders dan bij de sluiting van publieke plaatsen van vorig jaar december – voor zowel food als non food – op 1,5 meter ingericht - geopend kunnen zijn tot 17.00 uur.

Ook de uitgezonderde dienstverlening blijft conform reguliere openingstijden geopend. Zoals zorglocaties, reisbureaus, locaties voor verhuur van goederen, wasserijen, stomerijen, bibliotheken, servicepunten voor het versturen of ontvangen van brieven en postpakketen en georganiseerde dagbesteding en opvang. Overheidsgebouwen met een publieke functie of een loket en locaties gericht op zakelijke of financiële dienstverlening (uitsluitend voor die functie) blijven vanwege nut en noodzaak uitgezonderd van sluiting. Zo blijven onder meer banken, hypotheekverstrekkers, locaties voor juridische dienstverlening, uitzendbureaus, geldwisselkantoren en publieksbalies van gemeenten hierdoor open. Overige detailhandel en dienstverlening is voor publiek gesloten. Hier is afhalen en retourneren van vooraf bestelde of gereserveerde artikelen onder voorwaarden mogelijk. Er dient vooraf een afspraak gemaakt te worden voor het afhalen en/of retourneren. Dit kan telefonisch of via internet. De winkelier is verplicht om het afhalen/retourneren te organiseren:

- aan de deur (buiten);
- zonder dat er een oploop van publiek ontstaat;
- met een sober ingerichte afhaallocatie (dat wil zeggen geen uitstallingen, terrastheaters, entertainment etc).

Klanten zijn verplicht in de openbare ruimte 1,5m afstand van anderen te houden en geen groepen te vormen. Uitgangspunt is geen fysiek contact tussen klant en winkelpersoneel, en tussen klanten onderling. Klanten worden ten slotte verzocht zoveel mogelijk individueel naar de afspraak te komen (conform het contactadvies detailhandel).

Voor afhaal en retourneren bij winkels in doe-het-zelfartikelen geldt een sluitingstijd van 20:00 uur. Voor overige locaties waar afhaal en retourneren is toegestaan, zoals bijvoorbeeld bloemenstallen, kledingwinkels, woonwinkels en overige locaties met een winkelfunctie (zoals kapperszaken die ook producten verkopen), geldt dat dit is toegestaan tussen 05:00 en 17:00 uur.

Locaties voor de verhuur van goederen
Gezien de maatschappelijke en economische impact van de sluiting, blijven de locaties voor de verhuur van goederen (uitsluitend voor deze functie) geopend. Daarnaast acht het kabinet het ook van belang dat bepaalde zaken doorgang kunnen blijven vinden. Hierbij kan gedacht worden aan onder meer de verhuur van goederen ten behoeve van werkzaamheden in het kader van beroep of bedrijf, zoals de verhuur van filmapparatuur voor filmopnames, en de verhuur van auto's en fietsen, verhuur verhuiswagens voor verhuizing, schaatsen en gereedschap ten behoeve van verbouwingen.

Locaties voor de verzorging en gezondheid van dieren
Ook het welzijn en de gezondheid van dieren is voor het kabinet zeer relevant. Daarom worden ook locaties opengesteld ten behoeve van de verzorging en gezondheid van dieren. Het gaat in dit kader o.a. om dierenartsen, maar ook trimsalons, dierenasielen en locaties voor revalidatie- en fysiotherapie voor dieren. Verder wordt onder de verzorging van dieren begrepen: de noodzakelijke beweging voor dieren en tand-, vacht-, nagel- en hoefverzorging.

Groepsaccommodaties
Om plaatsen waar tegen betaling verblijf wordt aangeboden aan personen die niet als ingezetene zijn ingeschreven in de basisregistratie personen met een adres in de gemeente waar dit verblijf wordt aangeboden (hierna: logementen) op verantwoorde wijze geopend te houden, is het noodzakelijk regels te stellen om de kans op verspreiding van het virus zo klein mogelijk te houden. Om die reden regelt artikel 6.12 dat in logementen geen verblijf aangeboden mag worden aan meer dan twee personen per verblijfplaats, waarbij kinderen tot en met twaalf jaar niet meetellen. Ook zijn personen als bedoeld in artikel 58g, tweede lid, Wpg hiervan uitgezonderd. Met verblijfplaats wordt bedoeld een hotelkamer, een vakantiehuisje en andere zelfstandige eenheden. De grondslag van deze maatregel is gelegen in artikel 58j, eerste lid, onder d, Wpg, op grond waarvan regels gesteld kunnen worden over de maximale capaciteit van een overnachtingsplaats. Op deze manier kunnen de gasten voldoende afstand houden tot elkaar en blijft de groepsgrootte beperkt, hetgeen de kans op verspreiding van het virus aanzienlijk beperkt. De beperking van groepsvorming tot twee personen sluit aan bij het advies van het OMT van 18 december 2021. Omdat tot en met 15 januari 2022, 05.00 uur, een groepsvormingsverbod geldt tot twee personen, geldt tot die tijd ook een plicht om geen verblijf aan te bieden aan meer dan twee personen.

Kwetsbare groepen en locaties
Publieke plaatsen worden opengesteld voor georganiseerde dagbesteding en opvang voor kwetsbare groepen. Het bieden van dagbesteding is vitaal voor de kwaliteit van leven van kwetsbare groepen en het is dan ook belangrijk dat dagbesteding zo veel mogelijk doorgang kan vinden. Het gaat hier om dagbesteding en opvang die in het kader van zorg, maatschappelijke ondersteuning of jeugdhulp op basis van de Wet langdurige zorg, de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en de Jeugdwet plaatsvindt, hetgeen in de praktijk betekent dat het voor specifieke kwetsbare groepen georganiseerd is.

Zorglocaties zijn gedefinieerd in artikel 58a, eerste lid, van de wet, waarbij bepalend is dat het gaat om zorg als bedoeld in de daar genoemde wetten. Het gaat hier onder andere om ziekenhuizen, huisartsen, de opvang van daklozen, maar ook buurt en wijkcentra zijn geopend voor georganiseerde dagbesteding en opvang voor kwetsbare groepen in een buurt.

Bibliotheken blijven geopend voor de reguliere exploitatie; evenementen – al dan niet regulier - zijn evenwel niet toegestaan. Voor bibliotheken geldt dat deze ook open mogen voor georganiseerde dagbesteding en opvang voor kwetsbare groepen.

Ten behoeve van het welzijn van jongeren zijn georganiseerde jeugdactiviteiten voor personen tot en met 17 jaar buiten toegestaan met maximaal 50 personen. Ook hiervoor geldt dat dit geen evenement mag zijn.

Eet- en drinkgelegenheden worden gesloten voor publiek. De mogelijkheden tot afhaal en bezorgen in horeca en bij coffeeshops blijven bestaan met deze maatregelen. Ook de eet- en drinkgelegenheden van hotels worden gesloten voor het publiek, afhaal en bezorgen (incl. roomservice) is daar mogelijk.

Standplaatsen voor de verkoop en uitgifte van eten en drinken zijn geopend conform reguliere sluitingstijden. Het gaat hierbij om regulier vergunde standplaatsen in de zin van de APV, zoals een viskraam.

Speeltuinen en kinderboerderijen
Buitenspeeltuinen en kinderboerderijen met, kort gezegd, een wijkfunctie zijn uitgezonderd van sluiting. Met deze uitzondering voor (kleinschalige) beheerde buitenspeeltuinen en kinderboerderijen wordt aan gesloten bij de uitzondering die ten aanzien van de speeltuinen gold in de lockdown in de winter van 2020/21. Hiermee wordt beoogd om buiten spelen voor alle kinderen mogelijk te maken. Specifiek wordt de openstelling van de beheerde buitenspeeltuinen die worden geëxploiteerd door een gemeente, vereniging, stichting of groep personen zonder rechtspersoonlijkheid mogelijk gemaakt. Er is gekozen voor de openstelling van deze speeltuinen zonder coronatoegangsbewijs omdat zij zich normaliter richten op een bepaalde buurt, wijk of gemeente. Dit is tevens als voorwaarde opgenomen. Hiermee wordt het aantal reisbewegingen en het aantal verschillende contacten zoveel mogelijk beperkt. De openstelling geldt dus niet voor speeltuinen die zich gezien hun omvang of aantrekkingskracht richten op het regionaal of landelijk aantrekken van kinderen. De openstelling van de speeltuinen betreft dus de kleinschalige speeltuinen. Hieronder vallen bijvoorbeeld niet de klimbossen, pretparken, grote speelparken en dierenboerderijen. Bovendien betreft de uitzondering slechts speeltuinen die zonder winstoogmerk de speeltuin exploiteren, dus niet meer dan een kostendekkende bijdrage vragen. De opengestelde speeltuinen kunnen dan ook een bijdrage vragen voor het onderhoud en beheer van de speeltuin. Op deze bijdrage mag geen winst gemaakt worden en deze is dus ten hoogste kostendekkend. Hiermee wordt voorkomen dat er een prikkel ontstaat om zoveel mogelijk 'klanten' te trekken waardoor veel reisbewegingen en contactmomenten ontstaan.

Sporten
Publieke binnenruimten van een locatie voor de beoefening van sport worden gesloten. Dit betekent dat sportlocaties binnen zoals sportscholen en sporthallen dicht moeten inclusief de kleedkamers. Gezien het belang van sport in het kader van volksgezondheid en maatschappelijk welzijn blijven buitensportlocaties tussen 05.00u en 17.00u geopend. Hiervoor gelden dezelfde voorwaarden als voor de groepsvorming buiten. Dit betekent dat maximaal twee personen van 18 jaar en ouder hier kunnen sporten (exclusief instructeur) met in achtneming van de veilige afstandsnorm. Dit betekent dat sporten op minder dan anderhalve meter niet is toegestaan met uitzondering van topsporters. Er zijn geen wedstrijden, competitie en geen groepslessen toegestaan. Een instructeur mag niet meerdere groepjes van 2 mensen tegelijkertijd lesgeven. Meerdere kleine groepjes worden gezien als een groot georganiseerd verband en is niet toegestaan.

Om verdere negatieve gevolgen van de lockdown voor jongeren te beperken wordt een uitzondering gemaakt voor hen op het gebied van sport. Voor kinderen tot en met 17 jaar blijft op de buitensportlocaties sporten mogelijk. Echter, mogen er geen wedstrijden en competitie buiten eigen clubverband worden gespeeld, daarbinnen kan dat wel. Voor kinderen en jongeren tot en met 17 jaar geldt verder geen maximale groepsgrootte voor het beoefenen van sport buiten.

De publieke binnenruimten behorende bij de buitensportlocaties zijn met uitzondering van de sanitaire voorzieningen gesloten.

De uitzonderingen voor topsporters blijven bestaan en ook zijn zwemlessen voor het A, B of C-diploma tot 17.00 uitgezonderd. Voor deze uitgezonderde categorieën zijn de kleedkamers en douches wel geopend.
De eventuele eet- en drinkgelegenheden op de sportlocaties zijn gesloten. De mogelijkheden tot afhaal en bezorgen in horeca blijven bestaan met deze maatregelen.

Contactberoepen
De uitoefening van contactberoepen wordt verboden, zowel thuis als in publiek toegankelijke plaatsen. Dit zijn beroepen waar 1,5 meter afstand houden niet mogelijk is, waaronder de kappers en schoonheidsspecialisten. Van het verbod zijn uitgezonderd contactberoepen ten behoeve van zorg van een zorgaanbieder als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, of jeugdhulpaanbieder als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet, of aanbieder als bedoeld in artikel 1.1.1, eerste lid, van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. Voorts zijn rijinstructeurs en -examinatoren uitgezonderd van dit verbod.

Groepsvorming
Per 19 december 05.00 uur geldt tevens buiten een groepsvormingsverbod.

Groepsvorming wordt in de buitenlucht uitgebreid, waarbij een maximum van twee personen gaat gelden op openbare plaatsen en op de erven bij publiek plaatsen en besloten plaatsen (buiten), niet zijnde een woning. Verder mogen zich in binnenruimten (niet zijnde doorstroomlocaties) maximaal 50 bezoekers per zelfstandige ruimte bevinden. Het maximeren van de toegestane groepsgrootte kan voorkomen dat mensen zich onverhoopt niet aan de veiligeafstandsnorm kunnen houden en beperkt bovendien de hoeveelheid potentiële besmettingen die daaruit voort kunnen vloeien. Het beperken tot twee personen sluit aan bij de noodzaak om het aantal contactmomenten tot de hoognodige contacten te beperken en daarmee de uitgangspositie van de zorg te verbeteren en de verspreiding van de omikronvariant te vertragen.

De totale groepsgrootte van maximaal 50 personen per zelfstandige ruimte is eerder toepast in de op- en afschalingsplannen van de Rijksoverheid. Deze maximale groepsvorming beoogd enerzijds zoveel mogelijk contactmomenten te beperken en anderzijds ruimte te bieden voor de geopende plaatsen en diensten.[1]
In eerdere adviezen heeft het OMT aangeven dat maximum aantal personen per zelfstandige binnenruimten los moet worden gezien van de grootte van de locatie, omdat meer mensen tot ongewenst vervoer en ongewenste verkeersstromen kunnen leiden. Het OMT ziet namelijk een risico bij het binnenkomen en weggaan: als er meer mensen komen, kan dit problematisch zijn voor het houden van de veilige afstand.[2]

Onder groepsvorming wordt verstaan personen die zich in groepsverband ophouden. Zowel het groepsverband als ophouden is gedefinieerd in artikel 58a Wpg. Dit betekent, kort gezegd, dat sprake moet zijn van een zekere samenhang tussen de personen in de groep; willekeurige mensen die op een bus of een tram wachten, vormen geen groep zoals hier wordt bedoeld. Veelal zal het gaan om personen die elkaar kennen, maar dit is niet vereist: het kan ook gaan om personen die, hoewel zij elkaar niet kennen, toch bij elkaar horen, waarbij tussen hen kennelijk een zekere samenhang bestaat of een omstandigheid bestaat waardoor zij bij elkaar zijn.[3]

Uitzonderingen groepsvorming twee personen
Uitgezonderd van het groepsvormingsverbod zijn personen tot en met zeventien jaar die deelnemen aan georganiseerde jeugdactiviteiten (inclusief personen die deze activiteiten organiseren of begeleiden) tot een maximum van vijftig personen en kinderen tot en met twaalf jaar. In het kader van de ontwikkeling en het maatschappelijk welzijn van kinderen is het van belang dat kinderen t/m 12 jaar niet verder worden beperkt in hun dagelijks leven. Om deze redenen moeten personen tot en met zeventien jaar ook deel kunnen nemen aan jeugdactiviteiten. Omdat de jeugdactiviteiten geen doorgang kunnen vinden zonder de personen die de activiteit organiseren of begeleiden, is ook voor hen een uitzondering gemaakt op dit groepsvormingsverbod.

Ook voor bezoekers bij een huwelijksvoltrekking en een registratie van een partnerschap geldt een uitzondering op dit groepsvormingsverbod, waarbij een maximum geldt van vijftig personen. Gelet op het bijzondere karakter van deze gebeurtenissen, moeten deze plaats kunnen vinden en is het toegestaan om een aantal aanwezigen te hebben bij de plechtigheid. Onder bezoekers wordt verstaan het bruidspaar, de getuigen en alle gasten, inclusief kinderen, die aanwezig zijn bij de huwelijksvoltrekking of de registratie van het partnerschap. Personeel en de trouwambtenaar tellen niet mee voor de aanwezigen. De uitzondering op het groepsvormingsverbod voor huwelijksvoltrekkingen en de registraties van partnerschappen betreft alleen de voltrekking of de registratie als bedoeld in boek 1 van het Burgerlijk Wetboek. De uitzondering heeft dus geen betrekking op bijvoorbeeld het bruiloftsfeest (een evenement). Religieuze huwelijken zijn reeds uitgezonderd op grond van artikel 58g, tweede lid, onder c, Wpg. Verder geldt voor bezoekers bij een uitvaart een uitzondering op het groepsvormingsverbod. Gezien een uitvaart onderdeel is van het rouwproces en het daarom van belang is dat alle personen die daar behoefte aan hebben, daarbij aanwezig kunnen zijn. Ook bestaat voor uitvaarten niet de mogelijkheid deze uit te stellen tot een moment waarop meer personen bijeen mogen komen. Om deze reden is, afgewogen tegen het belang om contactmomenten verder te beperken, voor uitvaarten gekozen voor een maximaal groepsverband van honderd personen.

Verder geldt een uitzondering voor groepsverbanden die noodzakelijk zijn voor de continuering van de dagelijkse werkzaamheden van instellingen, bedrijven en andere organisaties, omdat het anders voor sommige instellingen, bedrijven en andere organisaties onmogelijk is de noodzakelijke werkzaamheden uit te voeren, hetgeen grote economische en sociale gevolgen kan hebben. Hieronder vallen bijvoorbeeld stratenmakers, maar ook professionele sporters bij trainingen in de openbare ruimte of acteurs (inclusief figuranten) bij een opname voor een productie. Activiteiten die ook georganiseerd kunnen worden zonder een fysieke samenkomst (bijvoorbeeld digitaal) of activiteiten die enkel gericht zijn op vermaak, voldoen niet aan de eis van noodzakelijkheid en vallen niet onder deze uitzondering.

Ook zorgverleners of zorgvrijwilligers en de personen met een handicap die zij begeleiden zijn uitgezonderd van dit verbod op groepsvorming, alsmede de personen die zij begeleiden onderling. Zorgverleners of zorgvrijwilligers die personen met een handicap begeleiden, hebben regelmatig meer personen onder hun hoede, bijvoorbeeld een begeleider en zes personen met een handicap. Bij dagbesteding gaat het daarbij ook om personen die niet op hetzelfde adres woonachtig zijn, waardoor zij niet onder de wettelijke uitzondering op het verbod op groepsvorming vallen, zoals opgenomen in artikel 58g, tweede lid, onder a, Wpg. Een beperking in de groepsgrootte zonder deze uitzondering kan tot onwenselijke situaties kunnen leiden, omdat personen met een handicap bijvoorbeeld verder beperkt worden. Gezien de sociale impact en in het kader van het welzijn van deze personen, is een uitzondering noodzakelijk.

Ambtenaren die werkzaam zijn in het kader van de behandeling van een asielaanvraag, opvang, begeleiding, bewaring of gedwongen terugkeer van vreemdelingen in de uitoefening van hun functie uitgezonderd zijn van dit verbod op groepsvorming. Ook de personen jegens wij zij hun taak uitoefenen zijn uitgezonderd. Het is essentieel dat werkzaamheden van de Immigratie- en Naturalisatiedienst, het Centraal Orgaan opvang asielzoekers, de Dienst Terugkeer en Vertrek en de Dienst Vervoer en Ondersteuning doorgang kunnen vinden. Noodzakelijke groepsvorming waaraan gedacht kan worden is het samenkomen om naar een opvanglocatie te reizen en het samenkomen in buitenruimtes bij opvanglocaties.

Uitzondering groepsvorming besloten binnenruimten vijftig personen
Ook personen die deelnemen aan onderwijsactiviteiten en locaties voor kinderopvang en zorglocaties, zoals jeugdzorginstellingen, zijn uitgezonderd van dit groepsvormingsverbod. In het kader van onderwijsactiviteiten zijn onder meer examens, tentamens en toetsen in instellingen voor beroepsonderwijs en instellingen voor hoger onderwijs en praktijkgerichte onderwijsactiviteiten toegestaan. Voor deze activiteiten is het noodzakelijk om een uitzondering te maken op de groepsgrootte, zodat deze activiteiten ook daadwerkelijk plaats kunnen vinden en leerlingen en studenten geen verdere achterstanden oplopen. De uitzondering voor zorglocaties is ingegeven vanuit het belang om het verlenen van zorg mogelijk te maken. Daarnaast is een uitzondering opgenomen voor kinderopvang, omdat ook hiervoor geldt dat er geen beperking zou moeten zijn op de reguliere doorgang van kinderopvang.

Voor een toelichting op de andere uitzonderingen, zoals bezoekers bij uitvaarten, wordt verwezen naar de passage hieronder.

Uitzondering maximaal vijftig personen per publieke binnenruimte
Het aantal personen in een publieke binnenruimte per zelfstandige ruimte wordt gemaximeerd op vijftig personen. Dit geldt alleen voor personen die als publiek in de ruimte aanwezig zijn en niet voor personen die daar (al dan niet betaald) werkzaam zijn. Werknemers, maar ook andere mensen die ter plekke werkzaam zijn – denk aan gemeenteraadsleden in een raadszaal of advocaten, officieren van justitie, tolken, journalisten, medewerkers van slachtofferhulp en deskundigen in een zittingszaal – zijn geen publiek in de zin van deze regeling.

Hier gelden onder meer de wettelijke uitzonderingen op groepsvorming (artikel 58g, tweede lid, onder c, d, e en h, Wpg) die ook van toepassing zijn bij het verbod op groepsvorming boven dertig personen. Bij vergaderingen van vertegenwoordigende organen (artikel 58g, tweede lid, onder f en g Wpg) en bijeenkomsten in verband met de rechtspleging (artikel 58g, tweede lid, onder i Wpg) geldt wel de maximering van het publiek tot vijftig personen.

Personen op doorstroomlocaties zijn ook uitgezonderd van dit groepsvormingsverbod. De reden hiervan is dat personen in doorstroomlocaties slechts kortstondig daar aanwezig zijn en ook alleen kortstondig met elkaar in aanraking komen. Verder geldt voor deze locaties dat er maximaal 1 persoon per 5 m2 toegelaten mag worden.

Ook is een uitzondering gemaakt op het maximum aantal personen voor een zelfstandige ruimten met een verkeersfunctie, zoals de toegangshal, gangen en garderobes.

Uitzondering groepsvorming sport
Voor sportactiviteiten buiten gelden enkele uitzonderingen op de groepsvorming. De uitzondering op de groepsvorming geldt alleen voor topsporters zover zij de professie van topsporter uitoefenen. Gezien het belang van sport in het kader van gezondheid en welzijn blijven buitensportlocaties tussen 05.00u en 17.00u geopend en mogen personen tot en met zeventien jaar in ruimer groepsverband sporten. Voor personen van achttien jaar en ouder geldt dat zij met maximaal twee personen mogen sporten (exclusief trainers en begeleiders). Begeleiders zijn bijvoorbeeld het begeleidingsteam om topsporters heen, zoals trainers, fysiotherapeuten, masseurs en managers. Ook kunnen begeleiders personen zijn die meegaan met bijvoorbeeld jeugdteams. Een voorbeeld is de elftalleider. Ook zijn zwemlessen voor de zwemdiploma's A, B en C toegestaan. Gezien het belang van deze zwemlessen voor de veiligheid wordt de groepsvorming in dit kader niet verder beperkt. Voor ouders die kinderen naar de zwemles brengen, geldt een CTB-plicht.

Evenementen
Er geldt vanaf 19 december dat evenementen ook niet meer tussen 05.00 uur en 17.00 uur georganiseerd mogen worden. Uitgezonderd van dit verbod zijn professionele sportwedstrijden en topcompetities (zonder publiek), uitvaarten en warenmarkten. Voor uitvaarten geldt een maximale groepsgrootte 100 bezoekers op 1,5 meter. Huwelijksfeesten vallen onder het evenementenbegrip en kunnen dus niet georganiseerd worden. Huwelijksvoltrekkingen en registratie van een partnerschap vallen niet onder het evenementenbegrip en zijn toegestaan met in achtneming van de algemene bezoekersnorm van maximaal 50 bezoekers op 1,5 meter.

Onderwijs en opvang
De reeds besloten tijdelijke sluiting van instellingen in het primair onderwijs wordt uitgebreid naar alle andere onderwijsinstellingen. Vanaf dinsdag 21 december 2021 is het verboden om op alle onderwijsinstellingen als bedoeld in artikel 58a, eerste lid, van de Wpg, onderwijsactiviteiten te verrichten, behoudens enkele uitzonderingen. Het verbod geldt in het primair en voortgezet onderwijs, waaronder mede begrepen het speciaal basisonderwijs, het speciaal onderwijs en het voortgezet speciaal onderwijs, tot en met vrijdag 24 december 2021. Vervolgens zijn deze instellingen wettelijk twee weken gesloten vanwege de kerstvakantie. Op grond van artikel 5 van de Regeling vaststelling schoolvakanties 2019–2022 is de periode voor de kerstvakantie vastgesteld van 25 december 2021 tot en met 9 januari 2022. Voor het beroepsonderwijs en hoger onderwijs is de periode van de kerstvakantie niet wettelijk voorgeschreven. Daarom geldt het verbod in het derde lid voor deze instellingen tot en met 9 januari 2022.

Het verbod op het verrichten van onderwijsactiviteiten in onderwijsinstellingen en de uitzonderingen daarop zijn identiek aan het verbod en de uitzonderingen daarop zoals die golden bij de vorige sluiting van onderwijsinstellingen in de winter van 2020/21 (Stcrt. 2020, nr. 66909). Deze uitzonderingen bieden onderwijsinstellingen de mogelijkheid om in die specifieke gevallen onderwijsactiviteiten te verrichten op de onderwijsinstelling.

Nu het voor onderwijsinstellingen, behoudens de navolgende uitzonderingen, niet mogelijk is om fysiek onderwijs te verzorgen, rust op de instellingen een inspanningsverplichting om te voorzien in alternatieven daarvoor. Het vierde lid regelt daarom dat in onderwijsinstellingen wel onderwijs op afstand kan worden georganiseerd. Bij onderwijs op afstand kan het gaan om lesgeven langs elektronische weg. Onder afstandsonderwijs wordt ook verstaan het meegeven van lespakketten aan leerlingen en studenten met contactmomenten.

Daarnaast geldt een uitzondering voor praktijkvakken (onderdeel b). Het gaat dan om praktijkgericht onderwijs in het voortgezet middelbaar beroepsonderwijs, praktijkonderwijs en voortgezet speciaal onderwijs alsook het praktijkonderwijs in het middelbaar beroepsonderwijs, inclusief MBO1 en MBO2, en het hoger onderwijs. Bij praktijkgericht onderwijs in het hoger onderwijs kan gedacht worden aan praktijkonderdelen in vakken bij de opleiding geneeskunde.

Instellingen voor voortgezet onderwijs mogen op de instelling onderwijsactiviteiten blijven verrichten voor leerlingen in het examenjaar en schoolexamens in het voorexamenjaar afnemen (onderdeel c). Onderdeel d bevat een uitzondering voor het organiseren en afnemen van examens, tentamens en toetsen in voor beroepsonderwijs en hoger onderwijs. Hieronder vallen ook de staatsexamens.

Tot slot maakt de regeling een uitzondering op het verbod voor het begeleiden van leerlingen en studenten voor wie vanwege bijzondere problematiek of moeilijke thuissituatie maatwerk nodig is en leerlingen in het primair onderwijs met een ouder of voogd met een cruciaal beroep. Het is aan de instellingen om te bepalen voor welke leerlingen en studenten dit maatwerk nodig is. Wat kwalificeert als een cruciaal beroep is geregeld in bijlage 1.

Het kabinet heeft besloten de sluiting van de bso met twee weken te verlengen tot en met 9 januari. Dat betekent dat is verboden met ingang van 20 december 2021 tot en met 9 januari 2022 buitenschoolse opvang als bedoeld in artikel 1.1, eerste lid, van de Wet kinderopvang geopend te hebben, anders dan voor kinderen van een ouder of een voogd die werkt in een cruciaal beroep als bedoeld in bijlage X, of kinderen voor wie vanwege bijzondere problematiek of een moeilijke thuissituatie maatwerk nodig is. Sluiting van de BSO zorgt voor verminderde contactmomenten tussen leerlingen en pedagogisch medewerkers, en anderzijds voor verminderde reisbewegingen van leerlingen en pedagogisch medewerkers en ouders met kinderen op de BSO.

Opvang voor kinderen van ouders met een cruciaal beroep en voor kwetsbare kinderen wordt dus op de reguliere locatie tijdens reguliere openingstijden aangeboden in de BSO voor ouders die een contract hebben. Organisaties voor kinderopvang werken mee aan openstelling ten behoeve van de opvang van kinderen van ouders met een cruciaal beroep en voor kwetsbare kinderen. De voorzieningen voor gastouderopvang blijven open. Ook de gastouderopvang blijft open vanwege de kleinschaligheid en omdat vaak ouders met een cruciaal beroep gebruik maken van deze opvang. Dit heeft als voordeel dat er geen 24-uurs noodopvang georganiseerd hoeft te worden, omdat van de reguliere gastouderopvang gebruikgemaakt kan worden.

Alle ouders die gebruikmaken van BSO en hun factuur tijdens de sluiting volledig door blijven betalen, ontvangen vanaf 21 december 2021 tot en met heropening BSO een tegemoetkoming van de eigen bijdrage tot de maximum uurprijs. Dit geldt óók voor ouders die noodgedwongen gebruik moeten maken van de noodopvang. De inzet van het kabinet is om deze kosten zoveel mogelijk tegemoet te komen; vergelijkbaar met de tegemoetkomingen van de vorige sluitingsperiodes.

Cruciale beroepen
Kinderen van wie minimaal 1 ouder werkt in een cruciaal beroep, kunnen naar de noodopvang bij de basisschool en de buitenschoolse opvang. Ook kinderen in een kwetsbare positie kunnen naar de noodopvang.
Vanwege de snelle verspreiding van de omikron-variant, de onzekerheden over de variant en de mogelijke druk op de zorg, is de lijst met cruciale beroepen nader gespecificeerd. Met de nadere verduidelijking wordt specifieker aangegeven voor welke cruciale beroepen de noodopvang bedoeld is. Zo is bij de voedselketen aangevuld dat het gaat om noodzakelijke processen in de voedselketen, waarmee bedoeld wordt de medewerkers in supermarkten, bakkerijen, slagers, vis- en groenteverkopen en andere winkels die de verkoop van levensmiddelen als primaire doel heeft. Ook andere medewerkers die noodzakelijke processen in de voedselketen uitvoeren behoren hiertoe, zoals de distributieketen, industrie en boeren die het werk van eerdergenoemde medewerkers mogelijk maakt. Specifiek is de categorie toegevoegd van medewerkers die nood-

zakelijke werkzaamheden verrichten na het overlijden van personen. De nadere specificering van de lijst sluit aan bij het OMT-advies om maatregelen te nemen die contacten zoveel mogelijk beperken.

Samenloop
Publieke plaatsen zijn – behoudens de hierboven genoemde uitzonderingen - gesloten voor publiek. Onder publiek in de zin van de Trm wordt verstaan personen die ergens aanwezig zijn, met uitzondering van de daar al dan niet tegen betaling werkzame personen. Personen die werkzaam zijn in een publieke plaats, zoals personeel van die locatie of personen die werkzaamheden verrichten in de publieke plaats, zoals een CV-monteur – kunnen voor de uitoefening van beroep of bedrijf wel aanwezig zijn. Een ander voorbeeld is een (live)-stream uit het concertgebouw met in achtneming van de maatregelen mogelijk is. Personen die al dan niet tegen betaling werkzaam zijn voor het concertgebouw en andere mensen met een arbeidsverhouding met het concertgebouw zijn geen publiek.

Voor de publieke plaatsen met meerdere functies en activiteiten, zoals winkels waarbij zowel de verkoop van boeken plaatsvindt en sprake is van een post- en pakketservicepunt, geldt in principe dat deze uitsluitend open kunnen zijn voor die functie of activiteiten die uitgezonderd zijn van sluiting in artikel 4.a1. Daarbij geldt nog wel dat voor functies en activiteiten, waarvoor geen sluiting geldt dat deze afgescheiden dienen te zijn van de functie die gesloten dient te zijn.

Voor samenloop op een publieke plaats tussen functies of activiteiten die uitgezonderd zijn van sluiting en er een verschil in sluitingstijden is, geldt hetzelfde uitgangspunt. Namelijk dat deze plaatsen uitsluitend voor die functie tot de desbetreffende tijd geopend zijn. Voor zwemlessen voor het A, B of C-diploma betekent dit bijvoorbeeld dat deze om 17.00 afgelopen moeten zijn en dat voor de zwemmende topsporters de reguliere sluitingstijden gelden.

4. Noodzakelijkheid en evenredigheid

De noodzaak om maatregelen te treffen volgt uit het recht op gezondheidszorg zoals dit voortvloeit uit artikel 22 van de Grondwet. Dit artikel waarborgt dat het kabinet maatregelen treft ter bevordering en bescherming van de volksgezondheid. Dit sociale grondrecht komt overeen met wat in internationale verdragen is bepaald (artikel 12 van het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten, artikel 11 van het Europees Sociaal Handvest, artikel 35 van het EU-Handvest). Er is dus een grond- en mensenrechtelijke opdracht voor het kabinet om op te treden ter bescherming van de volksgezondheid.

De maatregelen die het kabinet neemt in de strijd tegen het virus raken aan diverse mensenrechten. Zo wordt het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van betrokkenen beperkt (artikel 10 van de Grondwet en artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM)) alsmede het recht op eigendom geraakt (artikel 1 van het Eerste Protocol bij het EVRM) nu bepaalde ondernemingen de sluitingstijden uit deze regeling tijdelijk dienen te hanteren. Deze grond- en mensenrechten hebben met elkaar gemeen dat ze niet absoluut zijn. Beperkingen daarop zijn toegestaan indien zij een wettelijke basis hebben en in een democratische samenleving noodzakelijk zijn. De inperking van grondrechten wordt ook afgewogen tegen de grondwettelijke plicht van het kabinet om de volksgezondheid te beschermen.

Beperkingen van grondrechten dienen volgens vaste jurisprudentie betreffende het EVRM en andere internationale mensenrechtenverdragen noodzakelijk en proportioneel te zijn. De maatregelen die worden genomen, zijn gebaseerd op het OMT-advies naar aanleiding van de 134e bijeenkomst. Op basis van dit advies mag het kabinet aannemen dat de maatregelen geschikt zijn. Uit het OMT-advies volgt ook de noodzaak om snel geschikte maatregelen te nemen. Ten overvloede wordt opgemerkt dat het OMT niet per maatregel specifiek kan aantonen wat de bijdrage is aan het verminderen van het aantal besmettingen. Op het vraagstuk van proportionaliteit wordt in het onderstaande ingegaan.

In paragraaf 3 is toegelicht welke onderdelen van de Trm bij de inwerkingtreding van deze wijzigingsregeling aangescherpt worden.

Voor de besluitvorming van 18 december 2021 is er, naast het epidemiologisch beeld en OMT-advies, opnieuw rekening gehouden met het maatschappelijk beeld volgens de inzichten van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), reflecties op de maatregelen volgens de inzichten van het SCP en de Ministeries van Financiën, Economische Zaken en Klimaat en Sociale Zaken en Werkgelegenheid (de 'Trojka') en met uitvoeringstoetsen op de maatregelen door andere departementen, de gedragsunit van het RIVM, de Nationale Politie, de Veiligheidsregio's en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). Aan dit beeld wordt het volgend ontleend.

OMT-advies
Naar aanleiding van de 134e bijeenkomst van het OMT is het volgende geadviseerd. Het is de afgelopen week duidelijk geworden dat de omikronvariant zich ook in Nederland zeer snel verspreidt, waarbij er steeds meer besmettingen in Nederland worden opgelopen. De snelle toename is vergelijkbaar met die in Denemarken en het Verenigd Koninkrijk. Op basis van modellering op deze verspreiding verwacht het OMT nu dat de omikronvariant eind december al dominant zal zijn in Nederland. Dit is eerder dan vorige week werd verwacht. Daarnaast blijkt uit de modellering dat niet uitgesloten kan worden dat de snelle verspreiding leidt tot een hoge piek in ziekenhuis- en IC-opnames waarbij de capaciteit van de Nederlandse gezondheidszorg overschreden wordt. Naast dit sombere scenario zijn er ook andere uitkomsten mogelijk die minder belasting op de zorg leggen. Echter, de vele onzekerheden maken een keuze tussen de scenario's momenteel niet mogelijk – kennis die komende week of weken beschikbaar komt over percentage opnames onder omikroninfecties en de IC-belasting, de boostervaccinatiegraad en dergelijke, maakt een keuze van het meest waarschijnlijke scenario pas mogelijk. Omdat er nog veel onzekerheden zijn met betrekking tot de omikronvariant en een overbelasting van de zorgketen tot de mogelijkheden behoort, adviseert het OMT op korte termijn extra maatregelen te nemen om de verspreiding te beperken zodat de bevolking zo goed mogelijk beschermd kan worden door uitvoering van de al versnelde boostercampagne.

Uit de modellering blijkt dat de hoogte van de piek en daarmee de integraal onder de curve – het aantal zieken – teruggebracht kan worden door ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk mensen een boostervaccinatie ontvangen hebben. En om de boostercampagne de kans te geven zoveel mogelijk mensen tijdig te bereiken, is het opportuun nu extra maatregelen naast de avondlockdown te nemen waardoor de opkomst van de omikronvariant vertraagd wordt. Ook adviseert het OMT te onderzoeken of de observatietijd van 15 minuten na het toedienen van de booster losgelaten kan worden, om zo het geven van boosters te bespoedigen en capaciteit te verhogen. Ook het verder verhogen van de vaccinatiegraad onder nog niet gevaccineerde personen draagt bij aan de bescherming tegen ziekte en tegen verspreiding van omikron.

Om nu 'tijd te kopen' voor de boostercampagne, en de uitgangspositie van de zorg te verbeteren door de verspreiding van de omikronvariant te vertragen, adviseert het OMT onder meer om de huidige avondlockdown uit te breiden, op een wijze vergelijkbaar met de maatregelen in december 2020 en januari 2021, door:
- sluiting van scholen en onderwijsinstellingen;
- sluiting van de horeca;
- sluiting van niet-essentiële winkels;
- sluiting van de cultuursector en sportclubs;
- sluiting van overige locaties.

Indien niet tot sluiting van scholen en onderwijsinstellingen wordt besloten, dient overal in het onderwijs de 1,5 metermaatregel en mondneusmaskerplicht te worden doorgevoerd.

Sociaalmaatschappelijke reflectie en maatschappelijk beeld en uitvoeringstoets

Maatschappelijk beeld en reflectie SCP
Het SCP verwijst naar de eerder gegeven reflecties ten behoeve van besluitvorming op 26 november en 10 december jl. Hierin geeft het SCP aan dat enkele sectoren, waaronder de culturele sector, de horeca en evenementenbranche hard geraakt zijn door de crisis en bijbehorende maatregelen. De vrijetijdsbesteding die deze gelegenheden bieden, zijn voor veel mensen belangrijke activiteiten die bijdragen aan ontplooiing, ontspanning, plezier en ontmoeting. Het vasthouden van de bezoekersnormen en sluitingstijden van de horeca brengt financiële gevolgen voor de getroffen sectoren met zich mee. Het SCP geeft aan dat er twijfels bestaan over de

effectiviteit van deze maatregelen. Het SCP noemt het van belang dat het doel en de effectiviteit van bestaande maatregelen helder worden onderbouwd en inzichtelijk worden gemaakt. Zij refereren naar een onderzoek van de RIVM gedragsunit waaruit blijkt dat met name de hygiënemaatregelen nog altijd goed worden nageleefd. Afstand houden van anderen kan in de praktijk echter niet altijd worden gerealiseerd. Ook het geldende thuiswerkadvies blijkt steeds lastiger in praktijk te brengen. Bijna zes op de tien deelnemers van het onderzoek zegt dat het lukt om voldoende afstand te houden, ruim vier op de tien lukt dat dus niet.

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

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. Ten aanzien van afstandsonderwijs geeft het SCP aan dat de maatschappelijke effecten van het afstandsonderwijs dusdanig 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.

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

Tot slot 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.

Sociaal-maatschappelijke en economische reflectie Trojka
De sociaal-maatschappelijke en economische reflectie van de ministeries van SZW, EZK en FIN geeft prioriteit aan het openstellen van het onderwijs na de kerstvakantie. Zij stellen dat 20% van de positieve coronagevallen is toe te wijzen aan scholen. Blijvende sluiting is daarom niet proportioneel volgens de Trojka. Een sluiting van het onderwijs trekt een zware wissel op de mentale gezondheid van jongeren. Een kwart van de jongeren is psychisch ongezond blijkt uit cijfers van het CBS. Afstandsonderwijs leidt tot leerachterstanden bovenop de achterstanden die er al zijn. Ook vergroot het de kansenongelijkheid gezien het effect het grootst is bij leerlingen met ouders met een laag of gemiddeld opleidingsniveau. De Trojka geeft aan dat achterstanden het verdienvermogen van leerlingen en Nederland als geheel aantasten. Ook gaat een schoolsluiting gaat ten koste van de productiviteit van werkende ouders. De Trojka concludeert dat de schade van een schoolsluiting onevenredig neerslaat bij jonge generaties, terwijl de baten ervan primair bij oude generaties neerslaan.

Uit de reflectie van de Trojka komt naar voren dat de schade van het volledig sluiten van sectoren groot is. Binnen-en buitensport mogelijk blijven maken is van groot belang voor de mentale en fysieke weerbaarheid van burgers. Uit cijfers van het CBS blijkt dat de psychische gesteldheid een historisch dieptepunt heeft bereikt. Daarom adviseert de Trojka om bibliotheken en buurthuizen indien mogelijk open te houden. Deze plekken vervullen een belangrijke sociale functie in de buurt als sociaal vangnet, met name voor jongeren en kwetsbaren. Sluiting in de week voor kerst heeft grote impact op winkeliers en horeca omdat zij in de laatste weken van het jaar veel omzet draaien. Het toestaan van winkelen op afspraak en click en collect is van belang om te voorkomen dat winkeliers met grote onverkoopbare voorraden blijven zitten. Hoewel de impact van corona macro-economisch vooralsnog meevalt, is er onder de radar forse schade. De huidige dynamiek van sluitingen én steun is onhoudbaar. De Trojka geeft aan dat het beslag op overheidsfinancíën van steunmaatregelen zeer groot is. Dit zal uiteindelijk ook moeten worden terugbetaald door jonge generaties. Door de steunpakketten worden ook niet-productieve bedrijven in leven gehouden, wat ten koste gaat van het lange termijn verdienvermogen van Nederland.

De Trojka pleit voor het maken van scherpere keuzes in het vaccinatiebeleid. Het verhogen van de immuniteit via vaccinatie inclusief boosters blijft de structurele uitweg tegen overbelasting van de zorg en ingrijpende vrijheid beperkende maatregelen. Daarom adviseren zij op korte termijn de voor-en nadelen van varianten van vaccinatie-en boosterprikkels en -plichten in kaart. De SME-schade van sluitingen zijn gigantisch en een lockdown impliceert ook vergaande beperking van vrijheden.

Afweging
Met inachtneming van het OMT-advies, de sociaalmaatschappelijke reflectie, het maatschappelijk beeld en de uitvoeringstoets heeft het kabinet besloten om op korte termijn extra maatregelen te nemen. Het kabinet heeft – naast de aanscherping van enkele adviezen - het advies van het OMT voor een brede lockdown overgenomen. In paragraaf 3 is uitgebreid uiteengezet wat deze brede lockdown behelst. Daarnaast worden het thuisbezoekadvies en enkele andere adviezen aangepast.

Bij de bestuurlijke afweging om tot maatregelen te komen worden naast de signaalwaarden zoals het aantal IC-opnames (7-daags gemiddelde) alsook ziekenhuis opnames (7-daagsgemiddelde) verschillende contextfactoren betrokken zoals het aantal opgenomen gevaccineerde en niet gevaccineerde personen, de immuniteitsontwikkeling in de maatschappij, de beschikbare ruimte op de IC van dat moment (bijvoorbeeld wel of geen griep), de druk op de zorgketen en de sociaal maatschappelijke en economische situatie. Ook wordt daarbij informatie uit de dijkbewaking betrokken, bijvoorbeeld over het aantal besmettingen.

Daarbij houdt het kabinet verschillende bepalende factoren rekening, waaronder, de mate van transmissieremming door vaccinatie; de hoogte en homogeniteit van de vaccinatiegraad; het gedrag van mensen; de introductie vanuit het buitenland door terugkerende reizigers; het seizoenseffect; de afname van antistoffen; en mutaties die zich onttrekken aan immuniteitsopbouw.

Zoals uit bovenstaande ook blijkt is de ontwikkeling van de epidemie van verschillende uiteenlopende en soms lastig te kwantificeren factoren afhankelijk. Het verloop van de epidemie is tot nu toe grillig en zal dan ook nooit exact te voorspellen zijn. Dat maakt het lastig, zo niet onmogelijk, om exact aan te geven met welk percentage het aantal besmettingen afgenomen dient te zijn, hoe zich dat exact vertaalt naar de afname van de druk op de zorg en op welke termijn deze effecten exact moeten zijn bereikt.

Het aantal contacten buiten huis worden zoveel als mogelijk teruggebracht tot een beperkt aantal contacten. Ook dient het aantal reisbewegingen aanzienlijk te worden beperkt. Deze maatregelen zijn noodzakelijk om de verspreiding van de omikronvariant te vertragen. Doel is om deze tijd te benutten dat iedereen een booster kan krijgen en daarmee zo goed mogelijk beschermd wordt tegen deze variant. Daarvoor wordt de boostercampagne geïntensiveerd en versneld. Ook wordt hiermee tegelijkertijd de uitgangspositie van de zorg verbeterd.In dit kader is met name relevant dat het OMT in haar advies naar aanleiding van de 134e bijeenkomst heeft aangegeven dat de omikronvariant zich ook in Nederland zeer snel verspreidt, waarbij er steeds meer besmettingen in Nederland worden opgelopen. Daarnaast blijkt uit de modellering dat niet uitgesloten kan worden dat de snelle verspreiding leidt tot een hoge piek in ziekenhuis- en IC-opnames waarbij de capaciteit van de Nederlandse gezondheidszorg overschreden wordt. De vele onzekerheden over de omikronvariant maken een keuze tussen de scenario's momenteel niet mogelijk. Eerst kennis die komende week of weken beschikbaar komt over percentage opnames onder omikroninfecties en de IC-belasting, de boostervaccinatiegraad en dergelijke, maakt een keuze van het meest waarschijnlijke scenario mogelijk.

5. Regeldruk

Er zijn voor burgers en bedrijven kennisnamekosten van de aanscherping van de maatregelen. Het betreft een groot aantal geraakte burgers en bedrijven. Voor zover sprake is van volledige sluiting, is de benodigde tijd hier kennis van te nemen nihil, en de kennisnamekosten dus ook. Voor zover sprake is van uitzonderingen voor bijvoorbeeld afhaal of specifieke (essentiële) delen van de locatie, zijn de kennisnamekosten groter, omdat dergelijke details lastiger te vertalen zijn naar concrete situaties. Ook heeft deze aanscherping gevolgen voor ondernemers die hun locaties en systemen hier op moeten aanpassen. Er zullen ondernemers zijn die op het laatste moment reserveringen moeten afbellen en schema's van werknemers moeten omzetten. En waar sprake is van een mogelijkheid tot afhaal, geldt dat er kosten moeten worden gemaakt om hierop over te schakelen. Tot slot moeten er kosten worden gemaakt om communicatiekanalen naar klanten aan te passen.

De maatregelen in het onderwijs hebben gevolgen voor de onderwijsinstellingen en hun medewerkers, leerlingen en studenten en hun ouders. De snelle inwerkingtreding van de regeling geeft onderwijsinstellingen weinig tijd om alle voorbereidingen te treffen. Er kan weliswaar worden geput uit de ervaring van eerdere sluitingen, ook voor de buitenschoolse opvang, maar het gaat om grote inspanningen voor een relatief korte periode. Maandag 20 december 2021 kunnen onderwijsinstellingen waar nodig gebruiken voor een wisseldag. Onderwijsinstellingen zijn niet aan het onmogelijke gehouden en het kabinet vraagt hen zelf een afweging te maken over afstandsonderwijs, waarbij zij de mogelijkheid hebben om de organiseerbaarheid mee te wegen bij het tot stand brengen van alternatief onderwijs.

De maatregelen in deze regeling lopen automatisch af op 15 januari 2022 om 05.00 uur. Het volgende besluitvormingsmoment is thans voorzien op 14 januari 2022. Het OMT benadrukt in haar advies dat er wat betreft verschillende essentiële karakteristieken van de omikronvariant, zoals ziekmakend vermogen, nog geen eenduidig beeld is. Dit zou snel kunnen veranderen; reden voor het OMT om de internationale ontwikkelingen met betrekking tot de omikronvariant nauwgezet te volgen. Mocht duidelijk worden dat de omikronvariant een mild ziektebeeld veroorzaakt, met verminderde kans op ziekenhuis- en IC-opname ten opzichte van de deltavariant, dan zal het OMT dit direct doorrekenen in de modellen en op grond daarvan eventueel snel adviseren de maatregelen weer terug te brengen tot de down. Wanneer daar aanleiding voor is zal het kabinet het besluitvormingsmoment naar voren halen.

Overigens wordt voor het doelbereik van de maatregelen verwezen naar paragraaf 4.

Artikelsgewijs

Artikel I

De verschillende maatregelen in het kader van de lockdown zijn uitgebreid toegelicht in paragraaf 3 van het algemene deel van de toelichting. Hieronder wordt nog specifiek op enkele overige onderdelen ingegaan.

Onderdeel L

Momenteel dient eenieder komend uit een door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangewezen hoogrisicogebied, zeer hoogrisicogebied of uitzonderlijk zeer hoogrisicogebied of Bonaire een negatieve testuitslag van een NAAT-test van maximaal 48 uur of, met uitzondering van reizigers komend uit een door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangewezen zeer hoogrisicogebied of uitzonderlijk hoogrisicogebied met zorgwekkende varianten van het coronavirus, van een antigeentest van maximaal 24 uur oud voor vertrek te kunnen tonen aan de aanbieder van het vervoer en aan een toezichthouder. De bepalingen en uitzonderingen daarop zijn opgenomen in artikel 6.7 van de Trm. Het Outbreak Management Team adviseert in zijn advies van 18 december 2021 alle landen buiten de Europese Unie als hoogrisicogebied te beschouwen en aan alle reizigers komend uit deze landen een testplicht voor vertrek naar Nederland op te leggen, ongeacht de vaccinatiestatus van de reiziger of een eerder doorgemaakte infectie. Daarom worden per 22 december 2021 artikel 6.7e, lid 1 en artikel 6.7f, lid 1 van de Trm gewijzigd. Per 22 december 2021 dienen alle reizigers uit derde landen ongeacht hun immuunstatus te beschikken over een negatief testbewijs van een NAAT-test van maximaal 48 uur oud voor vertrek of een antigeentest van maximaal 24 uur oud voor vertrek.

Onderdeel Q

Gevaccineerde en herstelde reizigers komend uit een door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangewezen zeer hoogrisicogebied zijn uitgezonderd van de quarantaineplicht, zoals opgenomen in artikel 6.19, lid 6 van de Trm. Gezien de epidemiologische ontwikkelingen met betrekking tot de omikronvariant van het coronavirus, adviseert het OMT op 18 december 2021 het quarantainebeleid voortaan onafhankelijk van de immuunstatus te maken. Het OMT wijst er in zijn advies op dat vaccinatie en een eerder doorgemaakte infectie vooralsnog weinig bescherming lijken te geven tegen deze nieuwe variant. Dit betekent dat vanaf 22 december 2021 alle reizigers komend uit aangewezen zeer hoogrisicogebieden bij aankomst in Nederland in quarantaine moeten. Deze quarantaineplicht zal voortaan ook gelden voor gevaccineerden en herstelden. Hiermee komen artikel 6.19, lid 6, onder k, en artikel 6.19, lid 6, onder l, van de Trm te vervallen per 22 december.

Artikel II Inwerkingtreding

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 26 december 2021. Gelet op de noodzaak om deze maatregelen te treffen om de verspreiding van de omikronvariant te vertragen kan daarom naar het oordeel van het kabinet 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 om 05.00 uur. 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.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mede namens de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,
H.M. de Jonge

---

[1] zie o.a. Routekaart coronamaatregelen bestuurdersversie | Publicatie | Rijksoverheid.nl, Openingsplan: Scenario naar heropening samenleving (bestuurdersversie) | Publicatie | Rijksoverheid.nl, Aanpak Najaar | Publicatie | Rijksoverheid.nl

[2] Zie o.a. OMT-advies n.a.v. 80e OMT, 13 oktober 2020.

[3] O.a. Kamerstukken II 2019/20, 35 526, nr. 3, p. 84.

Productie 2

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
3300161-1022250-PDC19

Bijlage(n)

5

Uw brief

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

Datum 18 december 2021
Betreft Maatregelen nav het 134e OMT advies

Geachte voorzitter,

Afgelopen dinsdag werd aangekondigd dat er mogelijk eerder dan 14 januari een nieuw weegmoment voor de corona-aanpak zou zijn, als het OMT daar aanleiding toe zag. Het OMT is vrijdag 17 december bij elkaar gekomen. Het 134e OMT advies van 18 december jl. schetst een zeer zorgwekkend beeld.

Uit het OMT advies blijkt dat de omikronvariant zich veel sneller verspreidt dan de deltavariant. Uit de eerste cijfers blijkt dat elke 2,5 dag een verdubbeling van het aantal besmettingen met omikron plaatsvindt. Ook lijkt de bescherming door eerdere besmetting of vaccinatie beperkter bij deze variant. Welke ziektelast de variant kent, is nog niet duidelijk. Hierover verwacht het OMT komende week meer inzicht te krijgen.

De snellere verspreiding en hogere besmettelijkheid kunnen zorgen voor een veel hogere druk op de zorg. Het OMT waarschuwt voor een piek die hoger kan zijn dan we meemaken met de deltavariant. Daarmee is de situatie uitermate ernstig. Het is daarom noodzakelijk om de uitgangspositie van de zorg te verbeteren. En we willen de verwachte omikrongolf verlagen en vertragen. Dat doen we door het instellen van een lockdown.

We kunnen geen risico nemen. Een lockdown is ingrijpend. Zeker met de feestdagen voor de deur. Met deze maatregelen kopen we tijd, om meer te leren over de omikronvariant. En intussen kunnen we de huidige golf van de deltavariant verlagen zodat er meer ruimte komt in de zorg. En daarmee komt er ook tijd om iedereen die dit wil een boosterprik te geven. We zetten alles op alles om het boosteroffensief in de tweede helft van januari af te ronden.

Met deze brief informeer ik uw Kamer, mede namens de minister van Justitie & Veiligheid, de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en de minister voor Basis- en Voortgezet Onderwijs en Media over het maatregenpakket dat gaat gelden vanaf 19 december 2021, over de boostercampagne, het scenario voor de zorg, het testbeleid en het reisbeleid.

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

- Regeling van 18 december 2021 tot wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met verzwaring van de maatregelen

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 26 december 2021. Gelet op de noodzakelijk om deze maatregelen te treffen om de verspreiding van de omikronvariant te vertragen kan daarom naar het oordeel van het kabinet 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 om 05.00 uur. 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 weergeven.

1. 134e OMT-advies

Het OMT is 17 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. Testbeleid
5. Reizen en bron-en contactonderzoek

Ad1) Verloop van de epidemiologie
In de afgelopen 7 kalenderdagen is het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positieve personen met bijna een kwart gedaald. In week 49 is de virusvracht in rioolwater licht gestegen (+6%). De virusvrachten in het hele land blijven hiermee nog steeds op een heel hoog niveau.
In Infectieradar werd een verdere afname van het aandeel personen met COVID-19-achtige klachten waargenomen. Daarnaast is een toename van gebruik van zelftesten door de deelnemers aan de Infectieradar zichtbaar.

Het aantal meldingen per 100.000 inwoners was net als in de voorgaande maand het hoogst in de leeftijdsgroep 0-12 jaar, gevolgd door de leeftijdsgroepen 30-39 en 40-49 jaar. Het aantal meldingen bij personen die bekend zijn als bewoners van verpleeghuizen en woonzorgcentra voor ouderen, lijkt ook weer te dalen.

Het aantal testen bij de GGD-testlocaties is vorige week afgenomen met 25%. Hier zijn ten minste twee mogelijke verklaringen voor: een dalende incidentie van personen met klachten en het veranderde beleid waarbij zelftesten bij milde klachten gebruikt kunnen worden door mensen die niet kwetsbaar zijn of met kwetsbare personen in aanraking komen. In totaal was het percentage positieve testen 23,7% voor alle personen die zich lieten testen bij de GGD. Bij personen getest in het kader van het coronatoegangsbewijs daalde het percentage positieve testen; het betrof 1,2% in de afgelopen kalenderweek vergeleken met 1,7% in de week ervoor.

De instroom in het ziekenhuis en op de IC van personen met een positieve test op SARS-CoV-2 daalde duidelijk de afgelopen week. De bezetting neemt nog niet af, deze loopt achter vanwege de ligduur. Gemiddeld werden over de laatste week 237 personen per dag opgenomen op een verpleegafdeling en 39 op de IC. Op 16 december 2021 was de totale bedbezetting 2.527: 1.923 op de verpleegafdelingen in het ziekenhuis en 623 op een IC in Nederland, naast 22 op een IC in Duitsland (bron: LCPS).

De oversterfte was verhoogd in de periode 6 t/m 12 december: in totaal overleden 1.050 mensen meer dan verwacht o.b.v. de gemiddelde sterfte in de jaren vóór corona. Deze oversterfte is nog steeds hoog maar minder hoog dan de week ervoor.

De geschatte opkomst voor ten minste één vaccinatie bedroeg t/m 12 december 2021 88,9% voor de volwassen bevolking ≥ 18 jaar, 85,8% had de volledige vaccinatieserie afgerond. Voor de bevolking vanaf 12 jaar was dit respectievelijk 87,1% en 84,0%. Bij personen met een positieve test die tot nu toe zijn gemeld in december, was van 71% de vaccinatiestatus bekend. Van hen was 51% zeker niet gevaccineerd.

De schattingen van vaccineffectiviteit tegen ziekenhuis- en IC-opname voor de periode 13 oktober t/m 7 december 2021 waren 89% en 95%, respectievelijk, waarbij deze zoals vanaf het begin lager waren bij oudere dan jongere leeftijdsgroepen. Schattingen van vaccineffectiviteit tegen infectie (circa 73-85%) tijdens de gehele deltaperiode (4 juli t/m 2 december 2021) laten ook een lagere bescherming zien bij ouderen, een afnemende bescherming met toenemende tijd sinds laatste vaccinatie en een hogere startbescherming bij mRNA-vaccins. Op basis van de eerste Nederlandse data met een S-deletie als proxy voor omikron, lijkt de vaccineffectiviteit tegen infectie beduidend lager te zijn voor omikron vergeleken met de deltavariant; verder onderzoek moet dit preciseren. Dit is in lijn met internationale gegevens.

Ad2) Update diverse virusvarianten
Tot 17 december zijn in totaal 136 bevestigde omikron-gevallen gemeld aan het RIVM. Hiervan hadden 77 personen een reishistorie naar zuidelijk Afrika (57%), 19 een reishistorie naar een ander land (14%) en 40 personen geen reishistorie (29%). Het optreden van besmettingen zonder dat een reis als besmettingsbron kan worden vastgesteld en de aanwezigheid van omikron in de kiemsurveillancedataset, duidt op zogenaamde community-transmissie in Nederland. De huidige verwachting is dat de omikronvariant binnen afzienbare termijn (eind december) dominant zal worden in Nederland.

De ontwikkelingen met betrekking tot SARS-CoV-2-varianten en omikron in het bijzonder, worden op de voet gevolgd via (inter)nationale netwerken. 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, hetgeen zich uit in een snellere verspreiding. De eerste studies duiden op een verminderde effectiviteit van opgebouwde immuniteit door vaccinatie of eerder doorgemaakte infectie als component hierin, alsmede een mogelijk verhoogde besmettelijkheid en kortere generatietijd. Of de variant daarnaast ook een verhoogde ziektelast kent, is nog niet duidelijk. Gegevens uit Zuid-Afrika lijken een milder ziektebeeld te ondersteunen, gegevens uit Engeland en Denemarken tonen dit vooralsnog niet, al zijn de aantallen nog laag.

Vanaf week 47 (start 21 november) wordt de omikronvariant aangetroffen in de kiemsurveillance. In week 47 had deze variant een aandeel van 0,23% en in week 48 een voorlopig aandeel van 0,24%.

In de regio Amsterdam wordt door de GGD en het Amsterdam UMC met een dagelijkse aselecte steekproef van ongeveer 200 coronapositieve monsters uit twee GGD-teststraten via een omikronspecifieke PCR in combinatie met sequencen de aanwezigheid van de variant gemonitord. In deze monitoring neemt het aandeel omikronvariant snel toe (geschatte groeisnelheid ~30% per dag) met een aandeel van 1,2 % op 5 december, 3,7% op 12 december, 11,7% op 13 december, 14,1% op 14 december en 24,9% op 15 december. Het percentage personen met omikron dat gevaccineerd was, is vrijwel identiek aan de vaccinatiegraad onder volwassenen.

Er zijn drie GGD-teststraatlaboratoria die een PCR-cartridge-test gebruiken waarmee een realtime aanwijzing kan worden verkregen voor de aanwezigheid van de omikronvariant. In deze dagelijkse monitoring neemt het aandeel vermoedelijke besmettingen met de omikronvariant snel toe (geschatte groeisnelheid ~30% per dag) met een respectievelijk aandeel van 1,2% en 0,9% op 12 december, 1,2% en 1,1% op 13 december, 2,7% en 2,4% op 14 december, 3,5% en 5,4% op 15 december en 4,8% op 16 december. In de dataset van het nationale sequentienetwerk SeqNeth lijkt er een lichte stijging in het aandeel van omikronverdachte monsters te zijn in de periode week 47-49.

Reproductiegetal, prognoses ziekenhuizen, IC en omikronvariant
De meest recente schatting van het reproductiegetal Rt van de huidige epidemie, zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is voor 2 december op basis van Osiris: gemiddeld 0,90 besmettingen per geval.

De schatting van het reproductiegetal op basis van het aantal nieuwe ziekenhuisopnames per dag kent een aanzienlijk grotere onzekerheid, omdat deze berekend wordt op veel geringere aantallen, en is gemiddeld 0,97. Het reproductiegetal berekend op basis van nieuwe IC-opnames is gemiddeld 0,98.

De prognose op korte termijn (1 week) op basis van het regressiemodel dat uitgaat van het aantal meldingen nu, laat voor de komende week een verdere daling zien van het aantal ziekenhuis- en IC-opnames. De simulaties met een transmissiemodel dat 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, laat zien dat we nu rond de piek zijn voor wat betreft de bezetting van ziekenhuizen en de IC met COVID-19-patiënten.

Een verkenning van de mogelijke implicaties van toename van de nieuwe omikronvariant laat zien dat er nog veel onzekerheid is. De relatieve toenamesnelheid ten opzichte van de deltavariant in de RAI-teststraat wordt geschat op 0,28 per dag, hetgeen overeenkomt met een verdubbelingstijd van 2.5 dag van het aandeel omikron in de infecties. Dat duidt op een zeer snelle toename van het aandeel omikron in het aantal infecties. De dag van monsterafname waarop 50% van alle besmetting door omikron veroorzaakt worden in de RAI-teststraat, is geschat op 21 december (95%-interval: 19-25 december). Op basis van de kiemsurveillance verwacht het OMT dat het beeld voor deze teststraat enkele dagen voorloopt op de rest van Nederland. Deze groeisnelheid is conform schattingen op basis van gegevens uit andere landen in West-Europa, zoals Denemarken, Engeland en België.

Er is onzekerheid in welke mate de snelle relatieve groei wordt bereikt door ontsnapping aan de immuniteit die is opgewekt door natuurlijke infectie of vaccinatie, of door een hoger intrinsiek besmettend vermogen, of een combinatie van deze twee. Bij de mogelijke combinaties verwacht het OMT een golf van infecties in de komende maand, van een grotere omvang dan de golf door de deltavariant die we net achter de rug hebben. Een versnelde boostercampagne kan de golf verminderen. Als veel mensen al worden blootgesteld aan de omikronvariant, voordat ze een booster zullen ontvangen voor eind januari 2022, kan de golf aanzienlijk groter worden. De hoogte van de golf kan worden verkleind door bijkomende maatregelen te nemen die de verspreiding van het virus afremmen.

Hoe hoog de bezetting in de ziekenhuizen en IC wordt, is zeer onzeker. Het is mogelijk dat de aantallen uitstijgen boven wat in eerdere golven is bereikt en wat de zorgcapaciteit aan zou kunnen. Een factor die bijdraagt aan de onzekerheid, is het gebrek aan kennis over de ernst van het beloop van de ziekte na besmetting met de omikronvariant en de kans op ziekenhuisopname (en IC-opname) na besmetting. Een andere factor is de vaccineffectiviteit na een booster tegen infectie met de omikronvariant en tegen ziekenhuisopname na infectie. Weer een andere factor is de duur van de generatietijd – de typische tijdsduur tussen het besmet worden van een bron en het besmetten van andere gevallen door de bron – omdat dit ook de snelle groei zou kunnen verklaren. Verder is de te bereiken boostervaccinatiegraad onzeker.

Ad3) Adviezen

Kenmerk
3300161-1022250-PDC19

Op basis van modellering verwacht het OMT nu dat de omikronvariant eind december al dominant zal zijn in Nederland. Dit is eerder dan vorige week werd verwacht. Daarnaast blijkt uit de modellering dat niet kan worden uitgesloten dat de snelle verspreiding leidt tot een hoge piek in ziekenhuis- en IC-opnames waarbij de capaciteit van de Nederlandse gezondheidszorg wordt overschreden. Naast dit sombere scenario, zijn ook andere uitkomsten mogelijk die minder belasting op de zorg leggen. Echter, de vele onzekerheden maken een keuze tussen de scenario's momenteel niet mogelijk. Kennis die komende week of weken beschikbaar komt over percentage opnames onder omikroninfecties en de IC-belasting, de boostervaccinatiegraad en dergelijke, maakt een keuze van het meest waarschijnlijke scenario pas mogelijk.

Aangezien er nog veel onzekerheden zijn met betrekking tot de omikronvariant en een overbelasting van de zorgketen tot de mogelijkheden behoort, adviseert het OMT op korte termijn extra maatregelen te nemen om de verspreiding te beperken zodat de bevolking zo goed mogelijk beschermd kan worden door uitvoering van de al versnelde boostercampagne.

Uit de modellering blijkt dat de hoogte van de piek kan worden teruggebracht door ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk mensen een boostervaccinatie hebben ontvangen. Om de boostercampagne de kans te geven zoveel mogelijk mensen tijdig te bereiken, is het opportuun nu extra maatregelen te nemen naast de avondlockdown, waardoor de opkomst van de omikronvariant wordt vertraagd. Ook adviseert het OMT te onderzoeken of de observatietijd van 15 minuten na het toedienen van de booster kan worden losgelaten, om zo het geven van boosters te bespoedigen en capaciteit te verhogen. Ook het verder verhogen van de vaccinatiegraad onder nog niet gevaccineerde personen draagt bij aan de bescherming tegen ziekte en tegen verspreiding van omikron.

Om nu 'tijd te kopen' voor de boostercampagne en de uitgangspositie van de zorg te verbeteren, adviseert het OMT om de huidige avondlockdown uit te breiden, op een wijze vergelijkbaar met de maatregelen in december 2020 en januari 2021, door:

- sluiting van scholen en onderwijsinstellingen;
- sluiting van de horeca;
- sluiting van niet-essentiële winkels;
- sluiting van de cultuursector en sportclubs;
- sluiting van overige locaties.

Indien niet tot sluiting van scholen en onderwijsinstellingen wordt besloten, dient overal in het onderwijs de 1,5 metermaatregel en mondneusmaskerplicht te worden doorgevoerd.
Tevens kan een verdere beperking van het aantal bezoekers thuis (en in instellingen voor langdurige zorg) tot 2 worden geadviseerd, waarbij een uitzondering tot 4 gemaakt kan worden voor de kerstdagen. Tot slot kan een dringend advies worden gegeven om niet te reizen voor vakantiedoeleinden. Ook hier is het advies de maatregelen te volgen zoals die van toepassing waren in december 2020 en januari 2021.
Ook herhaalt het OMT het advies om voorbereidingen te treffen in de hele zorgketen om de verwachte toename van de zorgvraag op te kunnen vangen.

Het OMT benadrukt dat er nog geen eenduidig beeld is met betrekking tot verschillende essentiële karakteristieken van de omikronvariant, zoals ziekmakend vermogen. Dit is reden voor het OMT om de internationale ontwikkelingen met betrekking tot de omikronvariant nauwgezet te volgen. Mocht duidelijk worden dat de omikronvariant een mild ziektebeeld veroorzaakt, met verminderde kans op ziekenhuis- en IC-opname ten opzichte van de deltavariant, dan zal het OMT dit direct doorrekenen in de modellen en op grond daarvan eventueel snel adviseren de maatregelen weer terug te brengen tot de huidige avondlockdown. Daarnaast is er een nieuw weegmoment als de boostercampagne ten einde loopt (volgens planning medio tot eind januari 2022), hetgeen goed zou kunnen samenvallen met de eerder afgesproken evaluatie per 14 januari. Immers, het mogelijk maken van boosters voor iedereen die dat wil, is een belangrijke motivering om nu (liefst tijdelijk) de maatregelen te intensiveren.
Ten slotte, voor de langere termijn verwacht het OMT meer van nieuwe vaccins specifiek gericht tegen de omikronvariant; mogelijk kunnen ook vaccins op eiwitbasis (NovaVax) bescherming bieden.

Ad4) Testbeleid
Het OMT adviseert dringend om het beleid met betrekking tot zelftesten op dit moment niet aan te passen. De onderbouwing van de huidige (zelf)testadviezen is te vinden in het advies van het 130e OMT. Het (zelf)testadvies is dus nog zeer recent en ook zeer ingrijpend gewijzigd. De communicatie hierover loopt nog en er leven nog veel – ook praktische – vragen bij het publiek. Een nieuwe wijziging zal tot extra onduidelijkheid en extra vragen leiden.

Bovendien heeft het OMT eerder aangegeven dat het voor uitbreiding van de inzet van zelftesten belangrijk is dat er kwalitatief goede testen gratis of laagdrempelig beschikbaar worden gesteld aan met name de minder draagkrachtigen. De meest recente informatie van de gedragsunit toont dat het gebruik van zelftesten bij lager opgeleiden lager is dan bij midden en hoger opgeleiden, hetgeen gerelateerd kan zijn aan de kosten die het zelf aanschaffen van zelftesten met zich meebrengen.

Waar in het verleden zelftesten werden ingezet bij mensen zonder klachten, kan binnen de huidige adviezen een zelftest ook al worden gebruikt bij mensen met klachten en op dag 1 bij het BCO. Op basis van de data uit de GGD-teststraten, lijkt dit al op grote schaal te gebeuren. Het OMT ziet onder de huidige omstandigheden – waarbij de testvraag afneemt – geen meerwaarde in het ontmoedigen van het testen bij de GGD. Vanwege de onzekerheid over de omikronvariant en de gevolgen van de reeds doorgevoerde wijziging in het testbeleid, is het juist belangrijk om zo goed mogelijk zicht te houden op de ontwikkelingen in de testvraag en testuitslagen. Kortom, het OMT adviseert om het (zelf)testbeleid nu niet aan te passen.

Ad5) Reizen en bron-en contactonderzoek
Ten aanzien van het beleid met betrekking tot isolatie en quarantaine bij COVID-19, adviseert het OMT het beleid niet alleen voor reizigers aan te passen maar voor iedereen. Aangezien vaccinatie en doorgemaakte infectie vooralsnog weinig bescherming lijken te geven tegen de omikronvariant, adviseert het OMT het quarantainebeleid voortaan onafhankelijk van de immuunstatus te maken. Het isolatie en quarantainebeleid wordt hiermee aanzienlijk vereenvoudigd.

De isolatieduur voor positief geteste personen zonder klachten (asymptomatisch) wordt verlengd en overige nauwe contacten (categorie 2) gaan ongeacht hun immuunstatus in quarantaine. Het RIVM zal dit beleid verder uitwerken. Het streven is om dit zo spoedig mogelijk te laten ingaan. Tevens vraagt het OMT aandacht voor het inrichten en beschikbaar stellen van elektronische systemen voor het melden van positieve zelftesten en het uitvoeren van BCO door de index zelf.

Ten aanzien van reizigers vanuit EU-landen, adviseert het OMT het EU-beleid te volgen. Daarnaast adviseert het OMT alle landen buiten de EU als hoog-risicoland te beschouwen en reizigers vanuit deze landen ongeacht vaccinatiestatus of doorgemaakte infectie een testverplichting, bij voorkeur een NAAT-test, afgenomen 24 uur voor vertrek, op te leggen.

Ten slotte zal het OMT in een volgend advies ingaan op de vraag over eventuele aanpassing van het beleid met betrekking tot persoonlijke beschermingsmiddelen in de zorg vanwege de opkomst van de omikronvariant. De werkgroep van de Federatie Medisch Specialisten is gevraagd hiertoe een voorstel doen, rekening houdend met de nieuwste wetenschappelijke inzichten.

BAO-advies
Het BAO, dat vanmorgen 18 december bijeen is gekomen, onderschrijft de ernst van de situatie zoals door het OMT in het advies is beschreven. Het BAO vindt de maatregelen –indien ook de uitzonderingen uit het pakket van vorig jaar december gelden, zoals voor reizen en onderwijs– op hoofdlijnen navolgbaar. Het BAO heeft als kanttekening dat met name voor het onderwijs de geadviseerde maatregelen ingrijpend zijn en dat in ieder geval voor de kwetsbare leerlingen voorzieningen moeten worden getroffen. Het BAO geeft in dat verband aan dat de maatregelen in het onderwijs zo kort mogelijk zouden moeten duren. Het BAO is het eens met het voornemen van het OMT om opnieuw te adviseren als meer duidelijk wordt over het ziekteverloop en dringt aan op een nieuw weegmoment in de kerstvakantie, zodat helder is welke maatregelen bij de start van het nieuwe schooljaar op 10 januari gelden. Het BAO geeft aan dat het advies ten aanzien van quarantaine eerst goed moet worden uitgewerkt, inclusief uitvoeringstoets en goede communicatie, alvorens dit in kan gaan.

2. Sociaal Maatschappelijke Reflectie en maatschappelijk beeld en uitvoeringstoets

Voor de besluitvorming van 18 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

Kenmerk
3300161-1022250-PDC19

Het SCP verwijst naar de eerder gegeven reflecties ten behoeve van besluitvorming op 26 november en 10 december jl. Hierin geeft het SCP aan dat enkele sectoren, waaronder de culturele sector, de horeca en evenementenbranche hard geraakt zijn door de crisis en bijbehorende maatregelen. De vrijetijdsbesteding die deze gelegenheden bieden, zijn voor veel mensen belangrijke activiteiten die bijdragen aan ontplooiing, ontspanning, plezier en ontmoeting. Het vasthouden van de bezoekersnormen en sluitingstijden van de horeca brengt financiële gevolgen voor de getroffen sectoren met zich mee. Het SCP geeft aan dat er twijfels bestaan over de effectiviteit van deze maatregelen. Het SCP noemt het van belang dat het doel en de effectiviteit van bestaande maatregelen helder worden onderbouwd en inzichtelijk worden gemaakt. Zij refereren aan een onderzoek van de RIVM gedragsunit waaruit blijkt dat met name de hygiënemaatregelen nog altijd goed worden nageleefd. Afstand houden van anderen kan in de praktijk echter niet altijd worden gerealiseerd. Bijna zes op de tien deelnemers van het onderzoek zegt dat het lukt om voldoende afstand te houden, ruim vier op de tien lukt dat dus niet. Ook het geldende thuiswerkadvies blijkt steeds lastiger in praktijk te brengen.

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

Ten behoeve van het draagvlak in de samenleving, vertrouwen in de instituties en het bereiken van ongevaccineerde kwetsbare groepen benadrukt het SCP het belang van heldere, transparante communicatie en toegankelijke informatievoorziening. Ook bevelen zij aan dat er in de communicatie voldoende aandacht wordt besteed aan de betekenis van de gedeelde (en eigen) verantwoordelijkheid van mensen voor hun eigen gezondheid en die van anderen.

Bij alle communicatie, zowel over maatregelen als over het vaccinatiebeleid, is het belangrijk aandacht te hebben hoe informatie iedereen bereikt en welke kanalen daarvoor gebruikt kunnen worden. De meer fundamentele boodschap over de uitlegbaarheid van besluiten en het belang van een betrouwbare overheid wordt volgens het SCP bevestigd door onderzoek van het RIVM naar de voorkeuren van mensen over mogelijke opschaling van maatregelen dit najaar. Hieruit komt naar voren dat er moet worden gekozen voor effectieve maatregelen, maatregelen die tot weinig negatieve (lange termijn) effecten leiden. Ook wordt hierin geadviseerd te kiezen voor generieke maatregelen die een specifieke groep of gebied raken.

Tot slot 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.

Sociaal-maatschappelijke en economische reflectie Trojka
De sociaal-maatschappelijke en economische reflectie van de ministeries van SZW, EZK en FIN geeft prioriteit aan het openstellen van het onderwijs na de kerstvakantie. Zij stellen dat 20% van de positieve coronagevallen is toe te wijzen aan scholen. Blijvende sluiting is daarom niet proportioneel volgens de Trojka. Een sluiting van het onderwijs trekt een zware wissel op de mentale gezondheid van jongeren. Een kwart van de jongeren is psychisch ongezond blijkt uit cijfers van het CBS. Afstandsonderwijs leidt tot leerachterstanden bovenop de achterstanden die er al zijn. Ook vergroot het de kansenongelijkheid gezien het effect het grootst is bij leerlingen met ouders met een laag of gemiddeld opleidingsniveau. De Trojka geeft aan dat achterstanden het verdienvermogen van leerlingen en Nederland als geheel aantasten. Ook gaat een schoolsluiting ten koste van de productiviteit van werkende ouders. De Trojka concludeert dat de schade van een schoolsluiting onevenredig neerslaat bij jonge generaties, terwijl de baten ervan primair bij oude generaties neerslaan.

Uit de reflectie van de Trojka komt naar voren dat de schade van het volledig sluiten van sectoren groot is. Binnen-en buitensport mogelijk blijven maken is van groot belang voor de mentale en fysieke weerbaarheid van burgers. Uit cijfers van het CBS blijkt dat de psychische gesteldheid een historisch dieptepunt heeft bereikt. Daarom adviseert de Trojka om bibliotheken en buurthuizen indien mogelijk open te houden. Deze plekken vervullen een belangrijke sociale functie in de buurt als sociaal vangnet, met name voor jongeren en kwetsbaren. Sluiting in de week voor kerst heeft grote impact op winkeliers en horeca omdat zij in de laatste weken van het jaar veel omzet draaien. Het toestaan van winkelen op

afspraak en click en collect is van belang om te voorkomen dat winkeliers met grote onverkoopbare voorraden blijven zitten. Hoewel de impact van corona macro-economisch vooralsnog meevalt, is er onder de radar forse schade. De huidige dynamiek van sluitingen én steun is onhoudbaar. De Trojka geeft aan dat het beslag op overheidsfinancíën van steunmaatregelen zeer groot is. Dit zal uiteindelijk ook moeten worden terugbetaald door jonge generaties. Door de steunpakketten worden ook niet-productieve bedrijven in leven gehouden, wat ten koste gaat van het lange termijn verdienvermogen van Nederland.

De Trojka pleit voor het maken van scherpere keuzes in het vaccinatiebeleid. Het verhogen van de immuniteit via vaccinatie inclusief boosters blijft de structurele uitweg uit de crisis en is het middel tegen overbelasting van de zorg en ingrijpende vrijheid beperkende maatregelen. Daarom adviseren zij op korte termijn de voor-en nadelen van varianten van vaccinatie-en boosterprikkels en -plichten in kaart brengen. De SME-schade van sluitingen is gigantisch en een lockdown impliceert ook vergaande beperking van vrijheden.

3. Maatregelen

Het OMT heeft het kabinet vandaag geadviseerd om op korte termijn extra maatregelen te nemen. Deze maatregelen zijn noodzakelijk om de verspreiding van de omikronvariant te vertragen. Doel is om deze tijd te benutten zodat iedereen een booster kan krijgen en daarmee zo goed mogelijk beschermd wordt tegen deze variant. Daarvoor wordt de boostercampagne geïntensiveerd en versneld. Ook wordt met de extra maatregelen tegelijkertijd de uitgangspositie van de zorg verbeterd.

Het kabinet heeft het advies van het OMT overgenomen en heeft besloten tot een brede lockdown. Deze brede lockdown bestaat onder andere uit de sluiting van de horeca, niet-essentiële winkels, niet medische contactberoepen, de kunst- en cultuurlocaties, sportlocaties, een evenementenverbod en schoolsluiting. Daarnaast worden het thuisbezoekadvies en enkele andere adviezen aangepast.

De maatregelen en adviezen gaan in per 19 december 2021 05.00 uur en lopen af op 15 januari 2022 05.00 uur. Nieuwe besluitvorming is voorzien op 14 januari 2022. De maatregelen in het onderwijs gelden tot 10 januari 2022, waarbij op 3 januari 2022 een besluit wordt genomen voor de periode na 10 januari 2022. Doorlopend zal het Kabinet beoordelen of het maatregelenpakket nog proportioneel is in relatie tot de genoemde doelen. Indien mogelijk, of nodig wordt eerder dan het geplande moment tot nieuwe besluitvorming overgegaan.

Het steunpakket ademt mee met geleden omzetverliezen en is reeds verlengd tot het eerste kwartaal van 2022. Het mee-ademen van het steunpakket betekent dat meer ondernemers meer gebruik zullen maken van het steunpakket, doordat zij een hoger omzetverlies zullen kennen. Het steunpakket is reeds maximaal verruimd, in lijn met voorgaande kwartalen toen sprake was van vergelijkbare beperkingen, en ruimer dan gedurende de winter vorig jaar.

Algemene sluiting en evenementenverbod, inclusief groepsvormingsverbod
De brede lockdown ziet er op hoofdlijnen als volgt uit. Per 19 december 05.00 uur geldt buiten een groepsvormingsverbod. Dit betekent dat niet meer dan twee personen zich gezamenlijk buiten mogen begeven, huishoudens uitgezonderd. Ook geldt een algemene sluiting en een evenementenverbod. Per zondagochtend zijn dan ook onder andere de horeca, niet-essentiële winkels en de kunst- en

cultuursector gesloten. Ook is het niet toegestaan om evenementen te organiseren en niet-medische contactberoepen uit te oefenen. In de niet-essentiële detailhandel is afhalen en retourneren tot 17:00 uur van vooraf bestelde of gereserveerde artikelen onder voorwaarden wel toegestaan. Ook afhalen in de horeca blijft mogelijk.

Algemene uitzonderingen en beperkte uitzondering voor sport
In algemene zin gelden de uitzonderingen op de sluitingen en verboden, zoals die in de afgelopen lockdowns zijn gehanteerd. Zo blijft de essentiële detailhandel open en kan essentiële dienstverlening (en enkele vormen van specifieke dienstverlening) doorgang vinden, zoals openbaar vervoer, banken, bibliotheken, buurt- en wijkcentra, georganiseerde jeugdactiviteiten, zwembaden ten behoeve van zwemles en schoolzwemmen, zorglocaties en de verkoop van kerstbomen (buiten). Van het evenementenverbod zijn zoals ook eerder besloten de reguliere warenmarkten, uitvaarten en professionele sportwedstrijden zonder publiek uitgezonderd. Daarnaast geldt op het groepsvormingsverbod van meer dan twee personen een algemene uitzondering voor kinderen tot en met 12 jaar en personen woonachtig op hetzelfde adres. Ten slotte geldt op Kerstavond, Eerste Kerstdag en Tweede Kerstdag en Oudejaarsavond een verbod op groepsvorming van meer dan vier personen. Voor plaatsen die conform uitzonderingen open zijn geldt een mondkapjesplicht, een bezoekersnorm in geplaceerde setting van 100% van de 1,5m-capacitieit met een maximum van 50 bezoekers per zelfstandige binnenruimte en bij doorstroomlocaties dat 1 persoon per 5m2 toegelaten kan worden. Voor uitvaarten geldt een maximale groepsgrootte van 100 bezoekers op 1,5 meter afstand.

Gezien het belang van sport in het kader van gezondheid en welzijn blijven buitensportlocaties tussen 05.00u en 17.00u geopend. Hiervoor gelden dezelfde voorwaarden als voor de groepsvorming buiten. Dit betekent dat maximaal twee personen van 18 jaar en ouder hier kunnen sporten (exclusief trainer). Voor kinderen en jongeren t/m 17 jaar geldt verder geen maximale groepsgrootte voor het beoefenen van sport buiten. Zij hoeven tijdens sportbeoefening geen 1,5 meter afstand te houden, maar mogen geen wedstrijden en competitie buiten eigen clubverband spelen. Daarnaast zijn zwembaden geopend ten behoeve van zwemlessen voor het A, B of C-diploma tot 17.00u. De bestaande uitzondering voor topsporters blijft bestaan. Georganiseerde jeugdactiviteiten voor personen tot en met 17 jaar zijn buiten tot 17.00 toegestaan met maximaal 50 personen. Buurt- en wijkcentra blijven geopend voor georganiseerde dagbesteding en opvang voor kwetsbare groepen en ook bibliotheken blijven geopend.

Een volledig overzicht van de uitzonderingen, de afbakening van essentiële detailhandel en de voorwaarden waaronder afhaal en retourneren van goederen en diensten georganiseerd dient te worden is te raadplegen op www.Rijksoverheid.nl.

Onderwijs en buitenschoolse opvang
Het OMT heeft geadviseerd om de scholen en onderwijsinstellingen te sluiten. Het kabinet neemt het advies over, waarbij – net zoals bij eerdere schoolsluitingen - ruimte wordt gegeven aan prioritaire groepen. Scholen en instellingen in het po, vo, mbo en ho sluiten vanaf maandag 20 december 2021. Tot en met zondag 9 januari 2022 zijn ze dicht. De Buitenschoolse opvang (bso) is gesloten vanaf

maandag 20 december 2021 (uiterlijk 21 december) tot en met zondag 9 januari 2022. Scholen en instellingen zijn niet verplicht om in die week voorafgaand aan de kerstvakantie afstandsonderwijs te verzorgen.

Voor kinderen in een kwetsbare positie en kinderen waarvan minimaal één ouder/verzorger werkzaam is in een cruciale beroepsgroep geldt dat ouders een beroep kunnen doen op noodopvang bij de basisschool en de bso (vanaf uiterlijk dinsdag 21 december). 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. Tijdens de kerstvakantie van 25 december 2021 t/m 9 januari 2022 zijn de basisscholen gesloten en biedt de bso noodopvang voor hun reguliere klanten en gedurende de gebruikelijke openingstijden die zij hanteren tijdens deze vakantieperiode.

Op 3 januari 2022 zal het Kabinet voor de scholen een besluit nemen over de periode vanaf 10 januari 2022. De bedoeling is dat scholen gewoon open gaan. Niettemin worden scholen uit voorzorg gevraagd om afstandsonderwijs voor te bereiden voor het geval dat onverhoopt vanaf 10 januari toch noodzakelijk blijkt.

Een uitzondering op de schoolsluiting betreffen de reeds geplande schoolexamens voor leerlingen in het examenjaar en voorexamenjaar van het voortgezet (speciaal)onderwijs, die dienen op school door te gaan. Scholen in het v(s)o mogen verder ook open zijn voor (fysiek) onderwijs aan kwetsbare leerlingen. Zij mogen open zijn voor fysiek onderwijs aan examenleerlingen, praktijkgerichte lessen, praktijkgerichte vakken in het vmbo, praktijkonderwijs en vso. Het kabinet heeft er begrip voor als scholen maandag 20 december nog te tijd nodig hebben om het onderwijs voor de uitzonderingsgroepen te organiseren. Uiteraard gelden voor leerlingen en onderwijspersoneel die zich in scholen begeven de reeds geldende corona-maatregelen, zoals de verplichting om een mondneusmasker te dragen in de gangen en het tweemaal in de week preventief zelftesten. Daarnaast geldt het advies om de leerlingen 1,5 meter afstand te laten houden tot de docent, voor zover dat mogelijk is. Voor het primair onderwijs zijn de maatregelen onveranderd ten opzichte van de besluitvorming van afgelopen dinsdag. Scholen in het primair onderwijs zijn dus enkel open voor kwetsbare leerlingen en voor leerlingen waarvan (minimaal) één van de ouders/verzorgers een cruciaal beroep heeft.

Ook in het mbo, hbo en wo geldt een uitzondering op de sluiting voor examens, tentamens, praktijkonderwijs en de begeleiding van kwetsbare studenten (inclusief mbo 1 en 2). Voor studenten en docenten die zich in de onderwijsinstellingen begeven geldt dat zij zich dienen te houden aan de basisregels ten aanzien van hygiëne en gezondheid, het opvolgen van de quarantaineregels, het dragen van mondneusmaskers bij verplaatsing en maximale groepsgrootte van 75 (met uitzondering van tentamens en examens). Daarnaast wordt aangeraden zoveel mogelijk 1,5 meter afstand te houden waar mogelijk. Studenten en docenten wordt bovendien geadviseerd om twee keer per week preventief een zelftest te doen wanneer zij naar de onderwijsinstelling komen. Het reizen van en naar de instelling wordt gezien als noodzakelijke reis, wat betekent dat studenten en medewerkers voor een fysieke les van en naar de instelling mogen reizen, ook als dat via het ov is.

Verlenging sluiting buitenschoolse opvang
Het kabinet heeft besloten de sluiting van de bso met twee weken te verlengen tot en met 9 januari. Ook voor deze sluitingsperiode geldt de uitzondering dat de bso openblijft voor noodopvang aan kinderen van minimaal één ouder ouder/verzorger met een cruciale beroepsgroep en kinderen in een kwetsbare positie. Het gaat hierbij expliciet om kinderen van ouders die een contract hebben met de bso. De bso gaat in principe weer open op maandag 10 januari. De kinderdagopvang voor kinderen van 0-4 jaar en de gastouderopvang voor kinderen blijven open.

Van de bso wordt in deze tijden een extra inspanning gevraagd om noodopvang te blijven bieden aan ouders die hier recht op hebben. Aan ouders die normaliter bso gebruiken, vragen wij de gehele factuur aan de kinderopvang te blijven voldoen, ook als zij op dit moment niet van opvang gebruik kunnen maken. De kinderopvangsector blijft daarmee in staat goede noodopvang te verzorgen. Voor ouders betekent het doorbetalen dat het recht op kinderopvangtoeslag blijft bestaan en dat de plek in de bso, wanneer deze weer regulier opengaat, behouden blijft.

Een deel van de factuur heeft betrekking op de eigen bijdrage die ouders betalen. De inzet van het kabinet is om deze kosten zoveel mogelijk tegemoet te komen; vergelijkbaar met de tegemoetkomingen van de vorige sluitingsperiodes. Dat betekent dat ouders met bso een tegemoetkoming ontvangen die bij benadering overeenkomt met de eigen bijdrage vanaf 21 december jl. tot en met heropening bso. Dit geldt óók voor ouders in cruciale beroepen die noodgedwongen gebruik moeten maken van de noodopvang.

Aandacht voor jeugdigen
De extra maatregelen drukken zwaar op ons allen, in het bijzonder ook jeugdigen. De lessen uit de eerdere lockdown en meerdere onderzoeken (RIVM, SCP en CBS) laten zien dat de coronamaatregelen jongeren mentaal harder raakt dan andere leeftijdsgroepen. In het bijzonder jongeren met een kwetsbare gezondheid en in een kwetsbare thuissituatie. We willen jongeren laten weten dat we ze zien en hun signalen horen. Daarom komen we met een aanvullend steunpakket om hun mentale gezondheid en gezonde leefstijl te ondersteunen. We werken dit samen met gemeenten verder uit omdat gemeenten het beste zicht hebben op wat jongeren in hun gemeenten nodig hebben en nemen hierbij de kennis van veldpartijen en deskundigen mee. We denken hierbij aan laagdrempelige online en offline ontmoetingen van mentaal kwetsbare jongeren en sport- en spelactiviteiten. Zo vinden in deze kerstvakantie de Wintergames plaats.

Aanscherping thuisbezoekadvies, reisadvies en vakantieadvies en invoering contactadvies detailhandel
Het thuisbezoekadvies wordt aangescherpt. Voor het thuisbezoekadvies geldt per onmiddellijke ingang: Ontvang maximaal twee personen per dag (m.u.v. personen t/m 12 jaar) en ga bij maximaal één huishouden op bezoek. Met uitzondering van Kerstavond, Eerste Kerstdag, Tweede Kerstdag en Oud en Nieuw, dan geldt een thuisbezoekadvies van maximaal vier personen per dag.

Voor binnenlandse en buitenlandse reizen geldt: blijf zoveel mogelijk thuis. Als je toch op pad gaat, beperk dan zoveel mogelijk je contacten en houd 1,5 meter afstand. Voor reizen naar het buitenland geldt daarnaast: houd je aan de reisadviezen van het ministerie van Buitenlandse Zaken en aan de lokale regels, houd rekening met de inreisvoorwaarden en doe een test na terugkomst in Nederland.

Reis je in vanuit een derde land, dan is het verplicht een test te doen voor vertrek. Daarnaast geldt een algemeen vakantieadvies: Op vakantie gaan mag. Houd u ook op uw vakantieadres altijd aan de geldende regels. Voor een uitgebreidere toelichting ten aanzien van reizen zie de paragraaf reizen van deze brief.

Het advies voor bezoek aan essentiële detailhandel luidt: Doe je boodschappen zoveel mogelijk alleen. Is het druk? Ga dan weg en doe je boodschappen op een ander moment.

De naleving van deze, en de overige adviezen, zijn essentieel. De overige adviezen luiden:

- Binnenlands reisadvies: blijf zoveel mogelijk thuis en vermijd drukte.
- Buitenlands reisadvies: volg reisadviezen van Buitenlandse Zaken.
- Contactadvies 70+: beperk contacten, ook met (klein)kinderen en houd 1,5 meter afstand, ook van hen.
- Ontvang je bezoek of ga jezelf op bezoek: doe van te voren een zelftest.
- Thuiswerkadvies: Werk thuis. Kan dat niet: houd op werk altijd 1,5 meter afstand.

4. Voortgang boostercampagne

Afgelopen woensdag heb ik uw Kamer gesproken over de uitvoering van de boostercampagne en de verdere versnelling daarvan. Met de verdere versnelling heeft iedereen van 18 jaar en ouder, die drie maanden of langer geleden de laatste vaccinatie uit de basisserie heeft gehad – of van corona is genezen - de mogelijkheid om in de tweede helft van januari 2022 een booster vaccinatie te krijgen. Deze versnelling is ingezet op advies van het OMT vanwege de onzekerheden omtrent de verspreiding van de omikronvariant en de risico's op extra ziekenhuis- en IC-opnames te kunnen beperken die de zorg mogelijk niet aankan. Op basis van eerste gegevens over de effectiviteit van boostervaccinaties lijkt een boostervaccinatie duidelijke verbetering te geven van vaccineffectiviteit ten aanzien van besmetting met de omikronvariant en ziekenhuisopname als gevolg van de omikronvariant.

Het advies van het OMT van vandaag 18 december 2021, wijst ons indringend op het grote belang van boostervaccinatie tegen COVID-19. In Nederland is nu 85,8%[1] van alle mensen van 18 jaar en ouder volledig gevaccineerd. 88,9% van deze leeftijdsgroep heeft minimaal één prik gehad. Tot en met 15 december jl. zijn in totaal 1,5 miljoen boostervaccinaties en derde prikken gezet. Komende week komen daar ongeveer 1 miljoen boostervaccinaties bij.

In de komende weken heeft de boostercampagne nog 9,5 miljoen boostervaccinaties (stand 15 december) te zetten bij mensen boven de 18 jaar, als wordt gerekend met een opkomst van 100%. Het is essentieel dat iedereen die gevaccineerd is een boostervaccinatie neemt, want alleen dan ben je beschermd en kunnen we het risico op overbelasting van de zorg beperken.

Daarnaast zijn er mensen die de primaire vaccinatieserie niet hebben afgemaakt, en daarmee alleen één van de twee prikken hebben. Ook voor deze groep geldt dat de volgende vaccinatie noodzakelijk is om de bescherming op peil te brengen. Dus ook voor de mensen met één prik van de twee geldt: haal de volgende vaccinatie. De mensen die niet gevaccineerd zijn lopen het grootste risico op besmetting en ziekte. De omikronvariant verspreidt zich zo snel dat het risico op

[1] www.coronadashboard.nl 17 december 2021

besmetting nu nog groter is. Een vaccinatie is voor de ongevaccineerden nodig om beschermd te zijn tegen ziekenhuisopname en sterfte als gevolg van een COVID-19-besmetting. Het kabinet roept mensen die nog twijfelen op om deze twijfels overboord te zetten.

En als iedereen een vaccinatie haalt, wordt de transmissie van de omikronvariant maximaal afgeremd. Dat helpt de belasting van de zorg te beperken.

De nadruk in de boostercampagne ligt allereerst op het beschermen van de kwetsbaren. Daarom zet de GGD alles op alles en doen een extra inspanning om zo veel mogelijk mensen van 60 jaar en ouder vóór de jaarwisseling de boostervaccinatie te hebben gegeven. Daarnaast heb ik eerder al prioriteit gegeven aan de groep zorgmedewerkers met patiënt- en cliënt-contact. De ziekenhuizen hebben naar schatting ruim 230.000 boostervaccinaties gegeven aan het eigen personeel, het ambulance personeel, huisartsen en medewerkers van huisartsenpraktijken. Dit aantal kan nog wijzigen bij het inlopen van de registratie van deze vaccinatie. Ook worden zorgmedewerkers gevaccineerd door de GGD waarvan een deel is gevaccineerd en een deel een afspraak heeft om met voorrang een boostervaccinatie bij de GGD te krijgen.
De boostercampagne gaat op maximale snelheid door.
In de tweede helft van januari 2022 heeft iedereen van 18 jaar en ouder die meer dan drie maanden geleden is gevaccineerd of een infectie heeft doorgemaakt, de kans gehad een boostervaccinatie te halen. En gaat de boostercampagne verder met de mensen die vanaf dat moment in het interval van drie maanden komen.

Afspraken voor mensen van 60 jaar en ouder
18 november jl. is de boostercampagne gestart met de oudste ouderen, de mensen boven de 90 jaar. Afgelopen week is geboortejaar 1961 uitgenodigd een afspraak te maken bij de GGD. Daarmee zijn alle mensen boven de 60 jaar (4,3 miljoen mensen) nu uitgenodigd online een afspraak te maken. Van deze groep hebben 1,2 miljoen mensen al een boostervaccinatie gehad, en ruim 1,5 miljoen mensen hebben een afspraak staan. Dankzij de verdere opschaling van de GGD'en komen er dagelijks nieuwe afsprakenslots bij. Wie 60 jaar of ouder is en nog geen afsprak heeft wordt opgeroepen die dan alsnog te maken via de website. Omdat we elke dag blijven uitbreiden, komen er elke dag nieuwe afspraakmogelijkheden bij. Dus lukt het vandaag of morgen niet om voor de jaarwisseling een afspraak te maken, probeer het dan een dag later nog eens.

Ongeveer 280.000 mensen boven de 60 jaar en ouder heeft een afspraak die voorbij de jaarwisseling ligt. Deze mensen wordt de gelegenheid geboden de afspraak te verplaatsen naar vóór 31 december 2021, voor zover de capaciteit dat toelaat. Het zal mogelijk niet voor alle mensen lukken de afspraak te verzetten. Uitnodigingen hiervoor gaan dan ook weer op leeftijd van oud naar jong. In de loop van volgende week stuurt de GGD een sms naar de mensen waarvoor plek vrij komt. Ik roep deze groep mensen nadrukkelijk op niet zelf contact op te nemen met de GGD.

Afspraken voor mensen jonger dan 60 jaar
Zoals hiervoor beschreven hebben we eerst zoveel mogelijk 60-plussers de gelegenheid geboden om nog voor de jaarwisseling aan de beurt te komen. En dat is ook de reden dat we even pas op de plaats hebben gemaakt met het uitnodigen van de 60-minners. Vanaf begin volgende week nodigen we de eerstvolgende

geboortejaren weer uit. Rond 7 januari 2022 kunnen alle mensen van 18 jaar en ouder een afspraak voor een boostervaccinatie hebben gemaakt.

Uitvoering
Logistiek
De boostercampagne is een gigantische uitvoeringsoperatie die de GGD'en voor grote uitdagingen zet. RIVM en GGD rekenen, met een 100% opkomst, op een groep van 9,5 miljoen mensen vanaf 18 jaar en ouder die nog een boostervaccinatie moeten halen. Elke dag schalen de GGD'en verder op om dit grote aantal te bedienen. In de komende maand wordt verder toegewerkt naar een aantal van zo'n 100 vaccinatielocaties. Daarnaast zijn er nog 40 satellietlocaties, die één of enkele dagen per week open zijn. Ook komen er 13 XL-locaties die meer dan 12 priklijnen hebben, hiervan zijn er inmiddels 9 geopend. Volgende week halen de GGD'en daarmee een capaciteit van ongeveer 1 miljoen booster vaccinaties. Oplopend in week 52 naar 1,4 miljoen en vanaf week 1 tot en met eind januari een capaciteit van 1,6 miljoen per week. Dat betekent dat er dagelijks nieuwe afsprakenslots bij komen waar mensen terecht kunnen. Regionaal kunnen er wel verschillen zijn in de beschikbare afsprakenslots.

Personele capaciteit
De snelheid van de uitvoering van de boostercampagne wordt mede bepaald door het beschikbare personeel. Iedereen die meehelpt aan de boostercampagne is doordrongen van de urgentie van de opmars van de omikronvariant. Het is duidelijk dat een versnelling van de boostercampagne één van de maatregelen is om deze snelle opmars te vertragen en te snelle toename van ziekenhuisopnames te voorkomen.

Eerder heb ik u medegedeeld dat ik een beroep heb gedaan op de huisartsen om, ondanks de drukte in hun praktijken, in deze weken mee te helpen met de boostervaccinaties. Specifiek heb ik huisartsen gevraagd mee te helpen met de vaccinaties van de niet-mobiele thuiswonenden en de niet mobiele bewoners van instellingen zonder medische dienst. Ik zie dat huisartsen gehoor geven aan deze oproep, en hoop dat meer huisartsen bij willen dragen om de boostercampagne voor deze kwetsbare groepen ook zoveel mogelijk te versnellen.
Daarnaast gaan huisartsen die met pensioen zijn meewerken in deze campagne. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft haar achterban hier eerder deze week ook hiertoe opgeroepen.

Daarnaast heb ik de ziekenhuizen gevraagd de boostercampagne te ondersteunen. Ziekenhuizen hebben aangegeven actief te zullen bijdragen aan deze grootschalige operatie, door het leveren van zoveel mogelijk personeel in de vaccinatie locaties van de GGD'en. Regionaal zijn hier concrete acties te zien. Zo wordt in Rotterdam op een GGD-vaccinatielocatie in Ahoy de werkzaamheden voor het vaccineren in de week 52 en week 1 volledig uitgevoerd door ziekenhuispersoneel en zorgt de GGD voor de logistieke en administratieve processen.

GGD'en hebben aangegeven met name in de komende weken (weken 51, 52 en 1) behoefte te hebben aan extra personeel. Het gaat hierbij om de toezichthoudende artsen, verpleegkundigen die gaan vaccineren en administratief personeel. De landelijke koepel LNAZ heeft de ROAZ-regio's gevraagd in hun regio's in overleg te treden met de regionale GGD'en. En zo na te gaan aan welk type personeel in de betreffende regio behoefte is, en dit door ziekenhuizen daadwerkelijk te laten

leveren. Ik ben de ziekenhuizen zeer erkentelijk dat zij op deze wijze hun bijdrage kunnen en willen leveren. Ik realiseer me dat dit opnieuw een grote opgave is en zal de ziekenhuizen ondersteunen daar waar mogelijk.

De GGD'en gaan ondertussen ook verder met het werven en opleiden van extra personeel. Hierbij wordt waar mogelijk ook gebruik gemaakt van de aanbiedingen die via het GGD reservistenplatform zijn binnen gekomen. Aan Defensie is gevraagd of zij nog verder kunnen ondersteunen door meer personele inzet te leveren voor de vaccinatie locaties. Ten slotte worden de openingstijden bij de GGD'en verruimd. Ook in de avonden en weekenden worden mensen gevaccineerd.

Met deze ondersteuning van ziekenhuizen, huisartsen en zoveel mogelijk andere partijen en zo ruim mogelijke openingstijden op de GGD-locaties, willen we ervoor zorgen dat het benodigde tempo in de uitvoering gerealiseerd kan worden. En iedereen van 18 jaar en ouder in de tweede helft van januari 2022 de kans heeft gehad een boostervaccinatie te halen.

Tot slot, het OMT adviseert te onderzoeken of de observatietijd van 15 minuten na het toedienen van de boostervaccinatie losgelaten kan worden, om zo het geven van boostervaccinaties te bespoedigen en capaciteit te verhogen. Ik zal mij hieromtrent laten adviseren en uw Kamer daar op korte termijn nader over informeren.

<u>Online afspraak maken voor een booster vaccinatie</u>
De GGD'en werken onder hoogspanning om zo snel als mogelijk is op te schalen en zo plek vrij te maken voor iedereen die een boostervaccinatie wil. Dat doen zij op professionele wijze met grote inzet en motivatie. GGD GHOR Nederland ziet dat er veel afspraken via het portaal worden gemaakt, en er ook veel gebeld wordt. Afgelopen woensdag bijvoorbeeld ontving het callcenter bijna een miljoen telefoontjes. Mensen staan daardoor heel lang in de wacht, het maken van een afspraak gaat daardoor niet per se sneller. En belangrijker: de mensen die echt alleen maar telefonisch een afspraak kunnen maken, komen in de verdrukking. Als mensen online een afspraak maken, dan helpen zij ook, indirect, deze groep. Ik roep mensen nogmaals op om online, via het afsprakenportaal, een afspraak in te plannen. En ik vraag, mét de GGD'en, om begrip wanneer het maken van een afspraak voor de boostervaccinatie niet helemaal vlekkeloos verloopt, of wanneer mensen wat langer moeten wachten op een passende locatie. Ik vraag ook om bereidheid om wat verder te reizen als in de ene plaats geen plek is en in de andere wel. Zo helpen we elkaar.

Communicatie en voorlichting
De boosteroperatie ondersteunen we met een publiekscampagne. Daarbij richten we ons in deze fase op het informeren over de manier waarop mensen een afspraak kunnen maken als zij aan de beurt zijn en over de nut en de noodzaak van de extra prik.

In samenwerking met GGD GHOR is de actie #kanikjehelpen gestart. Deze actie is bedoeld om mensen die een afspraak willen maken te helpen met tips dit op de beste manier te doen. Twee belangrijke tips zijn:

- Maak online een afspraak, eventueel met hulp van iemand uit de omgeving.

- Bij het maken van een online afspraak worden drie opties getoond. Het kan zijn dat deze niet uitkomen of dat men het te lang vindt duren. Advies is dan geen afspraak te maken maar een aantal dag later nogmaals te kijken. Er komen namelijk steeds meer locaties bij waar men mogelijk sneller terecht kan.
- Verzet de afspraak alleen als het echt niet anders kan. Een online afspraak kan alleen telefonisch verzet worden. Tijdens daluren is de wachttijd aan de telefoon over het algemeen korter.
- En kom alleen mét een afspraak voor een booster vaccinatie naar de locatie.
- Voor het halen van een eerste of tweede prik, kunnen mensen ook een afspraak maken of naar een locatie waar geprikt wordt zonder afspraak gaan.

Deze boodschappen komen terug in social-mediaberichtgeving, in een poster die on- en offline gedeeld wordt via de kanalen van de Rijksoverheid en van intermediairs zoals samenwerkingspartners de GGD, het RIVM, de NHG, de LHV, Vilans, veiligheidsregio's en gemeenten en partijen als Inclusia, Pharos, LeerZelfOnline (Steffie) en Stichting Lezen en Schrijven.

<u>Waarom een boostervaccinatie?</u>
Voor extra uitleg over het belang van een boostervaccinatie werken we aan een serie achtergrondartikelen waarvan een doorvertaling via huis-aan-huisbladen wordt verspreid. In de artikelen komen de meest gestelde vragen over de boostervaccinatie aan de orde. De website overvaccineren.nl wordt uitgebreid met informatie over de boostervaccinatie. Hierbij richten we ons op mensen die twijfelen of ze de boostervaccinatie wel willen nemen. Vanuit persoonlijke vragen of zorgen of door onbetrouwbare of onjuiste informatie die zij hebben gekregen via sociale media, vrienden of familie. Om te helpen bij de beslissing, geven we op overvaccineren.nl op toegankelijke wijze betrouwbare informatie over de (booster)vaccinatie, en geven we een overzicht van bronnen voor verdere verdieping in de onderwerpen. Daarbij brengen we ook de mogelijkheden onder de aandacht om een persoonlijk gesprek aan te gaan over zorgen en twijfels. Op de vaccinatielocatie, bij de huisarts of via de Twijfel Telefoon. De website wordt onder de aandacht gebracht via een campagne die de nadruk legt op het belang van jezelf goed informeren.

Binnenkort lanceert de GGD GHOR een dialoogplatform. Hier kunnen mensen in gesprek met een onafhankelijke zorgprofessional via chat en telefoon. De zorgprofessionals geven antwoord en uitleg over de (booster)vaccinatie, bijwerkingen, het beschermen van de eigen gezondheid en die van de omgeving. Het doel is mensen die twijfelen over de coronavaccinatie of de vaccinatie hebben uitgesteld, een onafhankelijk en vertrouwelijk (zorg)platform te bieden. En hun omgeving te faciliteren met een informatiebron waarnaar verwezen kan worden. Zo wordt door middel van dialoog de corona(vaccinatie) 'informatiegraad' toegankelijk en effectief verhoogd.

Als blijkt dat bij bepaalde doelgroepen de boostervaccinatiegraad achterblijft, dan zetten we meer communicatie in om hen te bereiken.

5. Druk op de zorg

Sinds begin oktober zagen de ziekenhuizen een voortdurende stijging van de bezetting door COVID-19-patiënten, zowel op de klinische verpleegafdelingen als op de IC. Inmiddels zien we sinds begin december een voorzichtige daling in de instroom en bezetting van COVID-patiënten op de IC en in de kliniek. Op dit moment (stand 18 december) zijn volgens het LCPS in totaal 2.354 patiënten met COVID-19 in de Nederlandse ziekenhuizen opgenomen. Hiervan liggen 618 COVID-19-patiënten op de IC en 1.736 COVID-19-patiënten in de kliniek. Vorige week (11 december 2021) was dit aantal nog 634 COVID-19-patiënten op de IC en 2.109 COVID-19-patiënten in de kliniek. Ondanks de voorzichtige daling in de ziekenhuisinstroom en -bezetting, blijft de druk op de gehele zorgketen onverminderd hoog.

Fase 2d, zoals afgekondigd op 26 november 2021, is daarom nog steeds van kracht.[2] Binnen de zorgsectoren worden 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.

- Alle ziekenhuizen schalen de reguliere planbare zorg af (FMS-klasse 5 en 4).
- Alle ziekenhuizen schalen, indien nodig en medisch aanvaardbaar, de kritiek planbare zorg (FMS-klasse 3) (verder) af.
- Poliklinieken worden afgeschaald als dit personeel oplevert dat ingezet kan worden voor de continuïteit van de kritiek planbare en de (semi-)acute zorg (FMS-klasse 3, 2 en 1).
- Landelijk wordt in opgeschaald naar een capaciteit van 1.250 IC-bedden en vervolgens naar 1350 IC-bedden.
- Landelijk blijft het LCPS COVID-patiënten spreiden en er wordt maximaal ingezet op internationale samenwerking.
- Zelfstandige behandelcentra (ZBC's) worden opgedragen om de VVT niet te belasten met patiënten en waar mogelijk de ziekenhuizen te ondersteunen.
- In de eerstelijnszorg is er opgeschaald naar 750 tijdelijke bedden buiten het ziekenhuis. Deze capaciteit kan maximaal tot 1.100 bedden worden opgeschaald.
- COVID-zorg thuis, inclusief zuurstof, wordt zoveel mogelijk ingezet onder toezicht van huisartsen.
- Defensie wordt ingezet om te helpen met het inrichten van extra bovenregionale beddencapaciteit voor COVID-patiënten.

Voor de komende periode schetst het OMT-advies van vandaag dat niet uitgesloten kan worden dat de snelle verspreiding van de omikronvariant leidt tot een hoge piek in ziekenhuis- en IC-opnames, waarbij de capaciteit van de Nederlandse gezondheidszorg overschreden wordt. Naast dit scenario zijn er ook andere uitkomsten mogelijk die minder belasting op de zorg leggen. Echter, de vele onzekerheden maken het niet mogelijk om aan te geven wat het meest waarschijnlijke scenario is. Kennis die de komende week of weken beschikbaar komt, moet hier meer inzicht in geven.

[2] Kamerstukken 2021/22, 25 295, nr. 1559

Deze onzekere prognoses maken de dreiging van overbelasting van de zorg reëel. We doen er alles aan om te voorkomen dat fase 3 uit het Opschalingsplan COVID-19 van het LNAZ moet worden afgekondigd. [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. Fase 3 kan alleen landelijk door de minister van VWS afgekondigd worden en gebeurt pas als alle opties in fase 2 benut zijn. In fase 3 staat in de eerste plaats het belang van de continuïteit van de meest noodzakelijke zorg voor alle patiënten en cliënten in de hele zorg centraal. De consequenties van de maatregelen die voortvloeien uit het afkondigen van fase 3 zijn groot. Er is dan sprake van een nationale zorgcrisis met verstrekkende consequenties voor alle betrokken partijen in de zorgketen. Het raakt alle patiënten en zorgmedewerkers.

Het tijdelijk verdiepend beleidskader 'Continuïteit en kwaliteit van zorg in fase 3 van de COVID-19 pandemie' bevat de afspraken voor deze fase.[4] In elke regio en in elke sector zijn plannen gemaakt waarin is 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.

Op dit moment worden op basis van de beschikbare gegevens van het RIVM scenario's opgesteld over de zorgvraag die voort kan komen uit de omikronvariant. Deze scenario's zien breed op de verschillende sectoren in de zorg (o.a. wijkverpleging, huisartsen, VVT, ziekenhuizen, instellingen voor ouderen- en gehandicaptenzorg). In een kort en intensief traject worden de bestaande plannen en voorbereidingen voor fase 3 getoetst aan deze mogelijke scenario's. Op deze wijze krijgen we scherp waar eventuele aandachtspunten zitten en acties noodzakelijk zijn. In het traject wordt ook uitgewerkt welke mogelijkheden er aanvullend op korte termijn kunnen worden gerealiseerd om, bij een extreem hoge zorgvraag als gevolg van de omikronvariant, de zorg toch met minimaal acceptabele kwaliteit te blijven organiseren en te verlenen. Hiermee wordt zoveel mogelijk aangesloten bij alle huidige (door)ontwikkelingen voor fase 3.

6. Testen

Het kabinet deelt met het OMT dat zicht houden op testvraag en testuitslagen juist nu belangrijk is. Een belangrijk onderdeel hierbij is de basismaatregel "testen bij klachten". Heb je klachten dan blijf je thuis en laat je je testen. Ben je positief dan ga je in quarantaine. Je licht de mensen in met wie je recent in contact bent geweest. Op deze wijze zorgen we er samen voor dat de kans op het besmetten van anderen verminderd wordt. Dit was altijd al belangrijk en is met deze besmettelijker variant nog belangrijker.

Het advies blijft dat wanneer je 70+ bent, een onderliggende ziekte hebt en/of werkt met kwetsbare mensen, dat je bij klachten naar de GGD gaat voor een test. Als je een positieve zelftest hebt: doe dan altijd een confirmatietest bij de GGD. Ook de test op dag 5 bij quarantaine, moet bij de GGD plaatsvinden. Bij een negatieve uitslag kun je uit quarantaine gaan. Voor alle anderen geldt dat je bij klachten een zelftest doet of naar de GGD gaat.

[3] LNAZ, 'Opschalingsplan COVID-19, versie 1.1', oktober 2021. Kamerstukken 2021/22, 25 295, nr. 1468
[4] Kamerstukken 2020/21, 31765, nr. 549

Het gebruik van zelftesten kent twee belangrijke factoren in het tegengaan van de verspreiding van het virus. Allereerst de korte termijn waarop een testuitslag met een zelftest kan worden verkregen. De tijd tussen het maken van een afspraak bij de GGD en het krijgen van een uitslag ligt gewoonlijk tussen de 24 en 48 uur. De tijd na aanvang van klachten en het afnemen van een zelftest en aflezen van de uitslag is een half uur. De winst in tijd is dus 1 tot 2 dagen. Door bij een positieve zelftest meteen de mensen in te lichten met wie je recent contact hebt gehad, worden twee essentiële dagen gewonnen, waarin deze mensen op hun beurt zelf maatregelen kunnen nemen om verdere verspreiding van het virus en mogelijke besmettingen te voorkomen. Zeker nu omikron besmettelijker lijkt te zijn dan de deltavariant is die tijdswinst naar het oordeel van het kabinet van groot belang.

Ten tweede hebben zelftesten ook een preventieve werking. Door het regelmatig zelftesten, zeker voorafgaand aan bezoek aan anderen, is het mogelijk om het risico van asymptomatische transmissie te reduceren. Op dit moment wordt met online campagnes het belang van zelftesten onderstreept. En wordt met een media campagne preventief testen tijdens de feestdagen onderstreept. Op deze wijze brengt het kabinet dit advies nadrukkelijk onder de aandacht.

GGD testcapaciteit
Omdat we alles op alles moeten zetten om iedereen zo snel mogelijk van een booster te kunnen voorzien, wordt ook het personeel uit de teststraten en van de testlocaties ingezet voor het zetten van boosterprikken. Tegelijkertijd voorspelt het OMT een toename in het aantal besmettingen waardoor de testvraag in de nabije toekomst kan toenemen. Daarom is GGD GHOR in overleg met de Stichting Open Nederland (SON) en VWS om commerciële testaanbieders te contracteren om de testbehoefte aan te vullen. In eerste instantie zal dat zijn op personeel vlak, ze beschikken immers over getraind personeel. In tweede instantie kan dat ook gaan om locaties met personeel. In beginsel zullen deze mensen opereren onder de GGD-vlag. Op deze wijze kunnen we zo snel mogelijk toegroeien naar een capaciteit van 200.000 testen per dag, om zo voorbereid te zijn op een mogelijk sterk toenemende testvraag in de komende weken.

Quarantaine
Het kabinet volgt het OMT in het advies om het beleid voor quarantaine niet meer afhankelijk te maken van vaccinatie- of herstelstatus. Dit houdt concreet in dat voor alle zogenoemde categorie 2 contacten – de nauwe contacten die geen huisgenoten zijn – geldt dat ze in quarantaine moeten. Nu is dat alleen zo voor mensen, die niet door vaccinatie en/of doorgemaakte infectie beschermd zijn. Zoals altijd is het noodzakelijk dat het LCI deze aanpassing in beleid uitwerkt en kijkt of uitzonderingen voor bepaalde doelgroepen nodig zijn, voordat invoering plaats kan vinden. Daarna vindt praktische invoering plaats door aanpassing van standaard informatiebrieven en belscripts van de GGD-en. Ook worden de circa 8000 BCO-medewerkers geïnstrueerd. Invoering duurt standaard 5 werkdagen, waarbij alle partijen zich inspannen deze zo spoedig mogelijk plaats te laten vinden.

Aansluitend op GGD-contact ontwikkelt VWS een zelf-BCO module. Deze kan zeer binnenkort door GGD-regio's in gebruik worden genomen. Daarnaast is VWS bezig met de ontwikkeling van een zelftest meldportaal. De verwachting is dat GGD-regio's dit portaal binnenkort kunnen gaan beproeven.

7. Reizen

Het OMT adviseert om van alle reizigers uit landen buiten de EU/Schengen, ongeacht de vaccinatiestatus of doorgemaakte infectie, een testbewijs te vragen voor vertrek. Het kabinet heeft besloten dit advies over te nemen om de verspreiding van omikron te remmen. Per 22 december dienen alle reizigers uit landen buiten de EU/Schengen over een testbewijs te beschikken voor vertrek naar Nederland. Dit mag een testbewijs op basis van een NAAT/PCR-test van maximaal 48 uur oud voor vertrek of een antigeentest van maximaal 24 uur oud voor vertrek zijn.

Op dit moment is voor reizigers uit zeerhoogrisicogebieden een quarantaineplicht van kracht bij aankomst in Nederland. Gevaccineerde reizigers en reizigers die beschikken over een DCC-herstelbewijs zijn op dit moment uitgezonderd van deze quarantaineplicht, tenzij zij vanuit een land met een zorgwekkende virusvariant zijn gereisd. Het OMT geeft aan dat vaccinatie en doorgemaakte infectie vooralsnog weinig bescherming lijken te bieden tegen de omikronvariant. Om die reden wordt geadviseerd het quarantainebeleid onafhankelijk van de immuunstatus te maken. Naar aanleiding van dit advies is besloten de uitzondering op de quarantaineplicht voor gevaccineerde en herstelde reizigers uit zeer hoogrisicogebieden te laten vervallen. Per 22 december dienen ook gevaccineerde en herstelde reizigers 10 dagen in quarantaine te gaan wanneer zij uit een zeer hoogrisicogebied komen. Deze quarantaineperiode kan worden verkort met een negatieve test bij de GGD op dag 5 van de quarantaine.

De overige bestaande uitzonderingen op de test- en quarantaineplicht blijven in stand. Het gaat dan bijvoorbeeld om de uitzonderingen voor kinderen jonger dan 12 jaar en voor transportpersoneel.

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.[5] De stukken worden op de website[6] van Rijksoverheid gedeeld voor zover daar geen zwaarwegende belangen[7] in de weg staan. Heden heeft er voorafgaand aan de MCC-19 geen overleg op het Catshuis plaatsgevonden. Wel zijn vanaf nu hier de stukken die besproken zijn bij voorbereidende overleggen op 18 december 2021 raadpleegbaar.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Hugo de Jonge

[5] TK 2021 – 2022, Kamerstuk 25 295, nr. 771
[6] https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-tijdlijn/uitgelicht-catshuisstukken/openbaarmaking-catshuisstukken
[7] Hierbij is onder meer te denken aan derden belang, het belang van de staat, de persoonlijke levenssfeer en de internationale betrekkingen.

Productie 3

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
3277006-1019136-PDC19

Bijlage(n)
24

Uw brief

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

Datum 2 november 2021
Betreft Stand van zakenbrief Covid-19

Geachte voorzitter,

Het epidemiologisch beeld is ernstig. Met gemiddeld 7711 besmettingen per dag en een 7-daagsgemiddelde van 103,6 ziekenhuis- en 19,6 IC-opnames stijgen de cijfers sneller dan verwacht. Dit betekent dat we vanaf vandaag in het hoogste risiconiveau, 'ernstig' zitten.[1] We wisten dat de cijfers in het najaar weer zouden stijgen, maar de huidige waarden zitten aan de bovenkant van de bandbreedte van de eerdere prognoses van het RIVM. De verwachting is dat, als we de trend in de cijfers niet weten te keren, half december tweemaal zoveel mensen op de IC liggen. Dat betekent dat te veel mensen, in te korte tijd, ernstig ziek worden. Mijn stelling uit mijn vorige stand van zakenbrief[2] blijft staan: voor mensen die zich niet laten vaccineren is het niet de vraag *of*, maar *wanneer* zij besmet raken. Door deze nieuwe golf van besmettingen staat de gehele zorg opnieuw onder enorme druk.

Dankzij de hoge vaccinatiegraad in Nederland, is de verwachte piek van deze aankomende golf lager dan we eerder hebben gezien. Toch wordt deze golf hoger dan we verantwoord achten. Wanneer de zorg overbelast wordt, heeft dat gevolgen voor ons allemaal. Dit betekent namelijk dat de zorg voor anderen weer uitgesteld moet worden. Door vaccinatie bescherm je niet alleen jezelf, maar ook anderen en help je mee in het beschermen van de zorg tegen overbelasting.

Het is daarom noodzakelijk om in te grijpen. Het kabinet heeft daarom – na advies van het OMT - met het huidige pakket aan maatregelen getracht een balans te vinden tussen enerzijds zo veel mogelijk beperken van verspreiding van het virus en het aantal besmettingen, en anderzijds het behouden van zo veel mogelijk vrijheden voor ons allemaal, gevaccineerden en niet-gevaccineerden. Daarbij is bewust gekozen voor maatregelen die beschermend zijn, maar voor de meeste mensen niet onnodig beperkend. Het betreft maatregelen die een wettelijke grondslag hebben, zodat deze op korte termijn ingevoerd kunnen worden.

[1] Bron: Stiching NICE via het RIVM. Inschaling is op basis van het 7-daagsgemiddelde ziekenhuisopnames van 22 – 28 oktober en het 7-daagsgemiddelde IC-opnames van 23– 29 oktober.
[2] Kamerstuk 25 295, nr. 1422.

Daarnaast starten we begin december met boostervaccinatie voor de 80 plussers, vanaf januari volgen de 60 plussers. In december starten we ook met de zorginstellingen. Ook de zorgmedewerkers gaan we zo snel mogelijk de booster aanbieden.

Een goede naleving van deze maatregelen is essentieel. Daarvoor zijn we met elkaar verantwoordelijk. Door ons te houden aan de basisregels, ons te laten vaccineren en door de andere maatregelen te respecteren. Als iedereen in hoge mate opvolging geeft aan de basismaatregelen, kunnen we de virusverspreiding fors reduceren en is verdere verzwaring niet nodig.

Naast de maatregelen die het kabinet nu al kan treffen, werkt het kabinet aan wetswijzigingen om voorbereid te zijn om extra maatregelen te kunnen treffen. Het gaat om:

- Het aanwijzen van niet-essentiële detailhandel en niet-essentiële dienstverlening als CTB-plichtige sectoren, zoals winkels die niet zien op de verkoop van primaire levensbehoeften en bij pret- en dierenparken.
- Het verplichten van een CTB voor werknemers in de sectoren waar een CTB al verplicht is voor bezoekers en deelnemers.
- Het creëren van de mogelijkheid (zonder verplichting) om werkgevers in alle sectoren en werksituaties de bevoegdheid te geven om hun werknemers onder voorwaarden te vragen een CTB te tonen.
- Het creëren van de mogelijkheid (zonder verplichting) om zorginstellingen de bevoegdheid te geven om hun bezoekers onder voorwaarden te vragen een CTB te tonen voor het verlenen van toegang tot de zorginstelling.

In de komende periode zal het kabinet adviezen inwinnen van het OMT, het Centraal Planbureau, het Sociaal en Cultureel Planbureau, van gedragswetenschappers en communicatiedeskundigen en de adviezen van de burgemeesters in het Veiligheidsberaad. Ook zal intussen overleg plaatsvinden met sectoren, werknemers- en werkgeversorganisaties en andere betrokken partijen.

Het kabinet voorziet op 12 november aanstaande een nieuw weegmoment. Het kabinet zal dan besluiten of en hoe het eerste wetsvoorstel (CTB voor niet-essentiële detailhandel en niet-essentiële dienstverlening) al in procedure gebracht moet worden. Hierover zal ik uw Kamer informeren.

Voor een toelichting op alle voorziene maatregelen verwijs ik uw Kamer naar de paragraaf Maatregelen van deze brief.

Met deze brief informeer ik uw Kamer, mede namens de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister van Justitie en Veiligheid, de minister van Infrastructuur en Waterstaat en de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap over de stand van zaken omtrent Covid-19.

Aanbieding regelingen

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

- Regeling van 2 november 2021 houdende wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met houdende wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met de toevoeging

van enkele uitzonderingen op de inzet van coronatoegangsbewijzen bij en de sluitingstijd van eet- en drinkgelegenheden, testverplichtingen en de quarantaineplicht.

De overlegging geschiedt in het kader van de wettelijk voorgeschreven nahangprocedure (artikel 58c, tweede lid, van de Wet publieke gezondheid). Op grond van de aangehaalde bepaling treedt de regeling niet eerder in werking dan een week na deze overlegging. Indien de Tweede Kamer binnen die termijn besluit niet in te stemmen met deze regeling, vervalt deze van rechtswege. In verband met de beoogde inwerkingtredingsdatum van 10 november 2021 is het van belang om deze regeling vandaag naar u toe te zenden.

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

- Regeling van 2 november 2021 tot wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband houdende wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met de verbrede inzet van coronatoegangsbewijzen en een uitbreiding van de mondkapjesverplichting.

Ik doe een beroep op de spoedprocedure van artikel 58c, derde lid, van de Wet publieke gezondheid. Het doorlopen van de standaardprocedure, zoals opgenomen in artikel 58c, tweede lid, van de Wet publieke gezondheid zou tot gevolg hebben dat de regeling op zijn vroegst een week na vaststelling en gelijktijdige overlegging aan beide Kamers in werking kan treden op 10 november 2021. De bepalingen over onder meer de mondkapjesplicht en de verbreding van de inzet van het coronatoegangsbewijs dienen gezien de epidemiologische situatie zo spoedig mogelijk in werking te treden. De inwerkingtreding van deze regeling is vastgesteld op 6 november 2021, zodat de betreffende ondernemingen zich kunnen voorbereiden op de nieuwe maatregelen. Naar ons oordeel kan 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. Daarom is toepassing gegeven aan de spoedprocedure van artikel 58c, derde lid, Wpg.

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 weergeven.

Na verzending van deze Kamerbrief verstrekken we ook de beslisnota's die ten grondslag liggen aan de diverse passages. Deze besluitvormende documenten zijn afkomstig van het ministerie van VWS.

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; dilemma's, analyse en richting; de maatregelen, de Tijdelijke wet maatregelen, gevolgd door de doorontwikkeling van het

Dashboard en een update over de rioolwatermonitoring en hoe het coronatoegangsbewijs terug wordt laten komen (paragraaf 1 t/m 8).
- het EU Digitaal Corona Certificaat, reizen, ventilatie, testen en traceren, verbetering digitale ondersteuning/CoronaMelder, vaccins en innovatieve behandelingen (paragraaf 9 t/m 14).
- Onder 'Zorgen dat de zorg het aankan' ga ik in op: de zorg voor patiënten in de keten (paragraaf 15).
- Onder 'Bescherming van mensen met een kwetsbare gezondheid' ga ik in op: bescherming kwetsbare personen (paragraaf 16).
- Onder 'Andere onderwerpen' ga ik in op: de communicatie, de arbeidsmarkt, het Caribisch deel van het Koninkrijk, reactie op het KPMG rapport, chemische veiligheid van mondkapjes, Verlenging tegemoetkoming ongeplaceerde evenementen en Catshuisstukken (paragraaf 17 t/m 23).

Hiermee voldoe ik aan de volgende moties en toezeggingen:
- De toezegging aan uw Kamer om u te informeren over de verkenning door het LNAZ of COVID-zorg ten tijde van de piekbelasting op de IC en in de kliniek anders ingericht kan worden, bijvoorbeeld door concentratie van COVID-zorg op een beperkt aantal plekken die flexibel kunnen worden ingericht;
- De toezegging aan het lid Bikker dat bij verlenging van de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19 per wetsartikel nader dient te worden toegelicht waarom het wordt behouden;
- De toezegging aan het lid Nicolai dat voorafgaand aan het slaan van het verlengings-KB wordt geïnformeerd over wat de inhoud van het verlengings-KB gaat worden, zodat daarop geïntervenieerd kan worden;
- De toezegging aan het lid Gündoğan om het RIVM te vragen te adviseren over de verhouding tussen het aantal ziekenhuisopnames wat je aankunt en welk besmettingsniveau daarbij hoort;
- De toezegging om uw Kamer te informeren over het beleggen van de maatregelen voor informatievoorziening op de middellange en lange termijn;
- De toezegging aan uw Kamer om te kijken of er behoefte is aan centraal ingekochte laboratoriumcapaciteit voor het najaar waarbij het uitgangspunt blijft dat er te allen tijde voldoende testcapaciteit moet zijn om aan de testbehoefte te voldoen;
- De toezegging aan het lid Agema om regelmatig campagnematig over ventilatie te communiceren;
- De toezegging aan het lid Agema over welk type communicatie we gebruiken ten aanzien van de thuissituatie;
- De toezegging aan uw Kamer om staatssecretaris Knops te vragen de ontwikkeling van de CoronaMelder-app te evalueren en lessen te trekken om de omgang van de overheid met ICT te verbeteren;
- De toezegging aan het lid Van Haga om te kijken wat er voorhanden is over de risico's van een geldigheidsduur van 24 uur, 48 uur en 72 uur ten behoeve van een testbewijs;
- De toezegging aan het lid Agema om de nieuwste dataset van het aantal gevaccineerden in het ziekenhuis in de stand van zakenbrief op te nemen.

- De motie van het lid Sjoerdsma c.s. om iedere Nederlander gratis de mogelijkheid te bieden om, ten behoeve van het Europees Digitaal Certificaat, zich deze zomer te laten testen met een test naar keuze (Kamerstuk 21 501-20, nr. 1668);
- De motie van het lid Pouw-Verweij c.s. over een snelle toelaatbaarheid van serologische testen, zodat deze als grond voor een herstelbewijs kunnen gelden (Kamerstuk 25 295, nr. 1436);
- De motie van het lid Westerveld c.s. om ook speeksteltesten beschikbaar te maken voor kinderen en het gebruik aan te moedigen op scholen, in zorginstellingen en op testlocaties (Kamerstuk 25 295 nr. 1430);
- De motie van het lid Van der Plas om er zorg voor te dragen dat mensen binnen een half uur reistijd een test kunnen laten afnemen en om het aantal testlocaties daarop aan te passen (Kamerstuk 25 295, nr. 1446);
- De motie van het lid Bikker c.s. om extra inspanning te leveren om bewoners in kwetsbare wijken te bereiken met informatie over vaccinatie en met vaccinatiemogelijkheden (Kamerstuk 25 295, nr. 1432);
- Motie van de leden Bikker en Kuiken over extra inspanning om in kwetsbare wijken niet-gevaccineerde bewoners een vrijwillige vaccinatie aan te bieden (Kamerstuk 25 295, nr. 1370);
- Motie van de leden Van den Berg en De Vries over opschalen van mobiele prikbussen waar zonder een afspraak een vaccin gehaald kan worden (Kamerstuk 25 295, nr. 1365);
- De motie van het lid Stoffer c.s. over zich in Europees verband inspannen om tot overeenstemming te komen met producenten van kansrijke (antivirale) middelen (Kamerstuk 25 295, nr. 1438);
- De motie van het lid Kuiken c.s. om een uitzondering te maken op de verplichting van het gebruik van coronatoegangsbewijzen voor buitenterrassen in de horeca (Kamerstuk 25 295, nr. 1427);
- De motie van de leden Kuiken en Paternotte over het mogelijk maken dat een coronatoegangsbewijs niet noodzakelijk is bij alleen afhalen van eten en drinken (Kamerstuk 25 295, nr. 1428);

Zicht op en inzicht in het virus

1. OMT-advies, incl. epidemiologisch beeld

128e OMT-advies
Het OMT is 29 oktober 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. Maatregelen
3. Inzet CTB in werksettings en in de zorg
4. Voorbereidingen voor eventueel verzwarende maatregelen
5. Onderwijs
6. Testen personeel
7. BCO

Ad1) Verloop van de epidemiologie
In de afgelopen 7 kalenderdagen (20-27 oktober) is het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positieve personen gestegen met 56% in vergelijking met de 7 dagen ervoor. Het aantal meldingen nam toe in alle regio's, maar er is wel een grote regionale variatie in het aantal positieve testen. De regio's met het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners betroffen Zuid-Holland Zuid, Limburg-Noord, IJsselland, Hollands Midden, Gelderland Zuid en Gelderland Midden. Dit beeld is consistent met de hogere virusvrachten vastgesteld in rioolwatermonsters. Het aantal meldingen nam in alle leeftijdsgroepen verder toe in de afgelopen week. Het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners betrof de leeftijdsgroepen 25-29 en 30-39 jaar.

Het aantal testen bij de GGD-testlocaties laat een geleidelijke stijging zien in de afgelopen weken, over de laatste week 16% hoger ten opzichte van de 7 dagen ervoor. Het bijbehorende percentage positieve testen in de GGD-teststraten was 15,7% gemiddeld in de afgelopen 7 kalenderdagen, in vergelijking met 12,4% in de week ervoor. Het is van belang te beseffen dat het aantal bij de GGD geteste personen momenteel een mix is van personen mét en personen zonder klachten, al dan niet naar aanleiding van een nauw contact getest (d.i., in kader van BCO), en al dan niet getest na een tevoren positief bevonden zelftest (de zogenaamde confirmatietesten). Bij personen getest in het kader van het coronatoegangsbewijs (CTB) was het percentage positieve testen 0,4% in de afgelopen kalenderweek, vergeleken met 0,2% in de kalenderweek ervoor.

De geschatte opkomst voor ten minste één vaccinatie bedroeg t/m 24 oktober 87,3% voor de volwassen bevolking, en 83,8% had de volledige vaccinatieserie afgerond. Voor de bevolking vanaf 12 jaar is dit respectievelijk 85,2% en 81,8%. Voor de leeftijdsgroepen van jonger dan 40 jaar ligt de vaccinatiegraad op dit moment overall nog onder de 75%.

De instroom en bezetting op verpleegafdelingen en IC in de ziekenhuizen nam toe. In de afgelopen kalenderweek werden 603 opnames in het ziekenhuis geregistreerd, waarvan 115 op de IC, vergeleken met respectievelijk 440 en 83 de week daarvoor (bron: stichting NICE). Het gemiddeld dagelijkse aantal opnames op verpleegafdelingen was in de afgelopen week gemiddeld 100 ten opzichte van 63 de week daarvoor, en 18 versus 15 op de IC (bron: LCPS, 21-27 oktober).

De eerder vastgestelde hoge vaccineffectiviteit tegen zowel ziekenhuisopname als IC-opname in Nederland persisteert in de meest recente data t/m afgelopen week (95% en 97%). Deze is consistent iets lager in de oudste leeftijdsgroep: gemiddeld 90% voor ziekenhuisopname en 95% voor IC-opname, respectievelijk, voor de bevolking vanaf 70 jaar.
Het aantal besmettingen in verpleeghuizen en woonzorgcentra voor ouderen laat een stijging zien die overeenkomstig is aan de toename van de thuiswonende bevolking vanaf 70 jaar.

De meest recente schatting van het reproductiegetal Rt, zoals berekend op basis van de meldingen van positief geteste personen, is voor 11 oktober op basis van de Osiris: gemiddeld 1,19 (95%-interval 1,16–1,23) besmettingen per geval. Bijna alle infecties in Nederland worden momenteel veroorzaakt door de deltavariant.

Op basis van de recente toename in meldingen, is de verwachting voor de komende week dat het aantal ziekenhuis- en IC-opnames verder gaat stijgen, met schattingen tot circa 175-200 ziekenhuisopnames per dag en tot circa 30-40 IC-opnames per dag.
Het OMT geeft aan dat de onzekerheid over het tijdstip waarop een piek in de opnames en bedbezetting bereikt wordt, groot is en dat de piekwaarde van de IC-bezetting aanzienlijk kan variëren binnen wat mogelijk geacht wordt door een seizoenseffect, effect van vaccinatie op transmissie en infectie. Het OMT geeft aan dat er vier scenario's zijn uitgewerkt, waarvan voor elk van de scenario's geldt dat de onzekerheidsmarge een brede range aan mogelijke waarden bestrijkt; zowel waarden die vallen binnen de beschikbare zorgcapaciteit als waarden die uitkomen boven de beschikbare zorgcapaciteit. Bovendien geeft de modelprognose een optimistisch beeld in de zin dat de vaccineffectiviteit tegen transmissie als constant wordt verondersteld.

Ad2) Maatregelen
Het OMT is van mening dat er zo spoedig mogelijk aanvullende maatregelen nodig zijn om de toename van de ziekenhuisopnames, en daarmee IC-opnames te keren, en deze in de tijd te spreiden zodat de zorgcapaciteit in brede zin voor zowel patiënten binnen de reguliere zorg als voor COVID-19-patiënten geborgd blijft. Ook de kwetsbaren in de samenleving moeten worden beschermd tegen de toegenomen circulatie van het virus. Hiertoe moeten aanvullende maatregelen worden genomen om de transmissie van het virus af te remmen; dit kan door maatregelen te nemen dat het aantal, de intensiteit en/of de duur van contacten doet afnemen.
Voor een uitgebreide beschrijving van de maatregelen, wordt verwezen naar het advies in de bijlage. Hieronder volgt een korte samenvatting.

Vaccinatie
Getuige de spreiding van de toename van besmettingen en de gegevens uit de rioolwatersurveillance, circuleert het SARS-CoV-2 virus breed in Nederland, maar zijn de meldingen en ziekenhuisopnames het hoogst in gebieden met een vaccinatiegraad die onder het gemiddelde van Nederland liggen. Duiding van de epidemiologie maakt eveneens duidelijk dat ongevaccineerde personen onverminderd een grotere kans hebben om besmet te raken en in zorg te komen, dan gevaccineerde personen. Vaccinatie is met name zeer effectief gebleken in het voorkomen van ernstige ziekte en ziekenhuis- en IC-opname. Daarom blijft het vooreerst van belang om in te blijven zetten op het verhogen van de vaccinatiegraad.

Respecteer de basisregels
Het OMT geeft aan dat het van essentieel belang is dat de basisregels worden nageleefd. Een opsomming van de basismaatregelen is in het advies opgenomen. Het OMT benadrukt de urgentie van maatregelen om, ondanks de toename van de belasting op de zorg door COVID-19 infecties bovenop de (door inhaalzorg al drukke) reguliere zorg, de zorg voor iedereen toegankelijk te houden, ongeacht de vaccinatiestatus. Hiertoe moet de verspreiding van het virus geremd worden, door maatregelen te nemen waarmee het aantal contacten dat tot transmissie van het SARS-CoV-2 virus leidt, terug gebracht worden. Dergelijke maatregelen moeten

effectief zijn tegen de virusverspreiding en op korte termijn zijn in te voeren; het betreft dan liefst maatregelen waarvan ook op korte termijneffect te verwachten is.

Het OMT adviseert vooralsnog om niet regionaal, gemeentelijk of op wijkniveau maatregelen in te stellen. Immers, uit de surveillance data blijkt dat het virus in heel Nederland circuleert en landelijke, generieke maatregelen kunnen de communicatie erover eenduidig houden en bespoedigen. Alleen maatregelen nemen of veranderingen in gedrag nastreven in lage vaccinatiegraadgebieden, is onvoldoende om de circulatie in de rest van het land beduidend te doen dalen. Bovendien acht het OMT de afweging van dergelijke op specifieke regio's of groepen gerichte maatregelen aan de politiek.

Naast heldere communicatie en handhaving, is het ook belangrijk om zoveel mogelijk de (omgevings)voorwaarden te scheppen waardoor men zich aan de maatregelen kan houden. Het OMT heeft eerder voorgerekend dat als men in hoge mate opvolging geeft aan de basisregels – waaronder de meest essentiële bronisolatie maatregel 'bij klachten blijf je thuis, en laat je je testen' – de virusverspreiding al fors kan reduceren. Helaas toont gedragsonderzoek hoe moeilijk het gevonden wordt deze basisregels op te volgen. Aangezien elke aanvullende maatregel bovenop deze basisregels een belangrijke beperking oplevert in het handelen van iedereen, benadrukt het OMT – wederom – dat elke verzwaring van maatregelen begint met benadrukking van en opvolging van de basisregels.
Als op voorhand duidelijk is dat de opvolging aan basisregels ter discussie zal worden gesteld en beperkt zal zijn, dan zal afname van de verspreiding van het virus en belasting voor de zorg onvoldoende geborgd zijn en is het tevens nodig beperkende maatregelen, zoals verderop benoemd in het advies, in te stellen.

Tenminste 50% van de werktijd thuis te werken
Aangezien een belangrijk percentage van infecties opgedaan wordt op het werk, adviseert het OMT om het huidige advies om 'thuis te werken als het kan' beter en meer uniform opvolging te doen geven. Denk daarbij aan tenminste 50% van de werktijd, met spreiding in bezetting. Het advies om bij binnenlandse reizen drukte onderweg te vermijden en buiten te spits te reizen is hierop een goede aanvulling.

Uitbreiden van situaties waarin een mondneusmasker gedragen wordt
Het OMT adviseert om de verplichting tot het dragen van mondneusmaskers weer in te voeren in ruimtes waar men gedurende enige tijd bijeen staat in een binnenruimte, zoals publieke ruimtes (bijvoorbeeld bibliotheken, detailhandel), en in het OV in stations en op de perrons. Bij contactberoepen zien we de laatste tijd consistent een relatief hoog percentage positieve testen; ook voor contactberoepen zou een mondneusmasker moeten worden gebruikt.

Uitbreiding toepassing coronatoegangsbewijs
Breder inzetten van het CTB is een gerichte maatregel die effect kan hebben op de doorgifte van het virus. Voor de onderbouwing ervan verwijst het OMT naar haar eerdere adviezen hierover, maar hecht eraan op te merken dat het gebruik van CTB een gunstige invloed heeft op te verwachten ziekenhuisopnames, ook nu recent is gebleken dat vaccinatie de transmissie van het virus recent weliswaar minder lijkt te onderdrukken dan eerder het geval was. De prevalentie van

besmettingen is immers nog steeds hoger in het ongevaccineerde deel van de bevolking en de kans op transmissie bij een besmetting na vaccinatie is kleiner. Hierbij vindt het OMT het van belang dat er onderscheid wordt gemaakt in activiteiten en situaties die incidenteel en vrijwillig zijn en situaties die een meer permanent karakter hebben zoals opleiding, werk en zorg.

Het OMT adviseert in de volgende situaties het CTB ook in te gaan zetten:

- in kunst- en cultuurbeoefening (vanaf 18 jaar);
- buitenterrassen bij horeca;
- doorstroomlocaties (zoals musea, kermis, etc.);
- sportbeoefening (vanaf 18 jaar), met name daar waar het binnensport betreft, waaronder ook sportscholen;
- publiek bij amateurwedstrijden.

Dergelijke uitbreiding van toepassing van het CTB is alleen effectief indien de afspraken ook worden gehandhaafd, waarbij naast het CTB ook de identiteit van de persoon moet worden gecontroleerd.

Ad3) Inzet CTB in werksettings en in de zorg
Het Arbo Managementteam (AMT) heeft aan de hand van de arbeidshygiënische strategiemethodiek een inschatting gemaakt van het mogelijke effect van de invoering van het CTB voor werknemers op de virusverspreiding. Het AMT is van mening dat het invoeren van een CTB voor werknemers niet nodig wordt geacht in werkomstandigheden, waarbij er voldoende andere (subsidiaire) mogelijkheden zijn tot risicoreductie, zoals thuiswerken, thuisblijven bij klachten en gespreid werken én als deze mogelijkheden worden benut. Uit de epidemiologische cijfers blijkt echter, dat er sinds de versoepelingen sprake is van een toename van het aantal werksituatie gerelateerde infecties. Deze discrepantie tussen het AMT-advies is waarschijnlijk een gevolg van onvoldoende naleving van de beheersmaatregelen die op dit moment van kracht zijn. Het OMT is dan ook van mening dat, nu deze discrepantie al maanden blijft voortduren, er geen bezwaar zou kunnen zijn om onder bepaalde omstandigheden een CTB voor werknemers in te voeren.
Hierbij wil het OMT wel benadrukken, dat deze afweging op een zorgvuldige wijze dient te gebeuren aan de hand van een nauwgezette risico-inventarisatie, criteria van proportionaliteit en subsidiariteit en met betrokkenheid van de personeelsvertegenwoordiging.

Inzet in de zorg
Het streven in de gezondheidszorg is om besmetting van patiënten door zorgmedewerkers altijd zoveel als mogelijk te voorkomen. Daarom geldt vanaf risiconiveau zorgelijk (dat is sinds najaar 2020) voor alle gezondheidszorgmedewerkers het advies om bij verpleging, verzorging of behandeling binnen 1,5 meter van de patiënt een medisch mondneusmasker te dragen. Dit advies geldt ook voor gevaccineerde medewerkers, want ook zij kunnen – zonder klachten te hebben – geïnfecteerd zijn en het coronavirus verspreiden. Het is niet duidelijk of de inzet van het CTB voor zorgmedewerkers meerwaarde heeft voor de gezondheid van kwetsbare patiënten. Bij goede naleving van de basismaatregelen en andere preventieve maatregelen, lijkt de meerwaarde van het CTB bij het voorkómen van infecties klein. Voor de

gezondheid van kwetsbare patiënten is naast het voorkómen van infecties ook de continuïteit van zorg van groot belang. Toepassing van het CTB en dagelijks testen zou bij ongevaccineerde medewerkers tot demotivatie en mogelijk zelfs vertrek uit de zorg kunnen leiden, terwijl er al personeelskrapte is.

Bij inzet van het CTB voor bezoekers in de zorg(instellingen) geldt dat niet-gevaccineerde bezoekers voor elk bezoek getest worden en zij mogen bij een positieve test niet op bezoek komen. Het is niet bekend hoeveel infecties bij kwetsbare patiënten hierdoor voorkomen worden.
Voor de gezondheid van kwetsbare patiënten is naast het voorkómen van infecties ook het contact met hun naasten van groot belang. Met name in de langdurige zorg - waar patiënten lange tijd wonen - kan het veelvuldig testen voor ongevaccineerde partners, ouders of kinderen van patiënten een grote belasting vormen. Het weigeren van bezoekers of begeleiders zonder CTB kan de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg voor kwetsbare patiënten negatief beïnvloeden. Daarom adviseert het OMT om in de zorg geen CTB in te voeren, maar in te zetten op aanscherping en betere naleving van de basismaatregelen en gebruik van mondneusmaskers door alle gevaccineerde en ongevaccineerde medewerkers en bezoekers.

Het OMT adviseert om het advies voor zorgmedewerkers – zowel in als buiten het ziekenhuis –om bij verpleging, verzorging of medische behandeling van patiënten binnen 1,5 meter preventief een medisch mondneusmasker te dragen opnieuw onder de aandacht te brengen van de medewerkers en beter toe te zien op de naleving van dit advies. In instellingen of op afdelingen waar veel zeer kwetsbare personen verblijven (dit zijn patiënten met onderliggend lijden die niet gevaccineerd zijn of een ernstig verzwakte afweer hebben), kunnen de medewerkers continu preventief medische mondneusmaskers gebruiken om introductie van coronavirus en andere luchtwegvirussen te voorkomen.

Wat betreft een wettelijke mondneusmaskerplicht voor bezoekers van openbare ruimtes in zorginstellingen, adviseert het OMT om hierin de regelgeving voor openbare binnenruimtes te volgen. Daarnaast kunnen zorginstellingen op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) hun bezoekers verplichten om mondkapjes te dragen. Dit gebeurt ook al op veel plaatsen. Tevens adviseert het OMT aan zorginstellingen om de basismaatregelen opnieuw onder de aandacht te brengen bij hun bezoekers en weer een gezondheidscheck uit te voeren. Hiervoor zijn al eerder door de sector adviezen opgesteld.

Ad4) Voorbereidingen voor eventueel verzwarende maatregelen
Het OMT acht de verschillende voorstellen voor verzwarende maatregelen momenteel nog niet opportuun voor directe uitvoering. Het OMT adviseert om nu de noodzakelijke voorbereidingen te treffen voor eventueel verzwarende maatregelen om contacten breed te beperken door bijvoorbeeld: restrictie van openingstijden en herinvoeren van placeringsplicht en de 1,5 meter veilige afstand, sluiten van niet-essentiële sectoren, verbreding van inzet van coronatoegangsbewijzen (bijvoorbeeld ook voor de situaties waarin nu alleen mondneusmaskers worden geadviseerd zoals contactberoepen, detailhandel en sommige publieke ruimtes) en in situaties het beperken van CTB door gebruik te maken van 2G. Het OMT adviseert het effect van eerdergenoemde maatregelen ten minste 2-3 weken af te wachten. Indien er geen negatieve trend ontstaat in

het aantal infecties en ziekenhuisopnames, zal het OMT over aanvullende en veel verdergaande maatregelen adviseren, zoals bijvoorbeeld het beperken van het aantal bezoekers thuis en bovenstaande. Uiteraard zal dit eerder gebeuren als de epidemiologische duiding daartoe noopt.

Ad5) Onderwijs
Wat betreft het onderwijs adviseert het OMT het regime in het primair en voortgezet onderwijs zoals nu te continueren. Ten aanzien van het middelbaarberoepsonderwijs en hoger onderwijs (mbo, hbo, en universiteit) adviseert het OMT de invoering van het CTB om transmissie van SARS-CoV-2 te verminderen.
Echter, invoering van het CTB in het onderwijs kan voor een deel van de studenten betekenen dat zij zich dagelijks moeten laten testen om deel te nemen aan fysiek onderwijs. Dit zal mogelijk niet haalbaar blijken. Een alternatief hiervoor kan zijn dat studenten (zonder CTB) zich tweemaal per week verplicht laten testen, dan wel gebruik maken van zelftesten onder directe supervisie. Uiteraard blijven alle basismaatregelen essentieel, voor leerlingen en studenten, en onderwijspersoneel. Zoals eerder benoemd, adviseert het OMT om hybride onderwijs weer mogelijk te maken, zodat leerlingen en studenten die klachten hebben of een quarantaineadvies hebben gekregen, de mogelijkheid hebben om thuis te blijven en tegelijkertijd zo weinig mogelijk onderwijs missen.
Het gebruik van mondneusmaskers in het mbo en ho kan bijdragen aan een verlaging van de transmissie, en kan overwogen worden als de specifieke situatie daarom vraagt, zoals het noodzakelijkerwijze opeen verblijven in krappe ruimten.

Ad6) BCO
De huidige adviezen voor huisgenoten en nauwe contacten die naar verwachting afweer tegen SARS-CoV-2 hebben opgebouwd door infectie en/of vaccinatie, zijn gebaseerd op gegevens over de *attack rate* van gevaccineerde contacten en de bescherming tegen transmissie door vaccinatie.
Ten opzichte van eerdere OMT-adviezen (116 en 117) over de vaccineffectiviteit tegen infectie en de transmissie, zijn er aanwijzingen dat de vaccinatie-effectiviteit tegen transmissie (dat wil zeggen, doorgeven van een besmetting) licht gedaald is. Uit de Nederlandse gegevens en de literatuur is een afname van vaccineffectiviteit tegen infectie met de deltavariant en na langere tijd sinds vaccinatie beschreven. Mogelijk wordt de afname van vaccineffectiviteit tegen transmissie versterkt door het seizoenseffect. De kans voor gevaccineerde contacten om een infectie op te lopen en zelf besmettelijk te worden, blijft wel duidelijk lager dan die voor ongevaccineerde contacten: wat dit betreft wordt berekend dat vaccinatie voor 63% beschermt tegen overdracht.
Daarom acht het OMT het niet nodig om aan gevaccineerde contacten een quarantaine-advies te geven. Wel is het van belang om infecties bij zowel huishoudcontacten als nauwe contacten op te sporen. Het OMT adviseert daarom voor contacten die volledig gevaccineerd zijn of door doorgemaakte infectie naar verwachting een afweer hebben tegen SARS-CoV-2, het volgende testadvies:

- huishoudcontacten: zo spoedig mogelijk en op dag 5 nadat de index getest is
- nauwe contacten: op dag 5 na het contact met de besmettelijk index
- voor huishoudcontacten en nauwe contacten: altijd testen bij klachten (ook als men eerder negatief is getest).

Het OMT heeft aangegeven in een volgend advies terug te komen op het gebruik van antigeentesten in de prio-straten van de GGD en het gebruik van zelftesten in de werkomgeving.

BAO-advies
Het BAO dat 1 november heeft plaatsgevonden, vindt het OMT-advies navolgbaar. Het BAO onderstreept het belang van goede naleving (en daarmee van communicatie, randvoorwaarden, controle en handhaving) van de maatregelen en het belang dat het OMT hecht aan de basismaatregelen.
Het BAO ziet het belang van thuiswerken, de door het OMT genoemde 50% is daarin het minimum. Daar waar het kan, zou zoveel mogelijk moeten worden thuisgewerkt. Het BAO onderstreept ook de verantwoordelijkheid die werkgevers en werknemers hebben bij het naleven van de basismaatregelen in de werksituatie. Deze verminderen het risico op overdracht in belangrijke mate. In de zorg wordt gewerkt met protocollen en beschermende maatregelen. Het BAO is van mening dat in die bedrijven waar dat niet goed mogelijk is, het gebruik van het CTB niet hoeft te worden uitgesloten. Het BAO benadrukt het belang van laagdrempelig testen en geeft in overweging het beleid met betrekking tot het BCO voor huisgenoten en overige nauwe contacten gelijk te trekken. Dit betekent voor beide groepen het advies om zo snel mogelijk en op dag 5 te testen zonder klachten.

2. Sociaal Maatschappelijke Reflectie en maatschappelijk beeld en uitvoeringstoets

Voor de besluitvorming van 2 november 2021 is er, naast het epidemiologisch beeld en OMT-advies, opnieuw rekening gehouden met het maatschappelijk beeld volgens de inzichten van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), reflecties op de maatregelen volgen de inzichten van het SCP en de ministeries van Financiën, Economische Zaken en Klimaat en Sociale Zaken en Werkgelegenheid (de 'Trojka'). Ook zijn uitvoeringstoetsen uitgevoerd door andere departementen, de gedragsunit van het RIVM, de Nationale Politie, de veiligheidsregio's en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). 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 geeft aan dat enkele sectoren, waaronder de culturele sector, de horeca en evenementenbranche hard zijn geraakt door de crisis en bijbehorende maatregelen. De vrijetijdsbesteding die deze gelegenheden bieden, zijn voor veel mensen belangrijke activiteiten die bijdragen aan ontplooiing, ontspanning, plezier en ontmoeting. Het vasthouden van de bezoekersnormen en sluitingstijden van de horeca brengt financiële gevolgen voor de getroffen sectoren met zich mee. Het SCP geeft aan dat er twijfels bestaan over de effectiviteit van deze maatregelen. Het SCP noemt het van belang dat het doel en de effectiviteit van bestaande maatregelen helder worden onderbouwd en inzichtelijk worden gemaakt. Zij refereren aan een onderzoek van de RIVM gedragsunit waaruit blijkt dat met name de hygiënemaatregelen nog altijd goed worden nageleefd. Afstand houden van anderen kan in de praktijk echter niet altijd worden gerealiseerd. Ook het

geldende thuiswerkadvies blijkt steeds lastiger in praktijk te brengen. Bijna zes op de tien deelnemers van het onderzoek zegt dat het lukt om voldoende afstand te houden, ruim vier op de tien lukt dat dus niet.

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

Ten behoeve van het draagvlak in de samenleving, vertrouwen in de instituties en het bereiken van ongevaccineerde kwetsbare groepen benadrukt het SCP het belang van heldere, transparante communicatie en toegankelijke informatievoorziening. Ook beveelt het SCP aan dat er in de communicatie voldoende aandacht wordt besteed aan de betekenis van de gedeelde (en eigen) verantwoordelijkheid van mensen voor de gezondheid van zichzelf en anderen. Bij alle communicatie, zowel over maatregelen als over het vaccinatiebeleid, is het belangrijk aandacht te hebben hoe informatie iedereen bereikt en welke kanalen daarvoor gebruikt kunnen worden. De meer fundamentele boodschap over de uitlegbaarheid van besluiten en het belang van een betrouwbare overheid wordt volgens het SCP bevestigd door onderzoek van het RIVM naar de voorkeuren van mensen over mogelijke opschaling van maatregelen dit najaar. Hieruit komt naar voren dat er moet worden gekozen voor effectieve maatregelen, maatregelen die tot weinig negatieve (lange termijn) effecten leiden. Ook wordt hierin geadviseerd te kiezen voor generieke maatregelen die een specifieke groep of een specifiek gebied raken. Tot slot doet het SCP de aanbeveling te waken voor het stigmatiseren van bevolkingsgroepen waarbij voorkomen wordt dat gehele groepen – zoals op dit moment niet-gevaccineerden – worden weggezet als onwillig, onwetend of onverantwoordelijk. Het SCP adviseert de verschillende perspectieven en zorgen van mensen te erkennen en nadrukkelijk mee te nemen in de communicatie en informatievoorziening. Volgens het SCP zou dit kunnen voorkomen dat tegenstellingen tussen gevaccineerden en niet-gevaccineerden verder worden verscherpt en tot grotere spanning in de samenleving leidt.

Sociaal-maatschappelijke en economische reflectie Trojka
De sociaal-maatschappelijke en economische reflectie van de ministeries van SZW, EZK en FIN geeft prioriteit aan het inzetten op maatregelen die tijdig, gericht en effectief bijdragen aan het tegengaan van overbelasting van de zorg. De Trojka adviseert in te zetten op maatregelen met zo laag mogelijke sociaal-maatschappelijke en economische kosten zoals betere naleving van maatregelen,

het thuiswerkadvies, het advies om een veilige afstand te houden en het opnieuw verplichten van mondkapjes. De ministeries van SZW, EZK en FIN benadrukken dat de verbreding van het CTB-regime naar het onderwijs en de werksfeer gepaard met grote sociaalmaatschappelijke en economische kosten.
De Trojka beveelt aan om in te zetten op het versterken van de naleving van het CTB, daar waar mensen kwetsbaar zijn of een lage immuniteitsgraad kennen. Zij adviseren dat de (lokale) overheid en ondernemers in CTB-sectoren gezamenlijk zouden kunnen optrekken ten behoeve van de naleving, waarbij ook het opleggen van sancties niet moet worden uitgesloten. Ook het inzetten op gedragsinterventies zou de naleving van de basisregels versterken. Daarmee kan worden voorkomen dat er zwaardere (sectorale) maatregelen worden genomen. Er wordt geadviseerd om het thuiswerkadvies aan te scherpen naar 'werk waar mogelijk maximaal de helft van de werktijd op kantoor of locatie'. Hiermee wordt ook ruimte gelaten aan werkgevers en werknemers die het advies letterlijk opvolgen. Vanuit sociaal-maatschappelijke en economisch perspectief is dit wenselijk om sociale isolatie te voorkomen en werkprocessen zo min mogelijk te verstoren. De sociaal-maatschappelijke en economische effecten van het verbreden van het CTB binnen de huidige door de wet aangewezen sectoren zijn relatief beperkt vanwege de beperkte schaal van doorstroomlocaties en terrassen. Op individueel niveau heeft het verbreden van de inzet van het CTB echter wel impact. De Trojka benadrukt dat het advies om overal waar mogelijk weer anderhalve meter afstand te houden, aanzienlijke sociaal-maatschappelijke en economische schade met zich meebrengt, omdat dit innig contact met naasten in de weg zou staan. Zij vinden het daarom wenselijk om een veilige afstand te adviseren. Een advies tot veilige afstand draagt bij aan het bewustzijn en kan daarmee ook als gedragsinterventie worden gezien. Het gebruik van mondkapjes kan helpen in settings waar afstand houden moeilijk is of waar het CTB-regime niet van toepassing is. De inzet van mondkapjes heeft bovendien beperkte sociaal-maatschappelijke en economische effecten.

Tot slot brengen de ministeries van SZW, EZK en FIN naar voren dat de sociaalmaatschappelijke en economische kosten van de verbreding van CTB naar werk en onderwijs groot zijn. Het CTB in het mbo en ho heeft tot gevolg dat grote groepen jongeren een hoge drempel tot toegang tot onderwijs opgelegd krijgen. Dit zal leiden tot schooluitval. Zij geven aan dat op de lange termijn de economische kosten van het uitblijven van onderwijs groot zijn. Voor wat betreft het vragen van een CTB in de werksfeer leidt dit mogelijk tot het uitvallen van werknemers in verschillende sectoren, waaronder in de zorg en de horeca. Voor werknemers die geen CTB willen overleggen is de maatschappelijke impact van uitbreiding zeer groot als zij daardoor hun werk niet meer kunnen uitoefenen. Naast genoemde uitbreiding van de CTB-inzet wordt ook de verbreding naar niet-essentiële detailhandel en niet-essentiële dienstverlening voorbereid middels een wetswijziging. Een sociaal-maatschappelijke en economische reflectie hiervan is nog niet gedaan, deze zal worden opgeleverd ten behoeve van het volgende weegmoment. De ministeries van SZW, EZK en FIN stellen daarbij dat de verbreding van CTB het gevoel van een tweedeling in de maatschappij vergroot. Tot slot geeft de Trojka aan dat de sociaal-maatschappelijke en economische kosten van regionale maatregelen verhoudingsgewijs kleiner zijn vanwege de kleinere schaal van ingrijpen.

3. Mogelijk verzwaarde maatregelen: verbrede inzet coronatoegangsbewijzen

In de inleiding van deze brief heb ik toegelicht welke dilemma's, als gevolg van de oplopende vaccinatiegraad, steeds meer aan de orde zijn in de samenleving. Deze dilemma's dwingen ons om na te denken over welke maatregelen effectief en doeltreffend zijn, zonder dat de hele samenleving er weer onder gebukt moet gaan. In de brief van 14 september jl. heb ik uw Kamer aangegeven dat ik verkenningen uit zou voeren of en zo ja op welke wijze registratie dan wel coronatoegangsbewijzen in de relatie tussen werkgevers en werknemers gebruikt zouden kunnen worden. Dit vooral met het oog op het waarborgen van een veilige werkomgeving. De afgelopen weken heb ik hier samen met de staatssecretaris van SZW gesprekken over gevoerd met de sociale partners op centraal niveau, vertegenwoordigers van werknemers en werkgevers in de voor bezoekers en klanten CTB-plichtige sectoren, en met werkgevers- en werknemersorganisaties in de zorg. Daarnaast heb ik het OMT om advies gevraagd ten aanzien van de voorgenomen verbredingen van de inzet van het CTB naar de werkplek. Een samenvatting van dit advies is opgenomen in de paragraaf OMT advies, eerder in deze brief. In zijn advies geeft het OMT aan dat inzet van het CTB effect kan hebben op de doorgifte van het virus, en dat gebruik van het CTB ook een gunstige invloed heeft op te verwachten ziekenhuisopnamen. De verbrede inzet van het CTB past ook binnen de doelstellingen van het kabinetsbeleid: het beheersbaar houden van de druk op de zorg, het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving, zicht houden op het virus en aandacht voor structurele maatschappelijke en economische schade en voorkomen dat de lasten onevenredig neerslaan bij bepaalde groepen.

Op basis van het OMT en de gevoerde consultatiegesprekken, heeft het kabinet ervoor gekozen om registratie van de vaccinatie- en herstelstatus van werknemers in de zorg vooralsnog niet mogelijk te maken. Het kabinet kiest er voor om wetswijzigingen in procedure te brengen om de inzet van coronatoegangsbewijzen te verbreden. Om verbrede inzet van het coronatoegangsbewijzen mogelijk te maken, bereidt het kabinet een aantal wetswijzigingen voor om de tijdelijke bepalingen in hoofdstuk Va van de Wet publieke gezondheid (Wpg) uit te breiden met de mogelijkheid om bij het treffen van maatregelen ter bestrijding van Covid-19 regels te kunnen stellen over het tonen van een CTB. De volgende wetswijzigingen zijn in voorbereiding:

- Het aanwijzen van niet-essentiële detailhandel en niet-essentiële dienstverlening als CTB-plichtige sectoren. Hiermee kan aan bezoekers een CTB gevraagd worden in bijvoorbeeld winkels die niet zien op de verkoop van primaire levensbehoeften en bij pret- en dierenparken.
- Het creëren van de mogelijkheid om voor sectoren waar een CTB momenteel verplicht is voor bezoekers en deelnemers, een CTB ook verplicht te stellen voor werknemers.
- Het creëren van de mogelijkheid (zonder verplichting) om werkgevers in alle sectoren en werksituaties de bevoegdheid te geven om hun werknemers onder voorwaarden te vragen een CTB te tonen.
- Het creëren van de mogelijkheid (zonder verplichting) om zorginstellingen de bevoegdheid te geven om hun bezoekers onder voorwaarden te vragen een CTB te tonen voor het verlenen van toegang tot de zorginstelling.

De urgentie om deze wetswijzigingen voor te bereiden wordt mede gecreëerd door het huidige, verslechterende beeld van het verloop van de Covid-19 epidemie. Er is sprake van een veranderde situatie ten opzichte van het voorjaar, toen slechts een klein gedeelte van de mensen gevaccineerd en daarmee beschermd was. De inzet van het CTB, zoals eerder beschreven, heeft als nadrukkelijke doel om gericht risico's te mitigeren en daarmee een (gedeeltelijke) (her)sluiting van de hele samenleving te voorkomen. Het kabinet wil er voor zorgen dat de gereedschapskist aan maatregelen goed genoeg gevuld is zodat snel en adequaat maatregelen kunnen worden genomen als de epidemiologische situatie daarom vraagt.

Afhankelijk van het verloop van de epidemie, wordt besloten of, en zo ja op welke wijze, bovengenoemde wetswijzingen verder in gang worden gezet. Het is belangrijk om deze verzwaarde maatregelen gereed te hebben en in te kunnen zetten op het moment dat de epidemiologische situatie hierom vraagt. Het kabinet zal hierover besluiten bij het volgende weegmoment, mede op basis van een volgend advies van het OMT. Ik ga hierover uiteraard tijdig in gesprek met uw Kamer.

4. Maatregelen

Zoals uw Kamer bekend zijn de doelstellingen van het kabinet ongewijzigd: een acceptabele belasting van de zorg, het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving en het zicht houden op het virus. Het OMT adviseert in haar 128e advies om zo spoedig mogelijk maatregelen te nemen om de toename van de ziekenhuis- en IC-opnames te keren en deze in de tijd te spreiden. Dit zorgt er voor dat de zorgcapaciteit en toegankelijkheid in brede zin voor zowel patiënten binnen de reguliere zorg als voor COVID-19-patiënten geborgd blijft. Het kabinet neemt dit advies over en ziet aanleiding om aanvullende maatregelen te nemen. Bij de besluitvorming ten aanzien van het maatregelenpakket zijn verschillende factoren meegewogen. Zo adviseert het OMT dat maatregelen effectief dienen te zijn in het tegengaan van de verspreiding van het virus in het huidige epidemiologische beeld, dienen deze zo spoedig mogelijk ingevoerd te kunnen worden en op relatief korte termijn effect te hebben. Daarnaast dient er in het pakket een balans te zijn tussen enerzijds het niet onnodig treffen van gevaccineerden en anderzijds het niet 'bestraffend' zijn voor ongevaccineerden. Daarbij dienen maatregelen op zoveel mogelijk draagvlak te kunnen rekenen zodat deze niet onnodige polarisatie en radicalisering aanwakkeren. Vanzelfsprekend worden bij deze afweging de grondrechten, sociaal, maatschappelijke en economische effecten, de uitvoeringstoetsen op de maatregelen door andere departementen, de gedragsunit van het RIVM, de Nationale Politie, inspecties, veiligheidsregio's en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten meegewogen in de besluitvorming.

Dit heeft geleid tot een pakket aan maatregelen dat enerzijds bestaat uit aanvullende maatregelen ten behoeve van verhoging van de beschikbare IC-capaciteit en de vaccinatiegraad. Hierover treft u een toelichting in de paragraaf Zorg voor patiënten in de keten van deze brief. Anderzijds heeft het kabinet gekozen voor een verzwaring van het maatregelenpakket ten behoeve van het onmiddellijk beperken van het verspreidingsrisico. Deze verzwaring bestaat uit

aanscherping van adviezen, verbreding van de inzet van CTB en het opnieuw invoeren van een mondkapjesplicht.

Daarnaast heeft het kabinet besloten tot het starten van wetgevingstrajecten die kunnen voorzien in het verder uitbreiden van het CTB naar werk, zorg en de niet-essentiële detailhandel en dienstverlening. Met deze maatregelen wil het kabinet op proportionele wijze de doelstellingen behalen. Cruciaal hierbij is een goede naleving, communicatie en handhaving. In een separate brief die u heden zal ontvangen gaat de minister van Justitie en Veiligheid nader in op de naleving, controle en handhaving.

Benadrukking en aanscherping adviezen
Met onmiddellijke ingang wordt een aantal adviezen benadrukt en aangescherpt. In lijn met het OMT-advies benadrukt het kabinet nogmaals het belang van het naleven van de basis- en bronmaatregelen: blijf thuis bij klachten en laat je zo snel mogelijk testen, ga in quarantaine na een positieve test, handen wassen, geen handen schudden en zorg voor voldoende frisse lucht. Daarnaast wordt het afstandsadvies aangescherpt van 'Geef elkaar de ruimte' naar '1,5 meter is een veilige afstand, bescherm jezelf en anderen'. Ook wordt het thuiswerkadvies aangescherpt naar 'werk minstens de helft van de tijd thuis'. Werkgevers en werknemers dienen hierbij verantwoordelijkheid te nemen om afspraken te maken over een passende verdeling, met inachtneming van de basisregels en spreiding in de bezetting, tussen het thuis werken en het op locatie werken. Werkgevers hebben hierbij oog voor het welzijn van werkenden. Tot slot wordt het binnenlands reisadvies geherintroduceerd: 'Mijd drukte onderweg en reis buiten de spits'.

Verder wil het kabinet het zelftestadvies nogmaals onder de aandacht brengen. Momenteel is het advies om een zelftest af te nemen na thuiskomst van vakantie, na een risicovolle activiteit (bijv. evenementen en nachthoreca), en als je als niet immune leerling of medewerker naar het vo, mbo of ho gaat. Vanzelfsprekend geldt dit ook voor niet immune medewerkers van het po.

Verzwaring maatregelenpakket ten behoeve van beperken van het verspreidingsrisico
Het kabinet heeft zoals gezegd besloten tot een verzwaring van het maatregelenpakket, welke onderstaand wordt toegelicht. Op 12 november 2021 heeft het kabinet een weegmoment voorzien. Vanzelfsprekend staat de ontwikkeling van de ziekenhuis- en IC-opnames daarbij centraal. Daarbij is er dan ook meer zicht of de vandaag afgekondigde maatregelen een positief effect hebben op het gedrag en de naleving, en daarmee op de prognoses van de ontwikkeling van het virus.

Verbreden inzet CTB
Per 6 november 2021 wordt het gebruik van CTB's verbreed. Allereerst wordt de uitzondering voor doorstroom van publiek voor cultuur en evenementen opgeheven. Dat betekent dat bijvoorbeeld bezoekers aan musea**,** kermissen en bepaalde sportevenementen CTB-plichtig worden.
Daarnaast zullen buitenterrassen, publiek bij amateursport en sport-, kunst & cultuurbeoefening onder het CTB-regime geschaard worden.

Eerder heeft uw Kamer de motie van het lid Kuiken c.s.[3] aangenomen waarin het kabinet werd opgeroepen om buitenterrassen uit te zonderen van de CTB-plicht. Het kabinet heeft daar destijds gehoor aangegeven door de buitenterrassen inderdaad uit te zonderen van de CTB-plicht. Met het huidige epidemiologische beeld acht het kabinet het, in lijn met het OMT-advies, niet langer verantwoord om deze uitzondering te handhaven. Daarom heeft het Kabinet besloten om die uitzondering in te trekken, waardoor een CTB ook verplicht wordt op de buitenterrassen.

Daarnaast werd het kabinet, middels de motie van de leden Kuiken en Paternotte[4], ook opgeroepen om geen CTB-plicht in te voeren bij het afhalen van eten en drinken. Het kabinet heeft gehoor gegeven aan die motie door het afhalen van eten en drinken uit te zonderen van de CTB-plicht. Deze uitzondering blijft gehandhaafd.

Uitzonderingen CTB plicht
Het kabinet heeft gemeend een aantal uitzonderingen te moeten maken op de CTB plicht. Dit is het geval bij de beoefening van sport, kunst en cultuur voor jeugd tot en met 17 jaar. Rekening houdend met het feit dat de meeste sportverenigingen- en clubs in grote mate afhankelijk zijn van vrijwilligers voor onder meer de controle en uitvoering van de CTB-plicht, is ervoor gekozen om ook voor publiek bij amateurwedstrijden (niet zijnde wedstrijden in de eredivisie en topsporten) en in de bij eet- en drinkgelegenheden behorende bij sportaccommodaties dezelfde leeftijdsgrens te hanteren. Ook in deze gevallen geldt een CTB-plicht voor personen vanaf 18 jaar.

Daarnaast zijn georganiseerde jeugdactiviteiten tot en met 17 jaar, zoals een Sinterklaasintocht, uitgezonderd van de CTB-plicht voor deelnemers tot en met 17 jaar en hun begeleiders.
Eveneens zal er geen CTB-plicht gelden bij uitvaarten, op warenmarkten, bij de reguliere exploitatie van bibliotheken en bij de reguliere exploitatie van buurt- en wijkcentra (zoals dagbesteding). Deze uitzondering geldt ook voor publiek bij kunst- en cultuurvertoning in het kader van onderwijsactiviteiten. In het kader van onderwijsactiviteiten gelden ook uitzondering voor de beoefening van sport en kunst- en cultuur. Tot slot worden ook topsporters uitgezonderd van de CTB-plicht die per 6 november 2021 gaat gelden voor sportbeoefening.

<u>Verdere verbreding inzet CTB door middel van wetgevingstrajecten</u>
Het kabinet heeft vandaag in aanvulling op de bovenstaande maatregelen besloten om een aantal maatregelen voor te bereiden die zien op een verdere verbreding van de inzet van CTB's. Het gaat hierbij in eerste instantie om het mogelijk maken van de inzet van CTB's in de niet-essentiële detailhandel en niet-essentiële dienstverlening. Daarnaast worden wetswijzigingen voorbereid om de inzet van het CTB mogelijk te maken in werk en zorg. Afhankelijk van het verloop van de epidemie, besluit het kabinet op een nader moment welke van deze wetswijzingen verder in gang worden gezet. Het kabinet zal hierover besluiten bij het hierboven genoemde weegmoment op 12 november 2021. In paragraaf 3 van deze brief ben ik hier reeds nader op ingegaan.

[3] Kamerstuk 25 295, nr. 1427.
[4] Kamerstuk 25295, nr. 1428.

Technische wijziging Twm t.b.v. uitzondering CTB voor zeemanshuizen
Van de gelegenheid maakt het kabinet tevens gebruik om een aantal technische wijzigingen in de Twm door te voeren. Gezien het belang van de zeemanshuizen voor het welzijn van zeevarenden door onder meer het aanbieden van een plek voor ontspanning aan wal, de mogelijkheid om basisartikelen aan te schaffen en in contact te komen met andere zeevarenden en familie, wordt er een uitzondering op de CTB-plicht voor zeemanshuizen geïntroduceerd. Deze wijziging wordt per 10 november 2021 van kracht.

Mondkapjesplicht
Per 6 november 2021 wordt de bestaande mondkapjesplicht uitgebreid. De mondkapjesplicht geldt reeds in (de voertuigen van) het OV, in vliegtuigen en op luchthavens vanaf de security. Vanaf 6 november 2021 moet ook weer een mondkapje worden gedragen in alle publieke binnenruimten zoals detailhandel en bibliotheken, bij contactberoepen door zowel klant als aanbieder en op stations, halteplaatsen, of andere bij het openbaar vervoer behorende voorzieningen en de daarbij behorende perrons, trappen tunnels en liften en op de gehele luchthaven. De mondkapjesplicht geldt, alleen bij verplaatsing, ook in instellingen voor het beroepsonderwijs en hoger onderwijs. Ook roep ik zorgwerkgevers op het belang van mondkapjes in de zorg te blijven benadrukken.

Het kabinet heeft een aantal uitzonderingen op de mondkapjesplicht gecreëerd. Situaties waar de CTB-plicht geldt, zoals horeca, zijn uitgezonderd van de mondkapjesplicht. Ook is er geen plicht in besloten plaatsen zoals religieuze instellingen en kantoren. Daarnaast worden ook de overige uitzonderingen die bestonden bij de eerdere mondkapjesplicht, zoals bij gezichtsbehandelingen en tijdens het sporten, opnieuw opgenomen in de regeling.

5. Tijdelijke wet maatregelen COVID-19

Verlenging Tijdelijke wet maatregelen COVID-19 (Twm)
Proces omtrent verlenging Twm
Met de inwerkingtreding van de Twm op 1 december 2020 is een nieuw hoofdstuk Va aan de Wet publieke gezondheid (Wpg) toegevoegd. Dit hoofdstuk bevat de wettelijke basis voor beperkende maatregelen specifiek ter bestrijding van de epidemie van COVID-19 of een directe dreiging daarvan (artikel 58b, eerste lid, Wpg). De Twm vervalt van rechtswege na drie maanden, tenzij de werkingsduur van deze wet tijdig wordt verlengd. Op de verlengingssystematiek wordt hieronder nader ingegaan. De geldingsduur van (het merendeel van de bepalingen van) de Twm is inmiddels driemaal met drie maanden verlengd, waardoor de Twm tot 1 december 2021 van kracht is. De regering is gezien de 127e en 128e adviezen van het OMT voornemens de geldingsduur van de Twm, op twee bepalingen na, nogmaals met drie maanden te verlengen, derhalve tot 1 maart 2022. De geldingsduur van de artikelen 58j, eerste lid, onderdeel c, Wpg (reguleren gebruik publiek toegankelijke voorzieningen) en 58j, eerste lid, onderdeel e, Wpg (reguleren alcoholverbod) wordt in overeenstemming met advies van het OMT niet verlengd.

Verlenging van de geldingsduur van (bepalingen van) de Twm vindt plaats bij Koninklijk Besluit (artikel VIII, derde lid Twm). Onderdelen uit de Twm die niet worden verlengd, vervallen daarmee automatisch. Voorafgaand aan de vaststelling

van een Koninklijk Besluit wordt de afdeling Advisering van de Raad van State gehoord over de geldende maatregelen (artikel 58t Wpg). Na plaatsing in het Staatsblad van een vastgesteld Koninklijk Besluit, dient onverwijld een voorstel van wet tot goedkeuring van dat Koninklijk Besluit te worden ingediend (artikel VIII, vierde lid, Twm). Deze nahangprocedure is, sinds de inwerkingtreding op 17 juli 2021 van de wet waarmee bepalende zeggenschap van beide Kamers over verlenging van de Twm werd geregeld, voorgeschreven in de Twm.[5] Deze wet beoogt beide Kamers van de Staten-Generaal het wettelijk recht te geven om een bij Koninklijk Besluit vastgestelde verlenging ongedaan te maken en daarmee de werkingsduur van de Twm definitief te beëindigen.[6] Indien de Tweede of de Eerste Kamer een wetsvoorstel houdende goedkeuring van een Koninklijk Besluit tot verlenging van de geldingsduur van (bepalingen van) de Twm, binnen de verlengingstermijn verwerpt, vervallen met vrijwel onmiddellijke ingang alle bepalingen waarvan de werkingsduur bij Koninklijk Besluit werd verlengd. [7] In deze nahangprocedure wordt anders dan voorheen in de Twm werd voorgeschreven, geen ontwerp van het Koninklijk Besluit voorgehangen bij beide Kamers. Evenwel hecht het kabinet eraan om uw Kamer vroegtijdig te betrekken bij de verlenging van de Twm. Daartoe dient dit onderdeel van deze brief.

Systematiek verlenging Twm

Voor alle bepalingen in hoofdstuk Va van de Wpg geldt dat ze tijdelijk van aard zijn, omdat bij de totstandkoming van de Twm onvoorzienbaar was hoe de epidemie en de bestrijding ervan zouden verlopen. Voor de verlengingsbevoegdheid van de regering en de wetgever geldt dat deze slechts mag worden toegepast voor zover dat noodzakelijk (en evenredig is) is voor bestrijding van de epidemie van COVID-19 of een directe dreiging daarvan in het Europees deel van Nederland, respectievelijk het Caribisch deel van Nederland.

Als bepalingen van de Twm zijn vervallen, is dat een voldongen feit. Bepalingen die zijn vervallen, kunnen niet bij Koninklijk Besluit weer worden 'aangezet'. Indien naderhand blijkt dat een vervallen bepaling toch nog of weer nodig is, moet een nieuw wetstraject worden opgestart waarbij die bepaling wederom in wetgeving wordt vervat. Zolang het verloop van de epidemie en de volgende fase moeilijk te voorspellen zijn, is terughoudendheid bij het laten vervallen van de bepalingen daarom geïndiceerd. Dit geldt in het bijzonder omdat er bepalingen in de Twm staan die de grondslag vormen om bij ministeriële regeling verschillende specifieke maatregelen te nemen. Deze grondslagen worden gebruikt voor diverse maatregelen. Ook is het belangrijk te onderkennen dat de grondslagen steeds gelden voor zowel Europees als Caribisch Nederland. Een besluit tot het al dan niet verlengen van een bepaling betreft de gehele grondslag en kan niet toegespitst worden op de hieruit voortvloeiende afzonderlijke maatregelen in de ministeriële regeling of op alleen Europees dan wel Caribisch Nederland.

[5] Wet van 14 juli 2021 tot wijziging van de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19 in verband met regeling van het vereiste van goedkeuring bij wet van een koninklijk besluit tot verlenging als bedoeld in artikel VIII, derde lid, van de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19. Stb. 2021, 359.
[6] Kamerstuk 35 874, nr. 3 (mvt), p. 1.
[7] De bepalingen vervallen met ingang van de tweede dag nadat het wetsvoorstel is verworpen (artikel VIII, vijfde lid Twm).

Het is tevens van belang te benadrukken dat verlenging van een bepaling van de Twm niet automatisch betekent dat ook de op grond van die bepaling vastgestelde beperkende maatregelen worden verlengd en dus blijven gelden. Het is mogelijk om de werkingsduur van bepalingen van de Twm te verlengen zolang een directe dreiging van een COVID-19 epidemie bestaat, terwijl de maatregelen in de ministeriële regeling, die op die wettelijke bepalingen zijn gebaseerd, zijn ingetrokken en dus op dat punt geen beperkingen meer gelden. Op basis van deze 'slapende' bepalingen kunnen bij ministeriële regeling en bij AMvB wel met de nodige snelheid weer maatregelen getroffen worden, indien onverhoopt de epidemiologische situatie daartoe zou nopen.

Verlenging Twm tot 1 maart

Met de huidige immuniteitsgraad (dd. 11 oktober 2021) geeft het OMT in zijn advies naar aanleiding van het 127e OMT aan dat de orde van grootte van het aantal personen voor wie vanwege een SARS-CoV-2-infectie opname in een ziekenhuis nodig zal zijn, geschat is op ruim 23 duizend. Het aantal mensen waarvoor IC-opname nodig is vanwege COVID-19 wordt geschat op ongeveer 4.800. Om de druk op de zorg beheersbaar te houden, is het daarom zaak de besmettingen te spreiden in de tijd, zodat de zorgvraag als gevolg van deze besmettingen niet de zorgcapaciteit overstijgt. Het OMT adviseert noch op korte termijn maatregelen te versoepelen, noch op langere termijn de mogelijkheid te laten vervallen om maatregelen in te kunnen stellen. Het OMT adviseert dit gezien het geschetste beeld van het verloop van de epidemie, het aantal meldingen, de Rt-waarde en de modellen over de verwachting van de ziekenhuis- en IC-opnamen (zoals hierboven beschreven) en de onzekerheden door het uiteenlopen van de prognosemodellen die zowel gelden voor de korte termijn, als in grote lijnen voor de lange termijn. Het OMT geeft in zijn advies naar aanleiding van het 128e OMT, van 1 november 2021, aan dat er zo spoedig mogelijk aanvullende maatregelen nodig zijn om de toename van de ziekenhuis-, en daarmee IC-opnames, te keren. Deze aanvullende maatregelen moeten, zo geeft het OMT aan, genomen worden om de transmissie van het virus af te remmen.

Het 127e OMT-advies is voor het kabinet aanleiding om te constateren dat vanaf 1 december 2021 in ieder geval nog sprake is van een directe dreiging van de COVID-19-epidemie, waardoor in de winter van 2021/2022 maatregelen noodzakelijk kunnen zijn ter afwending van die dreiging. Het kabinet acht het, indachtig het OMT-advies, noodzakelijk om de werkingsduur van de bepalingen van de Twm te behouden (behoudens de artikelen 58j, eerste lid, onderdeel e Wpg en 58j, eerste lid, onderdeel c, Wpg), zodat deze winter, indien noodzakelijk, op basis van de aldus in stand gehouden bepalingen met de nodige snelheid maatregelen getroffen kunnen worden. Ook dan blijft gelden dat maatregelen enkel worden genomen indien dat noodzakelijk is en evenredig aan het beoogde doel (artikel 58b, tweede lid, Wpg). Of en welke maatregelen nodig zijn bij een opleving in de winter zal worden beoordeeld aan de hand van de dan actuele (epidemiologische) situatie. Het kabinet laat zich hierin adviseren door het OMT en er vindt een sociaalmaatschappelijk economische reflectie plaats.

Het 127e OMT-advies is voor het kabinet ook aanleiding om de werkingsduur van twee artikelen niet te verlengen. Het gaat hier om de artikelen die zien op het gebruik van publiek toegankelijke voorzieningen en het alcoholverbod. Over beide artikelen merkt het OMT in zijn 127e advies op dat deze kunnen vervallen. Artikel

58j, eerste lid, onderdeel e, Wpg geeft de grondslag om maatregelen te kunnen treffen omtrent alcoholhoudende drank. Bij de derde verlenging van bepalingen van de Twm is deze grondslag voornamelijk gecontinueerd om eventuele maatregelen te kunnen treffen teneinde te voorkomen dat een waterbedeffect ontstaat door verplaatsing van drukte van publieke plaatsen, bijvoorbeeld in de horeca, naar openbare plaatsen. De regering interpreteert het OMT-advies op dit punt aldus dat deze maatregel niet meer noodzakelijk is, ook niet bij oplevingen van het virus in de aankomende winterperiode. Artikel 58j, eerste lid, onderdeel c, Wpg geeft daarnaast een grondslag om het gebruik van voorzieningen die voor het publiek toegankelijk zijn, zoals openbare toiletvoorzieningen, te kunnen reguleren. In het OMT-advies wordt geadviseerd om deze grondslag te laten vervallen. Verwacht wordt dat de grondslag voor maatregelen op publieke plaatsen en voor evenementen zullen blijven voldoen om eventueel noodzakelijke maatregelen te treffen voor publiek toegankelijke voorzieningen. Bij het laten vervallen van de hiervoor genoemde bepalingen volgt het kabinet dan ook dit advies van het OMT.

In de nota van toelichting bij het Koninklijk Besluit over de verlenging van de Twm zal, conform mijn toezegging aan het lid Bikker, per wetsartikel nader worden toegelicht waarom het wordt behouden.

6. Doorontwikkeling Dashboard en update rioolwatermonitoring

Indicatoren en signaalwaarden
In het kader van de Aanpak Najaar, waarover uw Kamer op 14 september[8] en 12 oktober jl.[9] is geïnformeerd, is een nieuwe landelijke inschalingssystematiek in werking getreden. In de nieuwe inschalingssystematiek geldt dat door middel van een risiconiveau uitdrukking wordt gegeven aan de druk op de zorg door patiënten met COVID-19. Afhankelijk van het 7-daagsgemiddelde van het aantal ziekenhuisopnames en het aantal IC-opnames, vindt inschaling plaats in een risiconiveau (waakzaam, zorgelijk of ernstig). Deze inschaling vindt wekelijks plaats en geeft de kwantitatieve druk op de zorg aan door patiënten met COVID-19. Voor de berekeningen van het 7-daagsgemiddelde van het aantal ziekenhuisopnames en het aantal IC-opnames, wordt uitgegaan van de cijfers van Stichting NICE. De meest recente dagen tellen niet mee in het gemiddelde, omdat de cijfers over deze dagen nog niet compleet zijn.
Ik heb als onderdeel van de Aanpak Najaar aan het RIVM voorgelegd in hoeverre het mogelijk is om mij te adviseren over de verhouding tussen het aantal ziekenhuisopnames dat de zorg aankan en het besmettingsniveau dat daarbij hoort. Het RIVM heeft mij laten weten dat dit op dit moment niet goed mogelijk is in verband met de waargenomen en te verwachten veranderingen in het testbeleid en de testbereidheid. Ik blijf hierover in overleg met het RIVM. Hiermee voldoe ik aan de toezegging aan Kamerlid Gündoğan gedaan in het debat van 18 augustus jl.

Doorontwikkelingen dashboard
Sinds de lancering in juni 2020, levert het Coronadashboard een belangrijke bijdrage aan het zicht houden op de ontwikkeling van het coronavirus. Het verloop van de pandemie is steeds bepalend geweest voor de inzet van het dashboard.

[8] Kamerstuk 25 295 nr. 1422.
[9] Kamerstuk 25 295 nr. 1464.

Sinds de laatste 'stand van zakenbrief' van 14 september jl.[10] is een aantal nieuwe indicatoren aan het dashboard toegevoegd.

De focus is verschoven van besmettingscijfers naar indicatoren die de druk op de zorg monitoren. Daarmee sluit het dashboard aan bij de Aanpak Najaar. Op de actueel-pagina worden nu de 7-daagsgemiddelden van de ziekenhuis- en IC-opnames getoond en is de vaccinatiegraad te zien. Aangezien in de Aanpak Najaar wordt gewerkt met een landelijk risiconiveau in plaats van regionale risiconiveaus, is ook deze wijziging doorgevoerd op het dashboard. Tevens is in de zomer een variantenpagina toegevoegd, waarmee we zicht houden op de verschillende mutanten van het virus.

Op het gebied van vaccinaties is ook een aantal vernieuwingen doorgevoerd. Het dashboard toont de totale vaccinatiegraad en de vaccinatiegraad per leeftijdsgroep, gemeente en veiligheidsregio. De cijfers zijn uitgesplitst in een percentage opkomst 1e prik en een percentage volledig gevaccineerd. Nu iedereen de mogelijkheid heeft gehad om zich te laten vaccineren en er nog voldoende vaccins zijn voor mensen in Nederland, die zich alsnog willen laten vaccineren, is bepaalde informatie minder relevant. Daarom is een aantal grafieken gearchiveerd. De informatie blijft beschikbaar, maar wordt niet meer geactualiseerd.

Rioolwatermonitoring
In mijn brief van 18 juni jl.[11] heb ik uw Kamer geïnformeerd over de stand van zaken van de intensivering van de rioolwatersurveillance in het kader van het Programma Nationale Rioolwatermonitoring. De inzet voor 2021 was om toe te werken naar dagelijkse bemonstering van alle rioolwaterzuiveringsinstallaties (RWZI's) en de relevante monsters te analyseren. Op 14 september jl. heb ik van het RIVM het advies ontvangen dat, als nadere invulling van 'relevante monsters', maximaal vier analyses per RWZI per week voldoende zijn om virustrends in het rioolwater vroegtijdig te signaleren. Het RIVM acht frequentere analyses en daarmee de inzet van meer middelen met de huidige kennis niet doelmatig. In overleg met de betrokken partijen van dit programma heb ik dit advies opgevolgd. Met vier analyses kan rioolwatersurveillance dienen als monitoringsindicator, zoals is opgenomen in de Aanpak Najaar. De stijging van de hoeveelheid virus in het riool was vroegtijdig waar te nemen en is gebruikt voor de duiding van de epidemie. Op dit moment analyseert het RIVM drie monsters per week per RWZI. De huidige planning is dat dit per 1 december 2021 wordt opgeschroefd naar vier monsters per week. Dit is enige vertraging ten opzichte van de planning die ik met uw Kamer in de brief van 6 juli jl.[12] heb gedeeld.

Naast dat rioolwatermonitoring wordt ingezet als landelijke monitoringsindicator, wordt rioolwaterdata gebruikt om lokale trends te signaleren. Hiertoe heeft het RIVM samen met de GGD'en een lokaal stappenplan ontwikkeld[13]. Dit stappenplan gebruiken GGD'en om de rioolcijfers lokaal te duiden en passende acties te nemen bij bepaalde trends, bijvoorbeeld als er sprake is van een (her)opleving van het

[10] Kamerstuk 25 295 nr. 1422.
[11] Kamerstuk 25 295, nr. 1297.
[12] Kamerstuk 25 295, nr. 1356.
[13] Rioolcijfers inzetten voor bestrijding COVID-19 | LCI richtlijnen (rivm.nl)

virus. Op de korte termijn volgt een eerste evaluatie van dit stappenplan door de betrokken partijen.

7. Technische uitvoering coronatoegangsbewijzen

Coronatoegangsbewijzen
Gevolgen behouden coronatoegangsbewijzen na een positieve test
Ik zie het als de eigen verantwoordelijkheid van mensen om thuis te blijven als je positief getest bent en de eerder uitgegeven QR-code dan niet te gebruiken voor toegang, want als je besmet bent blijf je thuis. Dat is een van de basisregels en daarmee voorkom je dat je anderen besmet. Als iedereen zich aan deze afspraak houdt, zie ik geen reden om de QR-code in te trekken. Het is te vergelijken met een rijbewijs. Dat geeft aan dat je bevoegd bent om auto te rijden, maar niet onder alle omstandigheden, bijvoorbeeld als je een gebroken been hebt. Zo geeft het vaccinatiebewijs aan dat je gevaccineerd bent, het is niet logisch dat in te trekken. Maar dit ontslaat je niet van de plicht om je verantwoordelijkheid te nemen.

Bovendien kan een coronatoegangsbewijs dat op basis van een volledige vaccinatie is afgegeven niet worden ingetrokken zonder afbreuk te doen aan de hoge eisen van gegevensbescherming die ik heb gesteld aan het ontwikkelen van de CoronaCheck-app.

Bij de ontwikkeling van het Nederlandse CTB (zowel digitaal in de CoronaCheck-app als ook geprint op papier) is een afweging gemaakt in de balans tussen de bescherming van persoonsgegevens en het tegengaan van misbruik. In die afweging heb ik uw Kamer in februari van dit jaar meegenomen.[14] De CoronaCheck-app is ontwikkeld volgens de principes van privacy- en security by design waarbij verschillende maatregelen zijn getroffen om de privacy van burgers te borgen. In het geval van een Nederlands coronatoegangsbewijs zijn bijvoorbeeld slechts summiere persoonsgegevens opgenomen in de QR-code, is de bron van het bewijs (een vaccinatie, een test of een doorgemaakte COVID19-infectie) niet zichtbaar en zijn mensen ook niet te volgen waar ze hun QR-code laten zien. Daarbij zijn de gegevens alleen op de telefoon van de gebruiker beschikbaar nadat deze zelf zijn opgehaald en kan de app zonder verbinding met het internet worden gebruikt.

Deze ontwerpkeuzes staan automatisch intrekken van codes in de weg. Intrekken kan daarnaast ook niet over de volle breedte omdat op papier uitgegeven coronatoegangsbewijzen niet ingetrokken kunnen worden. Wel zou, in theorie, aan de kant van de scanner een controle kunnen plaatsvinden om betreffende QR-code als ongeldig aan te merken. Om dat mogelijk te maken moeten coronatoegangsbewijzen technisch zo aangepast worden dat elk bewijs aan een specifiek persoon te koppelen is. Dit leidt ertoe dat kwaadwillenden CoronaCheck gebruikers kunnen gaan volgen. Ook is het nodig dat de positieve testresultaten in een of andere vorm beschikbaar gemaakt worden voor alle scanners. Dat kan op twee manieren, namelijk door alle testresultaten aan alle scanners te distribueren of de scanner bij elke controle een database te laten raadplegen waarmee altijd een verbinding met internet beschikbaar moet zijn. Testresultaten beschikbaar stellen heeft het risico dat positieve testresultaten in verkeerde handen komen.

[14] Kamerstuk 25295, nr. 995

De Belgische Gegevensbeschermingsautoriteit doet nu bijvoorbeeld onderzoek naar een mogelijk datalek bij een bepaalde versleutelde lijst met ruim 39.000 codes die gebruikt wordt om QR-codes te blokkeren bij scannen. De voordelen van het wel kunnen intrekken van bewijzen wegen voor mij niet op tegen de nadelen hiervan en risico's die daarbij ontstaan.

Dus als je positief getest bent – ook na volledige vaccinatie – blijf je thuis. Die maatregel gold vanaf het begin van deze crisis en nu nog net zo.

Vaccinatiebewijs voor mensen die in Nederland woonachtig zijn maar geheel of gedeeltelijk elders binnen de Europese Unie (EU) zijn gevaccineerd
Volgens de Europese verordening over het EU Digitaal Corona Certificaat (DCC) zijn lidstaten verplicht om automatisch of op verzoek van de gevaccineerde een DCC te verstrekken aan mensen die binnen hun lidstaat worden gevaccineerd. Toch zijn er signalen dat Nederlandse burgers die elders binnen de EU zijn gevaccineerd daar geen DCC krijgen. Het gaat hierbij om mensen die een eerste vaccinatie in Nederland en een tweede vaccinatie in een andere lidstaat hebben gekregen, maar ook om mensen die beide vaccinaties in een ander lidstaat hebben gekregen. Voor de mensen die hun 1e prik elders maar hun 2e prik in Nederland hebben gekregen wordt dit moment door de GGD gewerkt aan een technische oplossing die ervoor zorgt dat er toch een volledig vaccinatiebewijs kan worden afgegeven. Deze is naar verwachting half november werkzaam.

Ik verwacht dat in de loop van de tweede helft van november ook een oplossing is gerealiseerd voor mensen die woonachtig zijn in Nederland maar elders in Europa zijn gevaccineerd. Binnen de juridische kaders die de EU-verordening over het DCC biedt, zouden deze mensen dan een CTB kunnen krijgen op basis van de vaccinaties die zijn gezet elders in de EU. Uw Kamer ontvangt hiervoor zo spoedig mogelijk een aanpassing van Tijdelijke Regeling Maatregelen COVID-19. Ik zal dit vraagstuk daarom ook agenderen in EU-verband, met als inzet dat op basis van de verordening ook een DCC uitgegeven kan worden aan Nederlanders die geen DCC kunnen krijgen in de lidstaat waar ze zijn gevaccineerd.

Vaccinatiebewijs voor mensen die deelnemen aan klinische trials
Een bijzondere aandachtsgroep in dit kader zijn personen in Nederland die hebben meegedaan aan vaccinonderzoeken. De deelnemers hebben hiermee een zeer belangrijke bijdrage aan de wetenschap geleverd. Deze groep valt uiteen in verschillende subgroepen. Allereerst mensen die tijdens het onderzoek niet of niet volledig gevaccineerd zijn en daarmee onvoldoende beschermd tegen COVID-19, hebben zich inmiddels in overleg met hun onderzoekers via de reguliere weg via de GGD kunnen laten vaccineren. Op basis daarvan kan men een reguliere DCC en CTB verkrijgen. Daarnaast zijn er de deelnemers die tijdens en/of na het onderzoek als volledig beschermd zijn beoordeeld door de onderzoekers. Via de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek is gebleken dat het maar om een beperkt aantal mensen gaat (minder dan 5% van de in totaal 3131 deelnemers) in Nederland. Hoewel ook deze groep te allen tijde een aanvullende vaccinatie kan halen bij de GGD waarmee ze zowel een DCC als een CTB kunnen ontvangen, ben ik voornemens een CTB op basis van hun vaccinatie uit te geven. Omdat het in deze gevallen gaat om een niet door de EMA of WHO goedgekeurd (trial)vaccin vergt dit aanpassing van nationale regelgeving (Tijdelijke Regeling Maatregelen COVID-19). Ik heb dit inmiddels in werking gezet en verwacht dat dit binnen

enkele weken gerealiseerd kan zijn. Het uitgeven van een DCC op basis van een onderzoekvaccin is op basis van de EU-verordening juridisch echter niet mogelijk. Ik zal dit vraagstuk rondom de onderzoekvaccins in EU-verband inbrengen. Nederland zal hierbij pleiten voor een aanpassing van de EU-verordening, zodat onderzoekvaccins ook kunnen leiden tot een DCC.

8. EU Digitaal Corona Certificaat

In deze paragraaf ga ik in op actuele ontwikkelingen rond het EU Digitaal Corona Certificaat (DCC). Voor de laatste stand van zaken over coronatoegangsbewijzen, verwijs ik u graag naar paragraaf 3 'Dilemma's, analyse en richting', waarin ik ben ingegaan op de inzet van coronatoegangsbewijzen, en de paragrafen 7 'Technische uitvoering coronatoegangsbewijzen' en 11 'Testen en traceren', waar ik in ben gegaan op de uitvoeringskant van coronatoegangsbewijzen. Over de (oplossing van) technische issues met betrekking tot CoronaCheck en de uitzonderingsroutes kunt u meer lezen in paragraaf 12 'Digitale Ondersteuning'.

Juridische grondslagen

In de brief van 8 oktober 2021[15] heb ik een wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen Covid-19 aan u ter nahang aangeboden. Ook heb ik u de Tijdelijke spoedregeling aanwijzing GGD Groningen toegezonden. Deze regelingen, die op 16 oktober 2021 in werking zijn getreden, maken het onder andere mogelijk dat naast de GGD regio Utrecht ook andere GGD'en worden aangewezen die DCC's en CTB's mogen uitgeven voor bepaalde categorieën van personen die in een derde land zijn gevaccineerd. Op 2 november 2021 heb ik besloten om ook GGD regio Rotterdam-Rijnmond hiervoor aan te wijzen.

Interoperabiliteit

In de Kamerbrief van 13 augustus jl.[16] heb ik een toelichting gegeven op de DCC equivalentieprocedure van de Europese Commissie. Deze procedure maakt het mogelijk om COVID test-, herstel- en vaccinatiecertificaten uit derde landen als equivalent van het DCC te erkennen zolang zij aan de technische vereisten gebied van betrouwbaarheid en interoperabiliteit voldoen. Op 29 oktober jl. hebben ook Armenië en het Verenigd Koninkrijk deze procedure succesvol doorlopen. Met deze landen zijn op dit moment 18 non-EU landen aangesloten op het DCC. Reizigers die beschikken over een bewijs uitgegeven in een land dat de Europese equivalentieprocedure heeft doorlopen kunnen dit bewijs ook in Nederland als coronatoegangsbewijs gebruiken.

Caribisch deel van het Koninkrijk

Na technische ondersteuning van het ministerie van VWS geven Aruba, Curaçao en Sint Maarten vaccinatie-DCC's uit, die voldoen aan de Europese eisen. Momenteel worden de laatste voorbereidingen getroffen voor de uitgifte van test- en herstel-DCC's, die ook zullen voldoen aan de Europese eisen.

[15] Kamerstuk 25 295, nr. 1463.
[16] Kamerstuk 25 295, nr. 1396.

9. Reizen

Uitzondering herstelde reizigers quarantaineplicht
Op dit moment zijn reizigers uit een zeer hoogrisicogebied die in het bezit zijn van een geldig herstelbewijs niet uitgezonderd van de quarantaineplicht. In het Protocol bron- en contactonderzoek COVID-19 van het LCI van 15 oktober jl. worden personen die een corona-infectie hebben doorgemaakt, beschouwd als immuun. Dit betekent dat het LCI geen thuisisolatie adviseert. Reizigers uit een zeer hoogrisicogebied die in het bezit zijn van een geldig herstelbewijs (uitgegeven binnen de EU, delen van het Koninkrijk of derde landen die de DCC-equivalentieprocedure met succes hebben doorlopen) worden daarom per 17 november 2021 uitgezonderd op de quarantaineplicht. De quarantaineplicht voor reizigers uit zeer hoogrisicogebieden bijft gelden voor reizigers die niet volledig zijn gevaccineerd, die niet beschikken over een geldig herstelbewijs, en die niet onder een van de andere uitzonderingscategorieën vallen.

Uitzondering asielzoekers op testplicht in het kader van Dublinverordening
De EU-Dublinverordening (nr. 604/2013) regelt welke EU-lidstaat verantwoordelijk is voor het inhoudelijk behandelen van een asielverzoek. Het komt voor dat asielzoekers zich niet willen of kunnen laten testen voordat zij in Nederland aankomen. Dit bemoeilijkt de overdracht tussen lidstaten onder de Dublinverordening. Het kabinet heeft daarom besloten om in bilateraal verband met andere EU-landen afspraken te maken over bijvoorbeeld een verplichte quarantaineperiode als alternatieve veiligheidsmaatregel voor asielzoekers, vóórdat zij in het kader van de Dublinverordening aan Nederland worden overgedragen. De bilaterale afspraken zullen wederkerig zijn, wat wil zeggen dat ten aanzien van asielzoekers die door Nederland worden overgedragen aan het andere EU-land ook de testvoorwaarde wordt vervangen door een alternatieve veiligheidsmaatregel. Het epidemiologisch risico van het vervallen van de testvoorwaarde wordt gemitigeerd door een andere veiligheidsmaatregel.

Beëindiging project Testen voor Reizen
Van 1 juli tot 1 oktober konden reizigers die vanuit Nederland naar het buitenland reisden en een coronabewijs nodig hadden, zich gratis laten testen. Dit bood mensen die nog geen kans hadden gehad zich volledig te laten vaccineren de gelegenheid om zonder kosten voor testen op reis te gaan. Hiermee werd voldaan aan de motie Sjoerdsma[17].

In de periode van 1 juli tot 1 oktober zijn er in totaal ruim 3,3 miljoen testen afgenomen, waarvan 1,35 miljoen antigeen en 1,95 miljoen PCR, door 21 gecontracteerde testaanbieders in het kader van het project Testen voor Reizen en de GGD. Er waren 912 testlocaties met een totaal van 1829 teststraten waar reizigers zich konden laten testen. Het bedrag dat over de hele looptijd zal worden betaald aan de testaanbieders is naar verwachting circa €135 miljoen. Dit bedrag omvat alleen de kosten van de testaanbieders, niet de totale projectkosten.

In de periode tot en met 28 oktober is in totaal circa €68 miljoen aan facturen betaald. Het controleren van de facturen is een tijdrovend proces. Dit wordt veroorzaakt doordat een aantal testaanbieders facturen niet juist heeft ingediend

[17] Kamerstukken 21 501-20, nr. 1668.

en/of onvoldoende heeft onderbouwd waardoor de betaling (nog) niet heeft kunnen plaatsvinden. De kosten van het project, inclusief operationele kosten, ICT-diensten, helpdesks, accountantscontroles etc., passen binnen het geraamde bedrag van €249 miljoen. Deze kosten zijn voorgelegd aan de Kamer in de Vijfde Incidentele Suppletoire Begroting IenW. Na volledige afronding van het project zal de Kamer worden geïnformeerd.

Wijzigingen Europese Veilige Landenlijst
De Europese lidstaten hebben op 27 oktober jl. besloten om Argentinië, Colombia, Namibië en Peru weer op de Europese lijst van veilige landen te plaatsen in het kader van het EU-inreisverbod. Zoals bij uw Kamer bekend wordt dit besluit genomen op basis van een risico-inschatting met zo objectief mogelijke criteria over de gezondheidssituatie in de betreffende landen en de daar geldende maatregelen. Er is onder andere gekeken naar het aantal nieuwe besmettingen. Dat aantal moet lager zijn dan 75 per 100.000 inwoners over een periode van 14 dagen. Ook is gekeken naar de algehele reactie op COVID-19 in de betreffende landen. Hierin worden onder andere het aantal uitgevoerde coronatests, bron- en contactopsporing en beheersmaatregelen meegenomen. Gezondheidsorganisaties zoals het ECDC en de WHO leveren daarvoor de benodigde informatie. De implementatie van dit besluit is aan de lidstaten zelf.

Het aantal besmettingen in Argentinië, Colombia, Namibië en Peru ligt onder de door de EU vastgestelde drempelwaarde. Ook is de trend ten aanzien van het aantal nieuwe besmettingen in deze landen gedaald. In dat verband heeft het kabinet besloten dat het inreisverbod naar Nederland voor reizigers met bestendig verblijf in Argentinië, Colombia, Namibië en Peru per 4 november 2021 (00.01 uur) wordt opgeheven.

10. Ventilatie

Belang van goede ventilatie
Goede ventilatie is belangrijk voor een gezond binnenklimaat en draagt bij aan het beperken van de overdracht van respiratoire infectieziekten zoals COVID-19.
In de afgelopen periode is daarom het belang van ventilatie en luchten extra onder de aandacht gebracht en opgenomen als vierde basismaatregel. Met een publiekscampagne gericht op ventilatie wordt ook tegemoet gekomen aan de toezegging aan het Kamerlid Agema om regelmatig campagnematig over ventilatie te communiceren.

Voor gebouweigenaren en gebouwbeheerders is met behulp van TNO en een aantal experts een handreiking opgesteld. Deze handreiking helpt hen om met vijf praktische tips de bestaande ventilatievoorzieningen goed te kunnen gebruiken. Op www.ventilerenzogedaan.nl en op de webpagina van de Rijksoverheid zijn deze tips, de handreiking en achtergrondinformatie te vinden. De belangrijkste toegevoegde waarde in het bewerkstelligen van een gezond binnenklimaat is aandacht voor juiste gebruik van de beschikbare ventilatievoorzieningen, zowel thuis als in publieke gelegenheden. De basismaatregel ‘frisse lucht’ en de handreiking ‘ventileren zo gedaan’ hebben dit ook als uitgangspunt: “gebruik wat je hebt en doe dat op de goede manier”. Meer informatie over de communicatie gericht op ventilatie is te vinden onder paragraaf 17 ‘Communicatie’.

Ventilatie in het onderwijs
De minister van OCW stuurt uw Kamer op 2 november, onder de naam 'Verzamelbrief moties en toezeggingen primair en voortgezet onderwijs' een brief over het verdiepend onderzoek naar ventilatie in scholen en de uitwerking van de motie van de leden Westerveld en Kuiken[18].

Onderzoek naar ventilatienormen voor infectieziektebestrijding
Om meer zicht te krijgen op de toereikendheid van de ventilatie-eisen uit het Bouwbesluit voor infectieziektebestrijding en om tegemoet te komen aan de motie van het lid Agema[19] voert het RIVM een modellering uit. Doel is om meer inzicht te krijgen in het effect van verschillende ventilatiewaarden op het beperken van aerogene transmissie van-SARS-CoV-2. Hierin worden onder meer de ventilatie-eisen uit het Bouwbesluit meegenomen. Op dit moment zijn er namelijk geen eenduidige uitkomsten bekend, waaruit de relatie tussen het niveau van ventilatie en het risico op besmetting blijkt. Daarom houden we in Nederland het advies aan om *minimaal* te voldoen aan de eisen uit het Bouwbesluit en geldende landelijke (Arbo-)richtlijnen.

Het RIVM heeft de modellering bijna afgerond en presenteert haar bevindingen met risicoschattingen in november. Daarnaast wordt gekeken welke overwegingen de basis hebben gevormd voor het opstellen van de huidige eisen uit het Bouwbesluit. Op basis hiervan wordt door de minister van BZK bekeken of verder onderzoek naar een aanpassing van de ventilatie-eisen in het Bouwbesluit met het oog op infectieziektebestrijding nodig is. Hierover zal ik uw Kamer nader informeren.

11. Testen en traceren

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

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

Spoor 1: Testen gericht op opsporen en bestrijden
Cijfers afgenomen testen
Het aantal afgenomen testen neemt sinds de eerste week van augustus (20.000 testen per dag) weer toe. In week 41 (11 t/m 17 oktober) zijn ca. 32.000 testen per dag afgenomen, in week 42 (18 t/m 24 oktober) zijn circa 35.000 testen per dag afgenomen. Met name afgelopen week 43 (25 t/m 31 oktober) was een forse stijging te zien, per dag zijn ca. 45.000 testen afgenomen. Dit heeft mogelijk te maken met het seizoenseffect en de stijging van het aantal besmettingen. In mijn vorige brief zond ik u de roadmap Q4 van de GGD-en en GGD-GHOR NL toe waarin de GGD-en aangeven dat het basispad testcapaciteit 40.000 testen per dag is. Gezien de huidige testvraag zijn de GGD-en conform de roadmap opgeschaald om de groeiende testvraag aan te kunnen. GGD-GHOR NL geeft aan dat deze opschaling vloeiend verloopt al is het vinden van het juiste personeel in de huidige arbeidsmarkt niet eenvoudig.

[18] Kamerstuk 25 295, nr. 1370.
[19] Kamerstuk 25 295, nr. 1352.

De GGD'en bezien wekelijks of opschaling of afschaling nodig is. Het uitgangspunt voor de testprognose van de eerste helft 2022 is dat de testvraag aansluit bij Q4 2021. Bij een veranderende epidemiologische situatie kan worden besloten op- of af te schalen.

Het kabinet heeft 26 oktober jl. besloten de huidige test- en traceercapaciteit van spoor 1 te verlengen tot en met eind juni 2022. Hiervoor is al een deel van de middelen beschikbaar gesteld op de begroting van het ministerie van VWS. Een aanvulling staat gereserveerd op de Aanvullende Post en deze zal spoedig (gedeeltelijk) overgeheveld worden naar de begroting van het ministerie van VWS middels een nota van wijziging op de begroting van 2022. Hoewel de immuniteitsgraad in de bevolking door vaccinatie sterk is verhoogd, circuleert het virus nog steeds en is de immuniteitsgraad nog niet hoog genoeg om oplevingen van het virus te voorkomen. We zien nu al dat de huidige opleving leidt tot een hogere zorgbelasting, gelet op de huidige cijfers van ziekenhuis- en IC-opnames. Het afgelopen jaar heeft ons geleerd dat oplevingen van het virus snel tot een grotere test- en traceerbehoefte kunnen leiden. Om goed zicht te behouden op het virus en om klaar te staan bij oplevingen van het virus, is het belangrijk dat er voldoende capaciteit is voor testen en bron- en contactonderzoek (BCO).

Dienstverleningsovereenkomsten GGD GHOR Nederland
De reguliere processen en procedures waren niet in alle gevallen toegerust op de nieuwe taken en gevraagde werkzaamheden waardoor deze zijn weerslag hebben gehad op het financieel beheer en de kwaliteit van de interne beheersing van de Stichting Projectenbureau Publieke Gezondheid en Veiligheid Nederland van GGD GHOR NL in 2020. Er is geen volledige zekerheid over de prestatielevering van gecontracteerde dienstverleners voor het uitvoeren van bron- en contactonderzoek en het Klant Contact Centrum. De accountant heeft daarvoor een oordeelonthouding bij de jaarrekening 2020 van de stichting geformuleerd. VWS heeft de nieuwe overeenkomsten in overleg met GGD GHOR Nederland aangescherpt om meer zicht te krijgen op de prestatielevering en daarmee de facturen van derden aan GGD GHOR Nederland die voortvloeien uit de DVO's. VWS voert daarnaast frequent overleg met GGD GHOR Nederland om afspraken te maken hoe de verantwoording te verbeteren.

Wettelijke taken voor GGD-GHOR NL
Aan het begin van de SARS-CoV-2 uitbraak was het noodzakelijk dat een aantal taken in het kader van de pandemiebestrijding met spoed werd uitgevoerd. Destijds is geconcludeerd dat GGD-GHOR NL namens de GGD'en als enige in staat was om deze taken met de vereiste spoedeisendheid uit te voeren. Ook in de huidige context heeft GGD-GHOR NL bewezen de aangewezen instantie te zijn om de landelijke taken in het kader van de pandemiebestrijding uit te voeren. Hierbij is meegewogen dat de landelijke pandemiebestrijding gebaat is bij een heldere, consistente en eenduidige aansturing. De GGD-GHOR NL voert deze taken altijd uit in relatie tot de wettelijke taken van de regionale GGD'en en in samenwerking met de regionale GGD'en. De betreffende taken voor GGD-GHOR NL houden immers nauw verband met de vertrouwensband tussen GGD-GHOR NL enerzijds en de regionale GGD'en en DPG-en anderzijds.

Met het bestuur van GGD-GHOR NL heb ik de afspraak gemaakt dat de stichting via de eenzijdige opdracht van mijn kant op grond van de Wpg aan de voorzitters van de veiligheidsregio's, met ingang van 1 januari 2022 belast wordt met de betrokken werkzaamheden. Daarmee wordt de GGD-GHOR NL krachtens de wet een rechtspersoon met een wettelijke taak. Hierdoor kan het ministerie van VWS de GGD-GHOR NL voor de landelijke taken die zij voor de pandemiebestrijding uitvoert, rechtmatig financieren.

Ik zal samen met de GGD-GHOR NL vaststellen wat voor het jaar 2022 precies onder werkzaamheden op landelijk niveau valt en hoe de controle en verantwoording hierover zal plaatsvinden. Hierover zal ik uw Kamer informeren.

Spoor 2 – om de samenleving stapsgewijs te openen
Spoor 2a: testen ten behoeve van een coronabewijs
In mijn stand van zakenbrief van 14 september jl. kondigde ik aan dat op 11 oktober 2021 zou worden overgestapt naar een nieuwe Open House regeling van Stichting Open Nederland (SON)[20]. Deze nieuwe open house regeling houdt in dat SON op een andere manier dan voorheen de testcapaciteit heeft gecontracteerd. Vanaf 11 oktober jl. mogen alle testaanbieders die voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen en aansluitvoorwaarden testcapaciteit leveren voor het testen voor een coronatoegangsbewijs tegen een vaste prijs per test. Met deze nieuwe regeling wordt een groter deel van de markt benut en wordt niet meer vergoed voor het louter paraat stellen van testcapaciteit.

Tot op heden zijn 38 inschrijvingen van testaanbieders goedgekeurd door SON en deze testaanbieders zijn toegelaten tot het aansluitproces van SON. Afspraken bij testaanbieders zijn te boeken na goedkeuring en aansluiting van de testaanbieder door zowel SON als het ministerie van VWS. Enkel wanneer een testaanbieder kan aantonen dat aan alle privacy- en kwaliteitseisen en afspraken is voldaan, worden de locaties van de testaanbieder toegevoegd aan het totaal aantal te boeken testlocaties. Op 11 oktober waren dit 11 testaanbieders, inmiddels zijn 21 verschillende testaanbieders volledig aangesloten. Dit alles heeft geleid tot een toename in het aantal testlocaties van ruim 120 op 10 oktober jl. naar 614 testlocaties verspreid door heel Nederland.

Als gevolg van de nieuwe open house regeling is de fijnmazigheid, zoals verwacht, toegenomen. De kanttekening hierbij is wel dat hierop minder sturing kan worden uitgevoerd. Testaanbieders zijn vrij zich te vestigen waar en wanneer zij dat willen en daarom is het niet ondenkbaar dat testaanbieders wegens bedrijfseconomische redenen testlocaties kunnen terugtrekken. In enkele gevallen zou dit kunnen leiden tot een langere reistijd dan de 30 minuten waar de Kamer om heeft verzocht middels de motie Van der Plas (BBB)[21]. Op dit moment is het voor vrijwel heel Nederland mogelijk om zich te laten testen binnen een reistijd van 30 minuten. Wanneer de reistijd in een bepaalde regio zal toenemen tot langer dan 30 minuten, dan zal SON doorlopend een actieve rol als marktmeester innemen door de testvraag en -aanbod met elkaar te verbinden en partijen daarbij binnen de kaders van de open house te ondersteunen en motiveren. Concreet betekent dit dat zij de markt informeren over enerzijds de testbehoefte en anderzijds de

[20] Kamerstuk 25295, nr. 1446.
[21] Kamerstuk 25295, nr. 1446.

testlocaties en/of door als makelaar op te treden en gesprekken aan te gaan met zowel gemeenten als testaanbieders. Ook deelt SON historische data en actuele informatie om de markt beter in staat te stellen testcapaciteit af te stemmen op de testvraag.

Met bovenstaand maatregelen pakket zal de testvraag mogelijk toenemen. Ik verwacht dat dit spoedig door de markt geaccommodeerd kan worden, waarbij het opschalen voor de testaanbieder uiteraard enige tijd kan kosten. Hierdoor kan tijdelijk lokale krapte ontstaan.

Handhaving en naleving coronatoegangsbewijs
Voor een kabinetsreactie van het 128e OMT-advies ten aanzien van de handhaving en naleving van het CTB verwijs ik u naar de brief die door de minister van J&V op 2 november aan uw Kamer wordt verzonden.

Terugblik SON tot 11 oktober
Sinds 11 oktober jl. is het Testen voor Toegang in een nieuwe fase terecht gekomen. Daarom blik ik graag terug op de inzet van Stichting Open Nederland sinds de start van Testen voor Toegang.

In het najaar van 2020 nam de pandemie een vlucht waardoor nieuwe beperkende maatregelen moesten worden afgekondigd. Zowel maatschappelijke[22] als politiek[23] werd gevraagd om door inzet van sneltesten te zorgen dat mensen weer veiliger toegang kregen. Daartoe is Stichting Open Nederland opgericht. SON kreeg een kwartiermakerfunctie en later een coördinerende functie om een landelijk dekkend netwerk van beschikbare testcapaciteit via marktpartijen te realiseren ten behoeve van Testen voor Toegang. Het kabinet heeft besloten om SON de opdracht te geven om de testinfrastructuur te realiseren, waaronder testafname, genereren van de uitslagen in een ICT-systeem en de koppeling van de testuitslag aan het testbewijs mogelijk te maken.[24]

De opbouw van het landelijke netwerk voor Testen voor Toegang is gefaseerd gegaan. Van de eerste kwartiermakersfase in februari 2021 tot en met de volledige opbouw van de antigeenteststraten die in hoogtijdagen een capaciteit hadden tot 225.000 testen gemiddeld per dag met een mogelijke piekbelasting van 360.000 testen per dag. Deze capaciteit kon worden behaald met gecontracteerde testaanbieders, de exploitatie door SON van de acht XL-testpaviljoens. De opbouw van de testcapaciteit is zo snel en zorgvuldig als mogelijk gebeurd. Hierbij moest rekening worden gehouden met een enerzijds lage testvraag – voordat de tijdelijke wet coronatoegangsbewijzen van kracht ging en anderzijds het mogelijk maken van politieke besluitvorming, door het tijdig klaar staan met opgeschaalde capaciteit. Deze opbouw heeft uiteindelijk geleid tot meer dan 120 testlocaties op 10 oktober jl. door heel Nederland, waarbij het voor

[22] VNO-NCW. 7 november 2021. https://www.vno-ncw.nl/nieuws/ingrid-thijssen-testsamenleving-biedt-nederland-uitweg-uit-coronacrisis
[23] Initiatiefnota van de leden Klaver en Kröger over de tijdelijke testsamenleving, 27 november 2020. https://groenlinks.nl/sites/groenlinks/files/2020-11/Initiatiefnota%20tijdelijke%20testsamenleving%20%281%29.pdf
[24] Kamerstuk 25295, nr. 995.

alle Nederlanders mogelijk was om binnen 30 minuten reistijd bij een testlocaties te zijn. Over de opbouw van de testcapaciteit voor Testen voor Toegang, heb ik uw Kamer geïnformeerd.

Het overgaan op de open house per 11 oktober maakte dat ook alle acht XL-testpaviljoens die sinds medio juni zijn gebouwd op 11 oktober, gesloten konden worden. De XL- testpaviljoens in Den Bosch en Zwolle waren overigens eind augustus al afgebouwd. Deze XL-testpaviljoens waren initieel bedoeld om innovatieve testmethoden zoals de niet-invasieve ademtest en de snelle, sensitieve LAMP-test te kunnen faciliteren. Helaas heb ik, op basis van de adviezen van het OMT en de LCT, moeten besluiten om de ademtest en LAMP-test niet in te zetten voor Testen voor Toegang. Daarom zijn in de XL-testpaviljoens uiteindelijk alleen reguliere antigeensneltesten gebruikt tussen 25 september en 11 oktober.[25]

De hierboven beschreven testcapaciteit is gerealiseerd om een aantal sectoren eerder te kunnen openen door het gebruik van Testen voor Toegang ten behoeve van het coronatoegangsbewijs. In de periode van februari tot eind augustus 2021 zijn er in totaal ruim 1.7 mln. testen uitgevoerd. Binnen deze periode golden er verschillende maatregelen. Tussen augustus en 11 oktober zijn nog eens circa 767 duizend testen afgenomen. Daarvan zijn er ruim 22 duizend in de XL teststraten afgenomen.

Testen voor Toegang
Testen voor Toegang heeft er voor gezorgd dat Nederland eerder van het slot kon gaan. Sinds 5 juni jl. konden ondernemers door Testen voor Toegang eerder in staat gesteld worden om weer meer te ondernemen dan zonder Testen voor Toegang mogelijk was. Mede hierdoor kon ook worden begonnen aan het afbouwen van de steunpakketten. Ook konden bezoekers door Testen voor Toegang weer gebruik maken van alle activiteiten die plaats konden vinden binnen de geldende maatregelen. Op diverse momenten heeft de LCT stuurgroep toegangsbewijzen aan SON gevraagd om de testcapaciteit vooraf te vergroten om het zo mogelijk te maken dat besluiten over de maatregelen ook snel konden ingaan. Bij de totstandkoming van de opdracht aan SON ging het kabinet nog uit van een maximale begroting van 1,1 mld. tot eind augustus. [26] [27] In deze begroting zijn onder de kosten voor de werkzaamheden van Stichting Open Nederland, de vaste lasten voor het ter beschikking stellen van de testcapaciteit door testaanbieders, de variabele lasten voor betaling aan de testaanbieders afhankelijk van het aantal afgenomen testen en de uitgaven aan de opbouw van XL-testpaviljoens opgenomen. Later kon het budget voor Stichting Open Nederland en de gecontracteerde testaanbieders naar beneden worden bijgesteld naar tussen de €500 miljoen en €700 miljoen voor diezelfde periode. [28] Inmiddels is duidelijk dat ook dit bedrag naar beneden bijgesteld kan worden. De begroting bedraagt nu 357 miljoen.

In dit budget zit ook de begroting van de acht XL-testpaviljoens voor het Testen voor Toegang. Deze was origineel begroot op ca €30,8 miljoen gedurende vijf

[25] Kamerstuk 25295, nr. 1422.
[26] Handelingen II 2020/21, nr. 69, debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus.
[27] Kamerstuk 25295, nr. 1131.
[28] Kamerstuk 35 804, nr. 57.

maanden. Dat is nu bijgesteld naar ca €23,5 miljoen. De exploitatie werd vergoed via SON voor een vaste prijs per test.

De daadwerkelijke uitgaven voor Testen voor Toegang worden bepaald op grond van nacalculatie. In het jaarverslag van mijn ministerie zal ik inzichtelijk maken wat de definitieve kosten voor spoor 2a in 2021 zijn geweest.

Appreciatie Testen voor Toegang tot heden en toekomstvisie
Op 11 oktober jl. werd de nieuwe systematiek geïntroduceerd waardoor vraag en aanbod steeds beter op elkaar aansluiten. Hierdoor worden de financiële middelen doelmatiger besteed. Indien de maatregelen ertoe leiden dat meer testvraag ontstaat, kan de markt daarop inspelen.

Verlenging geldigheidsduur herstelbewijs voor nationaal gebruik
Naar aanleiding van het 127e OMT-advies[29] heb ik besloten om de uiterlijke geldigheidsduur van een coronatoegangsbewijs op basis van een in Nederland uitgegeven herstelbewijs te verlengen van 180 naar 365 dagen. De basis voor dit besluit ligt in recente wetenschappelijke inzichten over de duur van de natuurlijke immuniteit die ontstaat na een doorgemaakte infectie. Deskundigen ondersteunen de aanname dat deze immuniteit langer aanhoudt dan eerst was aangenomen. Net als bij vaccinatiebewijzen bestaat ook bij herstelbewijzen de mogelijkheid dat iemand toch positief test. mensen moeten dan hun eigen verantwoordelijkheid nemen en in isolatie gaan. Hiermee voldoe ik aan de toezegging aan het lid Van Haga tijdens het Begrotingsbehandeling van het ministerie van VWS om uw Kamer op zo kort mogelijke termijn te informeren over de geldigheidsduur van een herstelbewijs.

Dit besluit heeft consequenties voor een buitenlands DCC herstelbewijs dat is afgegeven in een ander Europees land dan Nederland. Het herstelbewijs dat verkregen is uit een DCC, heeft voor alle Europeanen een geldigheid van uiterlijk 180 dagen na afname van de positieve PCR-test. Voor de meeste landen verloopt daarna de QR-code. Het gevolg is dat het technisch niet mogelijk is om deze daarna te gebruiken. Een bezoeker uit een andere lidstaat kan daarom tussen dag 180 en dag 365 zijn DCC-herstelbewijs niet gebruiken voor een coronatoegangsbewijs. Ik onderschrijf het belang van een gelijke behandeling tussen Nederlanders en andere EU burgers, doch accepteer ik dat dat in deze niet kan. Ik ga mij er in EU verband wel hard voor maken dat in de verordening een herstelbewijs naar 365 dagen verlengd wordt.

De geldigheid van het in Nederland afgegeven DCC herstelbewijs, waarmee gereisd kan worden, blijft overigens onveranderd tot 180 dagen na de positieve PCR-test geldig. Dit is conform EU regels.

Inzet serologie ten behoeve van een coronatoegangsbewijs
Het kabinet heeft met betrekking tot de inzet van serologie voor een coronatoegangsbewijs besloten het OMT te volgen in haar 127e advies. Ik had graag - zoals ik ook eerder, mede naar aanleiding van de motie van het lid Pouw-Verweij c.s., met uw Kamer besprak - serologie mogelijk gemaakt als middel om een herstelbewijs te krijgen. Het OMT adviseerde echter in haar vorige advies om

[29] 127e advies Outbreak Management Team | Brief | Rijksoverheid.nl

serologie niet in te zetten voor het coronatoegangsbewijs omdat:

1. Met een serologische test het tijdstip van infectie niet is vast te stellen, derhalve kan geen termijn aan het CTB worden gekoppeld.
2. Een grote diversiteit aan antistoftesten bestaat. De meest sneltesten zijn ongeschikt of niet gevalideerd om een kwantitatieve waarde te geven waarmee beoordeeld kan worden in hoeverre antistofniveaus vergelijkbaar zijn met waarden die gevonden worden bij recent geïnfecteerde of gevaccineerde personen.
3. Er geen internationaal geaccepteerde afkapwaardes (*correlate of protection*) bekend zijn tussen het aantonen van de antistoffen en de mate van bescherming.

Ook de EU heeft recentelijk bevestigd dat er op dit moment voor het DCC geen rol voor serologische testen is. Zowel nationaal als op EU niveau wordt dus aangegeven dat het niet logisch zou zijn om serologie in te zetten om via een herstelbewijs een coronatoegangsbewijs te krijgen. Hiermee heb ik dus wel voldaan aan de motie van het lid Pouw-Verweij c.s. om mij in te zetten voor de snelle toelaatbaarheid van serologische testen, zoals deze als grond voor een herstelbewijs kunnen gelden.[30] Maar moet ik desondanks besluiten dat serologie nu geen plek krijgt in dit systeem. Mocht de stand van de wetenschap veranderen, dan zal ik mij opnieuw beraden. Wel is het zo dat iedereen die positief getest is geweest bij een commerciële testaanbieder was, sinds half oktober ook een herstelbewijs als toegangstest in de app op kan halen, welke dan 365 dagen geldig is.

<u>Onderbouwing geldigheidsduur testbewijs</u>
Graag kom ik tegemoet aan mijn toezegging aan het lid Van Haga om te kijken wat er voorhanden is over de risico's van een geldigheidsduur van 24 uur, 48 uur en 72 uur ten behoeve van een testbewijs. Het lid Van Haga verwijst naar de praktijk in andere landen, maar het is van belang om onderscheid te maken tussen de geldigheidsduur bij testen voor reizen, en bij testen voor toegang. In Nederland is de maximale geldigheidsduur voor toegang 24 uur, en voor inreizigers 48 uur. Dat onderscheid wordt ook in andere landen gehanteerd. Zo is de geldigheidsduur van het Belgische Safe Ticket voor toegang 24 uur voor antigeentesten en 48 uur voor PCR-testen, en is dat voor reizen respectievelijke 48 en 72 uur. Voor Duitsland gelden dezelfde inreisbeperkingen, en is het testbewijs voor toegang in de meeste deelstaten korter.

In het 122e advies, heeft het OMT ook geadviseerd over de geldigheidsduur van de testen, naar aanleiding van de besmettingspiek in juli. De clusterrapportages van afgelopen zomer laten zien dat, ook toen de deltavariant al volop in Nederland rondwaarde, een derde van de ruim 1000 besmette bezoekers hoogstwaarschijnlijk al besmet was bij aankomst op het evenement. Ondanks Testen voor Toegang. Dit was voor een deel ter verklaren door de geldigheidsduur van 40 uur tot het begin van een activiteit.

Op basis van de ervaringen in de zomer is besloten om de geldigheidsduur van een antigeensneltest te verkorten tot maximaal 24 uur vanaf de testafname tot aanvang van een evenement. Met een geldigheidsduur van een negatieve

[30] Kamerstuk 25 295, nr. 1436.

antigeensneltest van 72 uur zijn geen ervaringen opgedaan, maar lijkt op basis van de ervaringen met een geldigheidsduur van 40 uur met de huidige epidemiologische situatie niet verstandig. Hiermee voldoe ik aan mijn toezegging aan het lid Van Haga om te kijken wat er voor handen is over de risico's rondom een 24 uur, 48 uur en 72 uur geldigheidsduur van een testbewijs.

Amendement Bikker - Uitzonderingsroute voor mensen die zich om geestelijke of lichamelijke redenen niet kunnen laten testen en niet gevaccineerd zijn
Ten eerste spreek ik mijn dank uit aan die mensen die mij op de hoogte hebben willen brengen van de effecten die de inzet van coronatoegangsbewijzen heeft op hun welbevinden of dat van hun naasten. Ik heb er groot begrip voor dat dit voor een aantal mensen heel ingrijpende consequenties heeft. En het is het kabinet er veel aangelegen om ook voor hen een oplossing te vinden. Het coronatoegangsbewijs is er immers om, zoveel als kan, mogelijk te maken voor zo veel mogelijk mensen, op een zo veilig mogelijke manier. Zodat ook de mensen die niet gevaccineerd zijn of een verminderde respons hebben op het vaccin, zich ook zo veilig als mogelijk is in de maatschappij kunnen begeven.

Wij zoeken daarom naar de beste manier om mensen die niet op een van de drie gebruikelijke routes een toegangsbewijs kunnen verkrijgen, hiervoor uit te zonderen. Mede hierom heb ik in samenwerking met de GGD Regio Utrecht een pilot gestart. Mensen die zich eerder bij het ministerie van VWS hebben gemeld, omdat zij aangaven niet getest en niet gevaccineerd te zijn, konden deelnemen aan de pilot. Pas als we beter begrijpen waarom deze mensen niet getest en niet gevaccineerd kunnen worden, kunnen we een procedure beschrijven waarmee voor deze groep een uitzondering kan worden gemaakt. Het is belangrijk te beseffen dat iemand met een uitzonderingsbewijs daarmee niet beschermd is tegen besmetting en het virus ook aan andere ongevaccineerde mensen of mensen met een verminderde respons op het vaccin kan doorgeven.

Uit tussentijdse evaluaties met de GGD Regio Utrecht blijkt dat de mensen die hiervoor in aanmerking lijken te komen, lijden aan zeer uiteenlopende lichamelijke of geestelijke aandoeningen. Uit de gesprekken die wij hebben gehad met medische experts, lijkt het om enkele honderden mensen te gaan. Ervaringen uit de pilot ondersteunen verder het idee dat een uitzondering alleen te geven is op basis van een medische verklaring. Door de onderliggende verscheidenheid van oorzaken is het nog niet mogelijk gebleken om een toetsingsprocedure te vinden voor een verzoek tot uitzondering voor testen. Over de opgedane inzichten van de pilot wordt op dit moment overlegd met onder andere (koepels van) artsen om tot een oplossing te komen voor mensen die anders tussen wal en schip dreigen te vallen. De doelgroep van deze pilot is mensen die niet getest en niet gevaccineerd kunnen worden, daarom wordt de allergische reactie op een vaccinatie buiten beschouwing gelaten. In de paragraaf Vaccinaties ga ik daar dieper op in. Mijn streven is om zo spoedig mogelijk tot een definitieve oplossing te komen.

Spoor 2c: preventief testen in het onderwijs
Het preventieve zelftestbeleid voor leerkrachten in het primair onderwijs (po) en voor leerlingen, studenten en personeel in het voortgezet (speciaal) onderwijs, middelbaar beroepsonderwijs (mbo) en hoger onderwijs (ho) is na de zomervakantie gecontinueerd voor personen die als 'niet-immuun' worden beschouwd door vaccinatie of doorgemaakte infectie. Het OMT heeft na haar 128e

bijeenkomst geadviseerd het huidige preventieve zelftestbeleid in het primair en voortgezet onderwijs te continueren. In het eerdere 126e OMT advies werd reeds geadviseerd om vooralsnog het preventieve zelftestbeleid in alle onderwijslagen te continueren. Gezien de oplopende infectiedruk zal deze winter het huidige preventieve zelftestbeleid voor personen die als niet-immuun worden beschouwd daarom voor alle onderwijssectoren worden gecontinueerd tot het epidemiologisch beeld aanleiding tot wijziging geeft.

In de distributie van zelftesten naar onderwijslocaties is voor alle sectoren overgegaan naar een *pull*-systeem: het enkel op aanvraag distribueren van zelftesten. Hierdoor krijgen onderwijsinstellingen meer regie op hun voorraden. In de periode tussen 6 september jl. en 22 oktober jl. zijn circa 8 miljoen zelftesten uitgeleverd aan onderwijsinstellingen en individuen. Het ministerie van OCW zal daarom evalueren of de huidige distributiesystemen (IPKD en SURF) nog doeltreffend zijn voor het preventieve zelftestbeleid in het onderwijs of dat hierin wijzigingen nodig zijn.

In de stand van zakenbrief van 18 juni jl. informeerde ik uw Kamer over de start van een onderzoek naar de monitoring van het gebruik van zelftesten in het onderwijs en de kinderopvang. In dit onderzoek werden ook gedrag en motivatie meegenomen. De minister voor Basis- en Voortgezet Onderwijs en Media heeft de onderzoeksresultaten op 8 oktober jl. reeds met uw Kamer gedeeld. Hiermee beschouw ik deze toezegging als afgedaan.[31]

Zelftesten
Cijfers zelftesten
Bij een positieve testuitslag krijgen mensen het advies om bij de GGD een confirmatietest te doen. Tijdens de technische briefing van 18 augustus jl. bent u al geïnformeerd dat een groot deel van het aantal positieve testen bij de GGD een confirmatietest van een zelftest betrof. Er is wederom een stijging te zien in het aantal confirmatie testen (van de zelftest) die worden afgenomen bij de GGD. In week 42 werden circa 2.560 confirmatietesten per dag uitgevoerd waarvan 90% positief bleek. In week 43 werden circa 3.600 confirmatietesten per dag uitgevoerd waarvan 88% positief bleek. Het aandeel positieven voortkomend uit een confirmatietest ten opzichte van het totaal aantal positieven is circa 45%. Het is en blijft van groot belang is om snel na een positieve zelftest een confirmatietest te doen bij de GGD, zodat het BCO gestart kan worden.

Resultaten zomeroffensief
In de stand van zakenbrief van 14 september jl. informeerde ik uw Kamer over de bewustwordingscampagne van afgelopen zomer die erop gericht was om de noodzaak van testen en de meerwaarde van zelftesten extra onder de aandacht te brengen. Ondertussen is het zomeroffensief ten einde en kan ik de resultaten met uw Kamer delen.

- Huishoudens. Tot en met 1 oktober jl. konden huishoudens, als onderdeel van deze bewustwordingscampagne, twee zelftesten bestellen. In totaal hebben hier ruim 3.4 miljoen huishoudens gebruik van gemaakt. Dit is overeenkomstig aan een responsepercentage van 42,77%. De totale

[31] Kamerstuk 35 925, nr. 14.

kosten van het traject zijn binnen het budget van ISB9 en ISB10 gebleven.
- Terugkerende reizigers. Tot en met 30 september werden op Nederlandse luchthavens zelftesten verspreid door werknemers van de lokale GGD'en. In totaal zijn circa 2.2 miljoen zelftesten via de verschillende luchthavens verspreid. De totale kosten van het traject zijn binnen het verkregen budget gebleven.
- (Jongeren)camping. Op verzoek van een aantal lokale GGD'en zijn circa 6.000 zelftesten beschikbaar gesteld voor preventief gebruik op jongerencampings.

De totale kosten van het zomeroffensief zijn lager uitgevallen dan de € 20 miljoen die ik bij de negende incidentele suppletoire begroting aan uw Kamer had medegedeeld.

Aanvullend is een analyse gemaakt op basis van het totaal aantal huishoudens dat via www.zelftestenbestellen.nl zelftesten hebben aangevraagd. De analyse laat een aantal dingen zien:

1. Het percentage aanvragen in het zuiden van Nederland ligt hoger dan het percentage aanvragen in het noorden van Nederland.
2. Het percentage aanvragen in de grotere steden is lager dan gemiddeld.
3. De doelgroepen die relatief weinig aanvragen plaatsen (ten opzichte van het gemiddelde) werden veelal ook via andere routes voorzien van zelftesten zoals via school of de Voedselbank.
4. De doelgroepen die relatief veel aanvragen plaatsen (ten opzichte van het gemiddelde) werden veelal niet via andere routes voorzien van zelftesten.

Begeleid zelftesten

In mijn stand van zakenbrief van 18 juni jl. informeerde ik uw Kamer reeds over de invulling van de motie over 'onderzoek naar het gebruik van zelftesten voor toegang' van het lid Paternotte en het lid Westerveld. Sindsdien is verder gewerkt aan de mogelijke inzet van begeleid zelftesten voor toegang. Naar aanleiding van het eindrapport 'Afwegingsmatrix begeleid zelftesten'[32] en het vervolgadvies van de werkgroep zelftesten voor toegang[33], acht ik drie opties kansrijk. Deze opties zijn een aanvulling op het testlandschap en kunnen een oplossing bieden voor bepaalde situaties en doelgroepen, met name wanneer de reistijd naar een testlocatie toeneemt.

De drie kansrijke opties zijn: digitaal begeleid zelftesten, fysiek begeleid zelftesten in de thuisomgeving en fysiek begeleid zelftesten op een (test)locatie. De meerwaarde van deze opties liggen bij elke afzonderlijke optie net anders en daarom heb ik besloten om de drie opties uit te werken in drie pilots. De optie digitaal begeleid zelftesten biedt met name mogelijkheden voor lange reistijden en witte vlekken. Tevens kan met het opzetten van deze pilots lessen worden geleerd die een bijdrage kunnen leveren aan de invulling van de motie[34] Van der Plas (BBB) die oproept om zorg te dragen dat mensen binnen een half uur reistijd een test kunnen afnemen. De optie fysiek begeleid zelftesten in de thuisomgeving

[32] Bijlage rapport Deloitte.
[33] Bijlage vervolgadvies werkgroep zelftesten voor toegang.
[34] Kamerstuk 25 295, nr. 1446.

biedt met name mogelijkheden voor de doelgroep van amendement Bikker[35] over een uitzondering van de testplicht voor personen met een beperking of ziekte. Tot slot biedt de optie fysiek begeleid zelftesten op een (test)locatie mogelijkheden voor meerdaagse festivals en/of grote evenementen. De planning is om de pilots binnen enkele weken te starten. Over de resultaten van de pilots zal ik uw Kamer te zijner tijd informeren.

Om deze pilots mogelijk te maken, is een wijziging van de Trm nodig, dit zal voorafgaand aan de start van de pilots dienen te worden gerealiseerd en ter nahang aan uw Kamer worden aangeboden. Er zullen geen andere persoonsgegevens verwerkt worden dan dat nu al in de Trm zijn opgenomen. De Trm zal op dat punt dus niet worden aangepast. Het starten van deze pilots betekent uiteraard niet automatisch dat dit beleid na afloop ook volledig uitgerold zal worden. Hierover zal aparte besluitvorming plaatsvinden.

Toezicht op testen
De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) sluit met haar toezicht aan bij het continue veranderende testlandschap. Daarom is de inspectie de afgelopen maanden doorgegaan met het bezoeken van testaanbieders. De inspectie kijkt tijdens deze bezoeken naar de kwaliteit en de veiligheid van het testen. Het gaat dan onder meer om het volgens de gebruiksaanwijzing uitvoeren van de test, infectiepreventie op de locatie en duidelijke afspraken over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de testaanbieder, de betrokken arts en opdrachtgever zoals Stichting Open Nederland.

De algemene bevindingen van het toezicht op testen zijn positief; er zijn locaties van goede kwaliteit opgezet. De inspectie ziet ook kwetsbaarheden. Bij bezoeken aan sommige locaties zagen inspecteurs dingen die dringend verbeterd moesten worden. De meeste testaanbieders pakken deze verbeterpunten goed op. Wanneer dit onvoldoende gebeurt gaat de inspectie met de aanbieder in gesprek, op het kantoor van de IGJ of op locatie. Ook legt de inspectie controlebezoeken af en treedt waar nodig handhavend op.

De inspectie ondersteunt initiatieven die mogelijk een bijdrage kunnen leveren aan het vergroten van de capaciteit van het testen en het draagvlak hiervoor, zoals het begeleid zelftesten. De inspectie toetst of producten voldoen aan de productwetgeving en of het uitvoeren hiervan goed en veilig gebeurt. Tot slot vraagt de inspectie aandacht voor het feit dat bij het nadenken over de inrichting van het testlandschap er ook oog moet zijn voor de kwaliteit en veiligheid van het testen.

Governance Test- en Traceerketen
LCT
Eind juni heeft de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit (LCT) de stuurgroep 'overgangsfase' opgericht. De stuurgroep had als opdracht te adviseren over de inrichting van de testcapaciteit in de overgangsfase van de pandemische fase naar de endemische fase, waaronder ook de governance structuur. In mijn stand van zakenbrief van 14 september jl. informeerde ik uw Kamer over het eerste resultaat van deze opdracht welke zag op aanpassingen die in september nog moesten worden doorgevoerd. Voor het tweede deel van de

[35] Kamerstuk 35 807, nr. 30.

opdracht heeft de stuurgroep gekeken naar mogelijkheden voor optimalisatie van de testketens (spoor 1 en spoor 2), de mogelijkheden voor integratie hiertussen en naar de governance structuur van de LCT. Het LCT heeft de uitgebrachte adviezen overgenomen en aan mij doen toekomen.

Voordat besluitvorming kan plaatsvinden op de integratie van testketens wordt eerst – conform het advies van de LCT – op een aantal onderdelen een uitvoeringstoets uitgevoerd.

Het advies over de governance structuur van de LCT kon wel meteen worden geïmplementeerd. De LCT behoudt haar functie als coördinatiestructuur maar de rol van onafhankelijk voorzitter is komen te vervallen. Het voorzitterschap is thans belegd binnen het ministerie van VWS.
De LCT blijft bestaan uit een gelijkwaardige afvaardiging van vertegenwoordigers van het ministerie van VWS en de verschillende uitvoerende organisaties en kennispartijen, te weten GGD, GGD-GHOR NL, Stichting Open Nederland (tot maximaal eind februari), Dienst Testen, RIVM, IGJ. Andere departementen zijn agendalid.

De implementatie van dit advies maakt dat de opdracht van de huidige onafhankelijk voorzitter, de heer Van Lint, ten einde is. Onder leiding van zijn voorzitterschap en met de inzet van alle partijen in de LCT, zijn in deze periode vele resultaten behaald. Bovenal is voldaan aan de kern van de opdracht, namelijk "de vorming en borging van een stevige governance op de testketen, een duidelijke regie op de samenwerking en een gecoördineerde, tijdige en adequate uitvoering van het nationale testbeleid". Voor zijn inzet bij het uitvoeren van deze opdracht en alle ontwikkelingen die daarbij zijn komen kijken, wil ik de heer Van Lint heel hartelijk danken.

<u>DOTT</u>
Op 7 oktober jl. heeft de LCT de regiegroep Digitale Ondersteuning Test- en Traceerketen (DOTT) decharge verleend. De regiegroep DOTT was een samenwerking tussen het ministerie van VWS, GGD-GHOR NL en het RIVM. DOTT is eind 2020 ingesteld naar aanleiding van de risicoanalyse[36] naar de covid-gerelateerde datastromen.[37] De regiegroep DOTT had als opdracht de digitale ondersteuning van de ketens rond testen en traceren te verbeteren. Dit hield onder meer in dat de regiegroep DOTT regie moest voeren op het huidige digitale landschap ter ondersteuning van testen en traceren, die bij zou moeten dragen aan een betrouwbare, schaalbare en veilige IT-infrastructuur van de ketens rond testen en traceren.

Eind januari 2021 heeft een datadiefstal plaatsgevonden in de coronasystemen van de GGD'en. GGD-GHOR NL was, mede namens de GGD'en, deelnemer aan de regiegroep. In mijn brief van 2 februari 2021 heb ik uw Kamer gemeld welke korte termijnacties moesten worden uitgevoerd om te voorkomen dat er opnieuw een

[36] Kamerstuk 27529, nr. 252.
[37] Kamerstuk 25295, nr. 713.

datadiefstal zou kunnen plaatsvinden.[38] De regiegroep DOTT heeft daarin een belangrijke rol gespeeld door mij via de LCT te informeren over de realisatie van de verbeteringen in de keten.

De afgelopen maanden heb ik uw Kamer geïnformeerd over de voortgang op de verbeteringen in de informatievoorziening van de infectieziektebestrijding onder regievoering van de regiegroep DOTT. In de brief van 2 februari jl. heb ik aangekondigd dat de regiegroep DOTT actief aan de slag zou gaan met het opstellen en monitoren van de uitvoering van een ketenbreed verbeterplan. Daarnaast heb ik een externe audit op de maatregelen aangekondigd om mijzelf en de ketenpartners ervan te vergewissen dat de voorgestelde maatregelen uit het verbeterplan ook zouden leiden tot een verkleining van de kans op een volgende datadiefstal.

In mijn brief van 12 februari jl. meldde ik uw Kamer dat het verbeterplan fase 1 'de basis op orde' in concept was vastgesteld in de LCT. Ook heeft de LCT besloten op advies van de regiegroep DOTT tot het laten uitvoeren van een Gateway Review.[39] In mijn brief van 23 februari jl. informeerde ik uw Kamer onder meer over de definitieve vaststelling van het verbeterplan fase 1 waarin onder andere wordt vastgesteld dat HPZone en HPZone Lite versneld moeten worden vervangen. Een opdracht voor de vervanging van deze systemen meldde ik aan uw Kamer in mijn brief van 23 maart jl.[40] Daarnaast meldde ik dat een externe audit bij GGD-GHOR NL was gestart om objectief vast te stellen of de door regiegroep DOTT voorgestelde maatregelen daadwerkelijk waren genomen. Daarnaast werd er gekeken naar cultuuraspecten in de organisatie. In mijn brief aan uw Kamer van 11 mei jl. deelde ik de conclusies van het Gateway Review rapport en de daaruit voortvloeiende acties.[41] Het accent van het eindrapport lag op de aanpak, ketenbrede acties en rolverdeling van ketenpartners die nodig zijn om tot een duurzame ketensamenwerking te komen. De kleurcode van dit rapport was oranje-rood, wat inhield dat dringende maatregelen nodig waren om de gevonden knelpunten in de keten weg te nemen en invulling te geven aan een middellange en lange termijnaanpak.

Naast de rapportage van Bureau Gateway werd het auditrapport dat in de stand van zakenbrief van 2 februari jl. was aangekondigd opgeleverd. Het rapport stelt dat de genomen maatregelen voor een belangrijk deel waren uitgevoerd. Het rapport wijst verder op een aantal aandachtspunten en benoemt het belang van de vervanging van HPZone en HPZone Lite. Deze vervanging was reeds in gang gezet. In de brief van 18 juni jl. liet ik uw Kamer weten dat eind mei is gestart met het verbeterplan fase II dat de resultaten van fase I monitort en de test- en traceerketen verder verstevigt door middel van no-regret maatregelen. Vanaf halverwege juli werd gestart met de implementatie van GGD Contact ter vervanging van HPZone Lite. Op 6 juli meldde ik uw Kamer dat de acute risico's uit de verbeterplannen waren gemitigeerd.[42]

[38] Kamerstuk 27529, nr. 235.
[39] Kamerstuk 27529, nr. 258.
[40] Kamerstuk 25295, nr. 1063.
[41] Kamerstuk 25259, nr. 1179.
[42] Kamerstuk 25 295, nr. 1356.

Inmiddels kan ik melden dat de implementatie van GGD Contact ter vervanging van HPZone Lite over alle GGD'en is gestart en dat alle GGD'en GGD Contact in gebruik hebben genomen.

Eind augustus heeft GGD-GHOR NL mij op de hoogte gesteld van de resultaten van de cultuuraudit[43] bij GGD'en en andere partnerorganisaties. In het onderzoek is gekeken naar de klacht- en meldprocedures voor het melden van vier verschillende type meldingen en klachten, zowel door medewerkers (interne meldingen) als door cliënten (externe klachten). Het onderzoek richtte zich op de 25 GGD'en en hun 17 partnerorganisaties, die in opdracht van de GGD'en werkzaamheden uitvoeren in het kader van de bestrijding van het coronavirus. Dit onderzoek concludeert dat bij alle GGD'en de vereiste functionarissen zijn aangesteld en klacht- en meldprocedures zijn opgesteld. Nog niet in alle gevallen voldoen deze aan de wettelijke vereisten, wat mede veroorzaakt wordt doordat er twee regimes op de GGD van toepassing zijn. Ten aanzien van de partnerorganisaties stelt het onderzoek dat niet alle partnerorganisaties klacht- en meldprocedures hebben vastgesteld. Wettelijk gezien zijn partnerorganisaties niet verplicht klachtenprocedures vast te stellen, maar dit wordt wel als wenselijk beschouwd. De onderzoekers adviseren dat de GGD'en om daar waar dit nog niet het geval is, volledig te gaan voldoen aan de wettelijke vereisten en dat GGD'en via hun contractuele afspraken de partnerorganisaties stimuleren om klacht- en meldprocedures vast te stellen. Deze resultaten zijn besproken door GGD GHOR Nederland, de directeuren publieke gezondheid en de partnerorganisaties en zij geven aan dat zij de aanbevelingen uit het rapport reeds hebben opgepakt of zo spoedig mogelijk oppakken. De uitvoering van verbeterplan fase II is geëindigd op 30 september 2021. De eindresultaten zijn vastgesteld door Regiegroep DOTT en Stuurgroep LCT, waarna de Regiegroep is ontbonden en de voorzitter is gedechargeerd. Met de decharge van de regiegroep DOTT, het mitigeren van de acute risico's naar aanleiding van de datadiefstal en het vervangen van HPZone Lite, beschouw ik de acties uit de Kamerbrief van 2 februari 2021 als afgerond.

De resultaten van verbeterplan DOTT fase II zijn als input meegegeven aan het verkenningstraject voor duurzame informatievoorziening in infectieziektebestrijding. Dit traject is zoals toegezegd in mijn brief van 11 mei jl. kort na de Gateway Review gestart en heeft grotendeels parallel gelopen met de uitvoering van het verbeterplan fase II. De voortgang van dit traject zal ik in een volgende brief met uw Kamer delen.

Voorraad antigeentesten voor professioneel gebruik

Op 28 oktober jl. heeft het ministerie van VWS nog ongeveer 29,5 miljoen antigeentesten op voorraad voor professioneel gebruik. De orders voor deze antigeentesten zijn vorig jaar geplaatst om voorbereid te zijn op een brede inzet van testen om de samenleving zo veel als mogelijk open te houden. Het kabinet hecht er waarde aan om deze testvoorraad zo effectief en doelmatig mogelijk in te zetten. Hier spant de testketen zich hard voor in. Doordat de testvraag in de loop van 2021 lager uitviel dan geprognotiseerd (onder andere als gevolg van aanscherpingen van de maatregelen in juli), is de voorraad minder afgenomen dan voorzien, terwijl er tegelijkertijd steeds rekening mee moest worden gehouden dat de vraag snel weer kon toenemen. Hierdoor is voor een deel van deze voorraad de

[43] Bijlage Rapportage Cultuuraudit GGD GHOR Nederland

uiterste houdbaarheidsdatum inmiddels overschreden. Tot en met oktober is voor ongeveer 4,1 miljoen testen de uiterste houdbaarheidsdatum overschreden; deze testen worden vernietigd, omdat de kwaliteit van de testen niet gewaarborgd kan worden. De testen komen daarom ook niet in aanmerking voor donatie of verkoop.

Ook voor een tweede deel van de voorraad komt de uiterste houdbaarheidsdatum inmiddels in beeld: tot en met eind 2021 geldt dit naar schatting voor een aanvullende 5,3 miljoen testen. Voor de overige 20,1 miljoen antigeentesten ligt de uiterste houdbaarheidsdatum in 2022. We zetten alles op alles om de testen zo goed mogelijk in te zetten. Hiervoor worden momenteel verschillende opties afgewogen. Het doel is om de testen zo veel mogelijk in te zetten. Zo maken de testaanbieders van SON maximaal gebruik van de huidige voorraad antigeentesten voor professionele afname, op volgorde van het verstrijken van de houdbaarheidsdatum. Ook hebben we 100.000 antigeentesten gedoneerd aan Suriname. We onderzoeken andere mogelijkheden voor gebruik en donatie van de antigeentesten, zodat de testen zo nuttig mogelijk kunnen worden ingezet. De manier waarop we de testen zullen inzetten is mede afhankelijk van de keuzes die op korte termijn worden gemaakt.

Laboratoriumcapaciteit
Het ministerie van VWS is op 30 juni jl. een aanbestedingsprocedure gestart voor het contracteren van moleculaire diagnostiek voor het coronavirus SARS-CoV-2. Deze aanbestedingsprocedure is gestart om er ook in de tweede helft van 2021 en in de eerste helft van 2022 zeker van te zijn dat er voldoende laboratoriumcapaciteit is zodat iedereen in Nederland zich met klachten kan laten testen. In deze aanbesteding gaat het specifiek om het contracteren van NAAT-testen en als gevolg van de aanbesteding is een maximale testcapaciteit van 92.000 testafnames per dag geborgd. Er wordt alleen betaald voor daadwerkelijk afgenomen testen. De contracten lopen tot en met 31 december 2021 waarbij ik deze contracten drie keer eenzijdig kan verlengen voor een periode van maximaal drie maanden.

De aanbesteding is ingedeeld in 24 percelen waarvan 23 percelen regionaal van aard zijn en één perceel landelijk van aard is. Het landelijke perceel is voor laboratoria die landelijk willen opereren. De dienstverlening in alle percelen richt zich niet alleen op het analyseren van de testmonsters en de diagnostiek, maar ook onder andere op het inkopen van het benodigde testmateriaal, het vervoer van de monsters en het registreren van de testresultaten in het automatiseringssysteem CoronIT. In de aanbestedingsprocedure kon een laboratorium zich inschrijven voor maximaal twee percelen. Door een maximum in te stellen aan het aantal inschrijvingen, wordt een goede marktwerking gestimuleerd en worden de kansen voor het midden- en kleinbedrijf bevorderd. Via deze procedure kan een substantieel deel van de markt daadwerkelijk worden gecontracteerd, een bijkomend voordeel is bovendien dat er op deze manier geen afhankelijkheid ontstaat van een beperkt aantal partijen wat risico's mitigeert.

Op 27 oktober jl. heeft de voorlopige gunning plaatsgevonden, onder meer door een kort geding is hier enige vertraging opgelopen. Houdende eventuele bezwaren van partijen staat de definitieve gunning gepland in de komende week. Eventuele verdere vertraging in de aanbestedingsprocedure vormt geen probleem voor de

beschikbare testcapaciteit, gezien de huidige contracten doorlopen tot de definitieve gunning heeft plaatsvonden. Hiermee voldoe ik aan de toezegging aan uw Kamer om te kijken of er behoefte is aan centraal ingekochte laboratoriumcapaciteit voor het najaar waarbij het uitgangspunt blijft dat er te allen tijde voldoende testcapaciteit moet zijn om aan de testbehoefte te voldoen.

Innovatieve testmethoden: minder invasieve afnamen en uitkomsten speekselzelftest
Het OMT heeft in het 109e advies[44] van 19 april jl. geadviseerd over de inzet van de mondspoelkit op basis van PCR of LAMP. Het OMT constateert dat de testsensitiviteit lager is dan bij een diepe keelneuswab, maar dat deze testafname geschikt is voor routinematige toepassing, bij voorkeur als alternatieve afnamemethode voor moeilijk te bemonsteren personen. De mondspoelkit wordt momenteel op deze wijze in een aantal GGD-teststraten ingezet. De sabbelwat wordt momenteel niet meer ingezet in de GGD-teststraten. In de praktijk bleek deze test erg tijdsintensief. Kinderen moesten soms langer dan een kwartier sabbelen en dan was er nog niet altijd voldoende materiaal verzameld. Daarom wordt in de teststraten voor kinderen tot en met 12 jaar gebruik gemaakt van een minder diepe afname (mid-turbinate-uitstrijk in plaats van de nasofarynxuitstrijk), conform de richtlijnen van het RIVM.[45] Met de invoering van deze minder invasieve afname, wordt testen laagdrempelig georganiseerd.

Van 9 september jl. tot en met 26 september jl. is in opdracht van het ministerie van VWS een grootschalig onderzoek naar de waarde van de speekselzelftest en de neuszelftest uitgevoerd onder ruim 2.800 mensen. In de teststraten van de GGD Hart voor Brabant, GGD West-Brabant en GGD Rotterdam Rijnmond zijn twee antigeen-zelftesten uitgedeeld – een neuszelftest en een speekselzelftest – waarvan de resultaten zijn vergeleken met de uitslag van een PCR-test (als referentiestandaard). Dit onderzoek is uitgevoerd onder leiding van prof. dr. Carl Moons van het UMCU, in samenwerking met de betrokken GGD'en, het RIVM, het Erasmus MC en Microvida. De resultaten van de neustest zijn vergelijkbaar met de resultaten van het eerdere onderzoek naar de (neus)zelftest, zoals die op 5 februari jl. in het OMT zijn besproken. De sensitiviteit van de neuszelftest is gecorrigeerd voor besmettelijkheid boven de 80%, waarmee de grote meerderheid van de besmettelijke mensen wordt gedetecteerd. Voor de groep mensen die testen wanneer ze symptomen hebben is de sensitiviteit bijna 90%. Hieruit concludeer ik dat deze neuszelftesten, ook onder veranderende epidemiologische omstandigheden met nieuwe virusvarianten en toegenomen immuniteit, nog steeds goed presteren. In de subgroep van mensen zonder enige symptomen of klachten op moment van testen, lijkt de sensitiviteit van de neuszelftest significant lager (rond de 40% na correctie voor besmettelijkheid). Kanttekening is dat deze groep in deze studie relatief klein was. Deze asymptomatische groep moeten niet verward worden met de uitkomsten van eerder onderzoek naar nauwe contacten zonder symptomen op het moment van testen[46]. Het verschil in sensitiviteit valt

[44] Advies na 109e OMT COVID-19, zie https://www.rijksoverheid.nl/documenten/beleidsnotas/2021/04/19/advies-nav-109e-omt
[45] COVID-19 Richtlijn, zie de alinea 'Directe diagnostiek bij kinderen en speciale doelgroepen', zie https://lci.rivm.nl/richtlijnen/COVID-19#index_Diagnostiek
[46] Schout et al., 'Diagnostic accuracy of rapid antigen tests in asymptomatic and presymptomatic close contacts of individuals with confirmed SARS-CoV-2 infection: cross sectional study', *BMJ 2021;374:n1676,* zie https://www.bmj.com/content/374/bmj.n1676

mogelijk te verklaren door de andere doelgroep: in het huidige onderzoek betrof het álle mensen zonder symptomen (gezien de onderzoeksperiode betreft het hier waarschijnlijk ook asymptomatische reizigers die terugkwamen van vakantie uit risicogebieden) ten opzichte van hoog-risico nauwe contacten zonder symptomen in het vorige onderzoek. Aanvullende analyses en vervolgonderzoek zijn hier op zijn plaats.

Uit de voorlopige resultaten van de speekseltest blijkt dat deze test helaas significant minder presteert dan de neustest. Op basis van onder meer dit onderzoek zie ik vooralsnog geen rol weggelegd voor antigeen-zelftesten op basis van speeksel voor grootschalige inzet. Of deze test wel inzetbaar is voor mensen die niet regulier getest kunnen worden, wordt uitgezocht. Hiermee voldoe ik aan de motie van het lid Westerveld over gevalideerde speekseltesten ook beschikbaar maken voor kinderen[47].

Bron- en contactonderzoek (BCO)
De besmettingen lopen de afgelopen weer meer op, hierdoor worden besmettingen met een andere vorm van BCO opgevolgd omdat het aantal uit te voeren BCO's ruim boven de overeengekomen capaciteit van 4.400 BCO's per dag komyt. Op dit moment zijn 1 GGD'en in staat om volledig BCO te doen met of zonder monitorgesprekken op dag 5 en dag 10 en 24 GGD'en doen risicogestuurd BCO, waarbij nog steeds indexgesprekken plaatsvinden.

Tussen 15 oktober jl. en 2 november was er sprake van een storing bij Justis. Dit betekent dat aangevraagde VOG's niet konden worden verwerkt en dat nieuwe VOG's niet konden worden aangevraagd. Onder de wachtenden zijn ook nieuwe BCO-medewerkers. GGD GHOR NL heeft in afstemming met het ministerie van VWS voor gekozen deze mensen toch in te zetten voor het bron- en contactonderzoek met extra mitigerende maatregelen.

Daarnaast wordt vanaf 5 november a.s. BCO-op maat ingevoerd, conform het 116e en 117e OMT-advies. BCO op maat past meer bij de setting van een hoge vaccinatiegraad in Nederland en houdt in dat aan de hand van het indexgesprek samen met de index wordt bepaald wie de contacten van de index informeert. In veel gevallen zal de index hier zelf de regie in nemen, ondersteund door de app GGD Contact. Als de index dit wenst, of er bepaalde risicofactoren zijn voor de verspreiding van het virus, benadert de GGD (ook) zelf de contacten. Dit geeft de GGD de ruimte om extra in te zetten op situaties waar uitgebreider (uitbraak)onderzoek essentieel is.

Criteria voor zo'n uitgebreid BCO kunnen bijvoorbeeld zijn:
- De index heeft een aangetoonde infectie of heeft risico gelopen op een Variant of Interest / Variant of Concern met beperkte verspreiding in Nederland;
- De index behoort tot een moeilijk bereikbare groep (bijv. taalbarrière of arbeidsmigranten);
- De index bevindt zich in een omgeving met een lage (verwachte) vaccinatiegraad/ weinig mensen die het afgelopen half jaar een besmetting hebben doorgemaakt;

[47] Kamerstuk 25295 nr. 1430.

- De index is onderdeel van een bekende cluster/uitbraak;
- De index kan zelf geen contactonderzoek doen vanwege diverse redenen.

Voor het inzetten van BCO-op maat is de landelijke implementatie van GGD Contact noodzakelijk. Meer informatie over GGD Contact kunt u vinden onder het kopje 'GGD Contact'. Ook BCO-op maat zal verschillende fasen hebben afhankelijk van het aantal gemelde besmettingen, dit zal in de vorm van een stoplicht worden weergegeven:

- In fase groen wordt volledig BCO op maat uitgevoerd, zonder beperkingen.
- In fase oranje wordt meer capaciteit gecreëerd in een aantal stappen, bijvoorbeeld door kritischer te kijken wie in aanmerking komt voor uitgebreid BCO en door minder contexten te registreren. Hiermee komt er capaciteit vrij waardoor er meer indexen gebeld kunnen worden en dus meer BCO's uitgevoerd kunnen worden.
- In fase rood worden alleen de testuitslagen doorgegeven.

Op verzoek van uw Kamer van 26 oktober jl. heb ik het RIVM gevraagd een verdiepende analyse uit te voeren naar bestaande clusters besmettingen, specifiek in relatie tot omgevingen waar het coronatoegangsbewijs van kracht is. Deze clusteranalyse treft u aan in de bijlage van deze brief[48].

Tot slot heeft het BAO naar aanleiding van het 128e OMT-advies geadviseerd om het BCO-beleid voor huisgenoten en nauwe contacten – die afweer tegen COVID-19 hebben opgebouwd door infectie en/of vaccinatie – aan te passen. Er wordt geadviseerd om bij:

- Huisgenoten zo spoedig mogelijk én op dag 5 te laten testen nadat index getest is;
- Nauwe contacten zo spoedig mogelijk en op dag 5 te laten testen na contact met de index;
- Huisgenoten, nauwe contacten en overige contacten altijd te testen bij klachten, ook wanneer men eerder negatief getest is.

Dit beleid zal volledig ingevoerd worden vanaf 12 november 2021. Tevens zullen de LCI richtlijnen hierop aangepast worden.

Feiten en Cijfers

Indicator	**Week 41**	**Week 42**	**Week 43**
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen (GGD-testlocaties en klinische testen)[1]*	255.057 totaal per week 32.151 gemiddeld per dag	249.382 totaal per week 35.626 gemiddeld per dag	313.943 totaal per week 44.849 gemiddeld per dag
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen bij GGD testlocaties[1]	198.961 testen per week 28.423 gemiddeld per dag	233.286 testen per week 31.898 gemiddeld per dag	277.641 testen per week 39.663 gemiddeld per dag
Percentage sneltesten	4,3%	3,2%	3,2%

[48] Bijlage verdiepende clusteranalyse in relatie tot coronatoegangsbewijs.

van het totaal aantal afgenomen testen bij de GGD[1]			
Totaal aantal afgenomen testen voor toegang en percentage positief[2]	285.854 testen per week 0,2% positieven in testen voor toegang	351.658 testen per week 0,4% positieven in testen voor toegang	325.008 testen per week 0,5% positieven in testen voor toegang
Het aantal meldingen positieven en percentage positieve testresultaten[2]	25.751 meldingen bij het RIVM 23.876 positieven uit de GGD-testlocaties 12,0% positieven in GGD-testlocaties	38.733 meldingen bij het RIVM 34.395 positieven uit de GGD-testlocaties 15,3% positieven in GGD-testlocaties	53.979 meldingen bij het RIVM 47.691 positieven uit de GGD-testlocaties 16,7% positieven in GGD-testlocaties
Percentage mensen met nieuwe klachten dat bereid is zich te laten testen[3]	30% (meting 5-11 oktober)	30% (meting 5-11 oktober)	30% (meting 5-11 oktober)
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en de testafname[1]	10,4 uur	10,3 uur	10,5 uur
Gemiddelde tijd tussen de testafname en testuitslag[1]	16,2 uur	16,2 uur	16,2 uur
Gemiddelde tijd tussen inplannen testafspraak en testuitslag[1]	26,6 uur	26,5 uur	26,7 uur
Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en testuitslag voor prioritair testen (zorgpersoneel en onderwijs via GGD-testlocaties)[1]	23,6 uur	23,3 uur	24,7 uur

Tabel 1. Feiten en cijfers Testen en Traceren week 41 – 43
1: Bron: CoronIT en Dienst Testen lab-uitvraag (02/11/2021).
2: Bron: Epidemiologische situatie Nederland, RIVM (02/11/2021).
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)

12. Verbetering digitale ondersteuning/CoronaMelder

Digitale ondersteuning
CoronaMelder
Lessons Learned ontwikkeling CoronaMelder
Tijdens het debat van 2 september jl. heb ik uw Kamer toegezegd om staatssecretaris Knops te vragen de ontwikkeling van de CoronaMelder app te evalueren en lessen te trekken om de omgang van de overheid met ICT te verbeteren.[49] Deze evaluatie is 4 maart jl. gestart. Het Adviescollege ICT-toetsing geeft aan hier voor het einde van dit jaar over te kunnen rapporteren.

Integratie CoronaMelder met coronatest.nl voor sneller delen GGD sleutel
Sinds 13 oktober jl. is het voor CoronaMelder gebruikers mogelijk om na een positieve test zelf hun GGD sleutel in te voeren op de website coronatest.nl en hiermee autorisatie te verlenen voor het versturen van waarschuwingen in de app. Hierdoor kunnen mensen die in contact zijn geweest met een besmet persoon sneller worden gewaarschuwd zonder tussenkomst van de GGD. Uit het evaluatieonderzoek naar CoronaMelder is eerder al gebleken dat CoronaMelder 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.[50] CoronaMelder gebruikers kunnen bij een positieve testuitslag daarmee op hun beurt weer sneller andere gebruikers waarschuwen. Ook de Begeleidingscommissie DOBC heeft hier eerder al over geadviseerd.[51]

CoronaCheck
Cijfers en evaluatie
Op 1 november jl. was de CoronaCheck-app ongeveer 13,2 miljoen keer gedownload. Er zijn in totaal daarnaast ongeveer 57 miljoen QR-codes aangemaakt. Coronatoegangsbewijzen kunnen worden gescand met de CoronaCheck Scanner. Deze is 1,78 miljoen keer gedownload. Net als bij CoronaMelder vindt ook voor CoronaCheck een evaluatie plaats. De eerste twee tussenrapportages in het kader hiervan zijn op www.coronacheck.nl gepubliceerd. In tegenstelling tot wat ik uw Kamer eerder schreef[52], zal het eindrapport van deze evaluatie in november 2021 beschikbaar komen waarna ik het uw Kamer toe zal sturen.

Dataregistratie, techniek en uitzonderingsroutes
De meeste mensen kunnen nu zelf via CoronaCheck een QR-code maken of

[49] Debat op 2 september jl. over de Tijdelijke bepalingen in verband met de inzet van een notificatieapplicatie bij de bestrijding van de epidemie van COVID-19 en waarborgen ter voorkoming van misbruik daarvan (Tijdelijke wet notificatieapplicatie COVID-19 (35538).
[50] 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/
[51] "Zelfstandig online delen van de sleutel door een index, direct na het krijgen van een positieve uitslag, helpt tevens om meldingen van risicoblootstellingen sneller te verspreiden over nauwe contacten, en maken het BCO in zijn huidige vorm minder uitgebreid."
Zie: Advies 18, Begeleidingscommissie DOBC: Regie van CoronaMelder – juist nu! (Kamerstuk 25 295, nr. 1063)
[52] Kamerstuk 25 295, nr. 1396.

aanvragen voor volledige vaccinatie of herstel. Toch kan het nog voorkomen dat mensen hun QR-code niet direct in de app kunnen maken. Er zijn nog enkele uitzonderingssituaties die groepen van relatief beperkte omvang en individuele personen raken. Burgers worden over alle handelingsperspectieven geïnformeerd via www.coronacheck.nl en de website van de Rijksoverheid.[53]

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. Deze is naar verwachting half november werkzaam. Ook voor mensen die niet beschikken over een BSN, zoals bijvoorbeeld asielzoekers of arbeidsmigranten die niet de mogelijkheid hebben een DigiD aan te vragen, wordt gewerkt aan een oplossing om alsnog een QR-code uit te kunnen geven. Daartoe wordt er op korte termijn een online oplossing gerealiseerd bij de GGD-en, zodat ook deze mensen een coronatoegangsbewijs kunnen krijgen. Deze oplossing wordt de komende weken uitgerold. In de tussentijd is het voor alle in derde landen gevaccineerde personen zonder BSN maar wel woonachtig in Nederland, zoals bijvoorbeeld internationale studenten en expats, mogelijk om via de GGD regio's Utrecht en Groningen een QR-code te krijgen met onbeperkte geldigheidsduur. Momenteel wordt eraan gewerkt om dit breder uit te rollen, te beginnen bij de GGD Rotterdam-Rijnmond.

Vanaf 13 oktober jl. is het daarnaast technisch mogelijk gemaakt om in CoronaCheck ook positieve testresultaten van andere testaanbieders (dan de GGD) op te halen, indien deze juist zijn doorgegeven aan de GGD. Hier kan in de app een herstelbewijs van worden gemaakt. Gezien de geldigheidsduur van een herstelbewijs, kan dit op dit moment alleen met testgegevens die maximaal 180 dagen oud zijn. Het kunnen aanmaken van een vaccinatiebewijs op basis van een positief testresultaat en een geregistreerde vaccinatie, is technisch nog niet mogelijk. Dit vergt een aanpassing waarbij ook positieve testresultaten die ouder zijn dan 180 dagen ontsloten dienen te worden.

<u>Adviezen 26 en 27 Begeleidingscommissie DOBC</u>
Advies 26
Op 30 september jl. heb ik van de Begeleidingscommissie Digitale Ondersteuning in de Bestrijding van COVID-19 (DOBC) haar zesentwintigste advies ontvangen. Hierin constateert de commissie dat het coronatoegangsbewijs momenteel te sterk gekoppeld is aan het installeren van een app en adviseert om een papieren versie veel toegankelijker te maken. Daarnaast gaan zij ook in op de mogelijke aantasting van het vertrouwen in huidige, maar ook toekomstige digitale ondersteuningsmiddelen en de noodzaak aandacht aan communicatie te besteden. Ik onderschrijf dat het belangrijk is om een vertrouwensband tussen burger en overheid te bereiken en te behouden waar het gaat om digitale pandemiebestrijding. Ten aanzien van de aspecten waarover de commissie heeft geadviseerd deel ik graag het volgende.

[53] https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-COVID-19/coronabewijs/hulp-en-vragen-over-coronabewijs/vragen-over-coronabewijs.

Toegankelijkheid en ondersteuning Coronatoegangsbewijzen
Toegankelijkheid en inclusiviteit zijn voor mij belangrijke aspecten. De constatering van de commissie dat het coronatoegangsbewijs te sterk is verbonden met de installatie van een app, namelijk de CoronaCheck-app, deel ik niet. Er is van begin af aan ingezet op alternatieve routes voor mensen die de app niet willen of kunnen gebruiken. Er zijn meerdere alternatieven beschikbaar waarbij geen smartphone en/of internet nodig zijn voor het aanmaken van een bewijs. Zo kan het coronatoegangsbewijs zelf of met hulp uitgeprint worden via www.coronacheck.nl/print en is het voor mensen die minder digitaal vaardig zijn of die niet beschikken over de benodigde middelen mogelijk om telefonisch een coronatoegangsbewijs aan te vragen via de CoronaCheck Helpdesk (0800 - 1421) of het publieksinformatienummer coronavirus (0800 – 1351). Deze wordt dan per post naar het huisadres opgestuurd. Inmiddels zijn via deze route al 540.000 papieren bewijzen geprint en toegestuurd. Ook is het sinds 28 september jl. ook mogelijk om via een papieren antwoordformulier een bewijs aan te vragen. Dit is inmiddels al ruim 18.000 keer gedaan, veelal met hulp van bibliotheken.
Gebruikers die hulp nodig hebben bij de aanvraag van een coronatoegangsbewijs of het gebruik van CoronaCheck, kunnen voor ondersteuning ook terecht in bibliotheken bij het Informatiepunt Digitale Overheid.
Daarnaast zijn video's beschikbaar waarin uitgelegd wordt hoe CoronaCheck werkt en hoe een coronatoegangsbewijs op papier kan worden aangevraagd. Ook is een Steffie module over de digitale aanvraag van coronabewijzen beschikbaar. Dit zijn slechts enkele voorbeelden van acties die continu worden genomen om het gebruik en het aanvragen van een coronatoegangsbewijs voor iedereen zo toegankelijk en begrijpelijk mogelijk te maken.

Verantwoorde inzet apps
Mogelijk zal in de toekomst vaker digitale ondersteuning worden ingezet. Het is daarbij goed om vooraf na te gaan aan welke voorwaarden dergelijke ondersteuning moet voldoen. Zoals aan de Eerste Kamer toegezegd, is de Gezondheidsraad gevraagd een kader met criteria te ontwikkelen voor het gebruik van gezondheidsapps voor screeningsdoeleinden, zodat ook in de toekomst apps voor publieke gezondheid verantwoord worden ingezet. Op 12 juli jl. heb ik het advies van de Gezondheidsraad over de verantwoorde inzet van apps voor publieke gezondheid naar uw Kamer gestuurd. Op 19 oktober jl. heeft u een reactie hierop ontvangen.[54] Ook voor het gebruik en inzet van gezondheidsapps in bredere context is aandacht. Het Nationaal eHealth Living Lab (NeLL) is daarvoor al eerder gevraagd om in samenwerking met veldpartijen te komen tot één breed gedragen landelijk toetsingskader. Beide kaders kunnen bijdragen aan de structurele verantwoorde inzet van mogelijk toekomstig te ontwikkelen digitale ondersteuningsmiddelen.

Advies 27
Op 15 oktober jl. ontving ik vervolgens het 27ste advies van de Begeleidingscommissie waarin zij aandacht vragen voor het handelingsperspectief dat op dit moment in CoronaMelder gegeven wordt aan mensen die in bepaalde mate beschermd zijn tegen het coronavirus. De commissie is van mening dat iedereen die een notificatie van nauw contact in de app krijgt, ook in afwezigheid van klachten, geadviseerd moet worden om zich te laten testen bij de GGD.

[54] Kamerstuk 277 529, nr. 269

Dit onder andere om zicht te blijven houden op het virus en varianten daarvan, als ook om het draagvlak voor de app te behouden. Naar aanleiding van het 126e OMT-advies waarin een nieuw testadvies voor huishoudcontacten en nauwe contacten is gegeven, zal ik nagaan wat dit betekent voor het handelingsperspectief van CoronaMelder gebruikers. Hier zal ik in een volgende Kamerbrief nader op ingaan.

13. Vaccinaties

Een zo hoog en zo homogeen mogelijke vaccinatiegraad is en blijft cruciaal in de bestrijding van de coronapandemie. Daarom heeft het verder verhogen van de vaccinatiegraad de hoogste prioriteit om de risico's van het virus te beheersen en de kwetsbaren in onze samenleving te beschermen. De oplopende besmettingscijfers en ziekenhuisopnamen onderstrepen wederom het belang van vaccinatie. Door vaccinatie bescherm je immers niet alleen jezelf, maar draag je ook bij aan een betere bescherming van je sociale omgeving en van de samenleving als geheel. Het verder verhogen van de vaccinatiegraad draagt bij aan de vermindering van de hoge druk op de ziekenhuizen. De druk op de ziekenhuizen is de afgelopen weken sterk toegenomen door een stijging van het aantal opgenomen coronapatiënten. In een aantal gevallen gaat dit ten koste van de reguliere medisch-specialistisch zorg, waardoor mensen onnodig langer moeten wachten op de zorg die zij nodig hebben.

Gelukkig melden zich nog steeds mensen voor een eerste prik tegen COVID-19. Vorige week is in Nederland de 24 miljoenste prik gezet. We zien, langzaam maar gestaag, een verdere toename van het aantal mensen dat is gevaccineerd. Van alle 18-plussers heeft 87,5% minimaal één prik gehad en is 84,1% volledig gevaccineerd. Van alle 12-plussers heeft 85,4% minimaal één prik gehad en is 82,1% volledig gevaccineerd[55] (bron: RIVM). Het kabinet blijft zich de komende periode vol inspannen om de vaccinatiegraad verder te verhogen. Over de aanpak daarvan wordt onder het kopje *Verder verhogen vaccinatiegraad* nader ingegaan.

Advisering Gezondheidsraad over boostervaccinatie
Op 14 september jl. heeft de Gezondheidsraad een eerste advies uitgebracht over de noodzaak van boostervaccinatie voor de algemene populatie.[56] Op basis van RIVM-data concludeerde de Gezondheidsraad op dat moment dat de in Nederland gebruikte coronavaccins zeer goed beschermen tegen ziekenhuis- en IC-opname door COVID-19 en dat boostervaccinatie daarmee nog niet aan de orde was. Wel benadrukte de Gezondheidsraad dat het van belang is te anticiperen op afnemende bescherming van de primaire COVID-19-vaccinatieserie en rekening te houden met een boostervaccinatie voor bepaalde groepen in de samenleving. In dit kader heb ik het RIVM gevraagd de vaccineffectiviteit nauwlettend te monitoren en hierover tweewekelijks te rapporteren.

Zoals eerder in deze brief aangegeven, blijkt uit deze rapportages dat de vaccineffectiviteit tegen ziekenhuis- en IC-opname nog steeds zeer hoog is. Voor de meeste leeftijdsgroepen wordt een effectiviteit van meer dan 90% gezien. Er zijn echter ook enkele (internationale) onderzoeken verschenen waarin een geleidelijke afname van de vaccineffectiviteit tegen milde COVID-19 wordt

[55] Dit is inclusief het meetellen als volledig gevaccineerd van mensen die één prik hebben gehad na doorgemaakte Covid-19.
[56] Boostervaccinatie tegen COVID-19 | Advies | Gezondheidsraad

geobserveerd, met name bij ouderen. Ik heb de Gezondheidsraad gevraagd met spoed een aanvullend advies uit te brengen over de boostervaccinatie. Daarbij heb ik ook aangegeven dat ik vanuit het voorzorgsprincipe beoog de mensen die het meest kwetsbaar zijn binnen afzienbare tijd een boostervaccin aan te bieden.

De Gezondheidsraad heeft mij vandaag geadviseerd te starten met een boostervaccinatie voor ouderen vanaf 60 jaar en bewoners van zorginstellingen vanaf 18 jaar.[57] De Gezondheidsraad benoemt hiervoor verschillende redenen. Allereerst bereiken ouderen na een primaire vaccinatieserie een minder hoge bescherming tegen COVID-19. Ook zijn er volgens de Gezondheidsraad inmiddels immunologische en klinische aanwijzingen dat bescherming tegen symptomatische infectie bij oudere leeftijdsgroepen sneller afneemt en dat de bescherming tegen ziekenhuisopname onder ouderen mogelijk lager is. Omdat leeftijd de belangrijkste voorspeller is voor een ernstig beloop van COVID-19, is het volgens de raad van belang om ouderen extra te beschermen tegen het coronavirus. De Gezondheidsraad geeft aan dat ook alle bewoners van instellingen van 18 jaar en ouder, zoals verpleeghuisbewoners, een boostervaccinatie zouden moeten krijgen.

De Gezondheidsraad ziet op dit moment geen medische aanleiding tot boostervaccinatie voor gezonde personen jonger dan 60 jaar waaronder personen met onderliggende ziekten. Voor de laatste groep geldt dat de mensen met een ernstig gecompromitteerd immuunsysteem reeds in aanmerking komen voor een derde vaccinatie. Verder geeft de raad aan dat er vanuit maatschappelijk oogpunt andere redenen kunnen bestaan om specifieke groepen een boostervaccin aan te bieden, zoals zorgmedewerkers. Dergelijke overwegingen moeten volgens de Gezondheidsraad wel afgewogen worden tegen het belang van inzet van vaccins voor primaire vaccinatie ter bestrijding van de pandemie wereldwijd.

Voor personen die één dosis van het Janssen-vaccin hebben ontvangen geeft de Gezondheidsraad aan dat er momenteel geen aanwijzingen zijn voor een onvoldoende bescherming tegen ernstige ziekte onder de 60 jaar. De raad adviseert voor deze groep het oordeel van het EMA af te wachten over een extra dosis vaccin. Na het EMA-oordeel verwacht ik advies van de Gezondheidsraad. Op basis daarvan zal ik besluiten of dit advies wordt overgenomen.

De Gezondheidsraad adviseert mRNA-vaccins te gebruiken binnen de boostercampagne, ongeacht de primaire vaccinatieserie die mensen hebben ontvangen (BioNTech/Pfizer, Moderna, AstraZeneca, of Janssen). Het Europees Medicijn Agentschap (EMA) heeft inmiddels een positief advies afgegeven voor boostervaccinatie in personen van 18 jaar en ouder met de vaccins van Pfizer/BioNTech en Moderna. Een boostervaccinatie zou volgens het EMA niet eerder dan 6 maanden na de initiële vaccinatieserie gegeven moeten worden.

Besluit
Ik neem het huidige advies van de Gezondheidsraad over. De inzet van een boostervaccin vind ik om meerdere redenen belangrijk. Allereerst draagt boostervaccinatie van 60-plussers en bewoners van instellingen bij aan het verder voorkomen van ernstige ziekte en sterfte door COVID-19. Het toenemend aantal besmettingen maakt dat we de meest kwetsbare mensen in onze samenleving nog beter moeten beschermen tegen het coronavirus. In aanvulling daarop wil ik vanuit het voorzorgsprincipe ook het zorgpersoneel in aanmerking laten komen

[57] Boostervaccinatie tegen COVID-19; vervolgadvies | Advies | Gezondheidsraad

voor een boostervaccin. De druk op de zorg blijft onverminderd hoog, mede door het toenemende aantal coronapatiënten op de IC's en andere ziekenhuisafdelingen en de hoge uitval, mede door corona besmettingen, onder zorgmedewerkers. Om zoveel als mogelijk te voorkomen dat de zorg in het gedrang komt, waardoor bijkomende gezondheidsschade op kan treden, wordt het zorgpersoneel uitgenodigd voor een booster vaccinatie. Dit kan helpen bij het voorkomen van besmettingen onder zorgpersoneel en het in stand houden van de zorgcapaciteit. Onder zorgpersoneel wordt hier verstaan personeel met direct patiëntcontact werkend in het ziekenhuis, de revalidatiezorg, de huisartsenpraktijk, ambulancepersoneel, het verpleeghuis, de intramurale gehandicaptenzorg, kleinschalige woonvormen, de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en ggz-crisisdienst, wijkverpleging.

Aangezien de Gezondheidsraad geen medische noodzaak ziet tot boostervaccinatie voor gezonde personen jonger dan 60 jaar waaronder personen met onderliggende ziekten, wil ik me vooralsnog primair richten op boostervaccinatie van 60-plussers, bewoners van instellingen en zorgpersoneel met direct patiëntcontact. Hoewel de Gezondheidsraad daar op dit moment nog geen medische noodzaak toe ziet, kan iedereen die dat wil ook de boosterprik gaan halen nadat de andere groepen aan de beurt zijn geweest.

De uitvoering van bovenstaand besluit zal gepaard gaan met uitvoeringskosten, zowel in 2021 als 2022. De omvang van de budgettaire consequenties die uitkomen boven het reeds beschikbare budget zal met een incidentele suppletoire begroting voor 2021 en een nota van wijziging voor 2022 aan uw Kamer worden gemeld. Vanwege de snelle uitvoering van dit beleid zal ik mij in de komende ISB beroepen op artikel 2.27, tweede lid uit de Comptabiliteitswet.

Randvoorwaarden
Het Europees Medicijn Agentschap (EMA) heeft inmiddels een positief advies afgegeven voor boostervaccinatie in personen van 18 jaar en ouder met de vaccins van Pfizer/BioNTech en Moderna. Een boostervaccinatie zou volgens het EMA niet eerder dan 6 maanden na de initiële vaccinatieserie gegeven moeten worden. Voor de boostercampagne zal conform het advies van de Gezondheidsraad gebruik gemaakt worden van de beschikbare mRNA-vaccins. Vanaf 6 maanden na de laatste vaccinatie kunnen mensen uit de verschillende doelgroepen in aanmerking komen voor een boostervaccinatie.

Uitvoering
Zoals ik in mijn brief van 14 september jl., heb aangegeven heb ik het RIVM gevraagd in samenspraak met relevante uitvoerende partijen voorbereidingen voor een boostercampagne te treffen. De afgelopen weken heeft het RIVM, samen met de GGD'en en andere betrokken partijen, scenario's ontwikkeld.

Binnen deze scenario's is onderscheid gemaakt tussen verschillende doelgroepen:
1. Leeftijdsgroep 60 jaar en ouder, mobiele mensen
2. Leeftijdsgroep 60 jaar en ouder, niet-mobiele mensen
3. Bewoners van zorginstellingen met een medische dienst
4. Bewoners van zorginstellingen zonder medische dienst
5. Zorgpersoneel met direct patiëntcontact
6. Leeftijdsgroep 60 jaar en jonger (waaronder de "griepprik-groep")

Op basis van het advies van de Gezondheidsraad, dat heden is gepubliceerd, heb ik besloten te starten met het aanbieden van een boostervaccin aan 60-plussers, bewoners van instellingen vanaf 18 jaar, en het zorgpersoneel. De groep 60 jaar en jonger zijn aan de beurt als de andere groepen zijn geweest.

Mobiele 60-plussers
De GGD'en hebben aangegeven dat zij op 6 december zullen starten met het vaccineren van mobiele 60-plussers. Vanaf eind november zal deze groep van oud naar jong worden uitgenodigd. De verwachting is dat alle 80-plussers in december een boostervaccinatie kunnen halen.

Niet-mobiele thuiswonenden
Voor de 60-plussers die echt niet in staat zijn naar de GGD-vaccinatielocatie te gaan, bestaat de mogelijkheid aan huis te vaccineren door de GGD. Dit zal vanaf januari mogelijk zijn.

Bewoners van instellingen
Instellingen met een eigen medische dienst plannen nu de startdata. Instellingen die in december al gereed zijn voor uitvoering, kunnen in december ook al starten. Instellingen die meer voorbereidingstijd wenselijk vinden zullen in januari starten. Voor instellingen zónder eigen medische dienst zal de GGD de hoofduitvoerder van de vaccinatie worden. Voor instellingen waarbij bewoners deels onder de eigen medische dienst, deels onder de huisartsenzorg vallen, wordt in onderling overleg bekeken wie de uitvoerder van de vaccinatie wordt, de instelling of de GGD. Deze instellingen starten vanaf januari.
Onder 'instellingen' vallen verpleeghuizen, kleinschalige woonvormen, instellingen verstandelijk gehandicapten, revalidatiecentra, GGZ-instellingen en instellingen voor beschermd wonen.

Zorgpersoneel met direct patiëntcontact
Voor de groep mensen die vallen onder de definitie van zorgpersoneel ben ik in gesprek met uitvoerende partijen om deze groep binnen afzienbare termijn een boostervaccinatie aan te bieden. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan de wijze van registratie, de logistiek en het selectie- en uitnodigingsproces. De ziekenhuizen hebben in de eerste ronde het personeel vallend onder de acute zorg gevaccineerd. De groep zoals ik die definieer voor de booster is een significante uitbreiding. In de komende dagen en weken wordt de uitvoering van deze operatie concreet uitgewerkt. Er is met name aandacht voor het selectie- en uitnodigingsproces, de logistiek en de wijze van registratie. Ik informeer uw Kamer binnen afzienbare tijd over de uitwerking.

Doorlooptijd
In tegenstelling tot de eerste helft van dit jaar hebben we niet meer te maken met vaccinschaarste. Dat maakt de uitvoering makkelijker. Echter, er zijn drie factoren die van invloed zijn op de doorlooptijd van de boostervaccinatie. De belangrijkste factor is de beschikbaarheid van personeel. De arbeidsmarkt is nu krapper dan een jaar geleden. Dit geldt voor het ondersteunend personeel en met name voor de beschikbaarheid van artsen. De tweede factor is de complexiteit van vaccineren in instellingen, specifiek de kleinere instellingen, en bij mensen aan huis. Deze trajecten vragen maatwerk en zijn arbeidsintensief, zowel in de planning als de daadwerkelijke uitvoering. Uiteraard is ook de opkomst onder de doelgroepen heeft invloed op de doorlooptijden.

Vaccinatie beschermt goed tegen ziekenhuisopname
Het RIVM heeft op 14 oktober jl. een onderzoek gepubliceerd over de vaccinatiestatus van COVID-19-patiënten in de Nederlandse ziekenhuizen[58]. Dit onderzoek laat zien dat 4 op de 5 COVID-19-patiënten op de intensive care (IC) niet gevaccineerd zijn tegen het coronavirus. Van alle in het ziekenhuis opgenomen COVID-19-patiënten zijn 3 op de 4 niet gevaccineerd. Hiermee kom ik tegemoet aan mijn toezegging aan het lid Agema tijdens de begrotingsbehandeling van 26 tot 28 oktober jl.

Voor het onderzoek van het RIVM is data gebruikt op basis van NICE-gegevens. Deze gegevens zijn vervolgens verrijkt met gegevens uit het centrale COVID-19-vaccinatieregister (CIMS). De koppeling tussen de NICE- en CIMS-gegevens vormt de meest betrouwbare bron om de mate van bescherming die de vaccinaties bieden tegen ziekenhuisopnamen te monitoren.

In het onderzoek zijn de opnamen meegenomen tussen 1 september 2021 en 3 oktober 2021. Van de in totaal 1482 COVID-19-patiënten die opgenomen zijn in deze periode was van 1369 (92%) patiënten de vaccinatiestatus bekend. Van deze groep waren 998 (73%) patiënten niet gevaccineerd, 31 patiënten (3%) deels gevaccineerd en 340 (24%) patiënten volledig gevaccineerd. In diezelfde periode zijn 311 COVID-19-patiënten opgenomen op de IC. Van deze groep was de vaccinatiestatus van 282 (91%) patiënten bekend. Van hen waren 235 (83%) patiënten niet gevaccineerd, 3 (1%) deels gevaccineerd en 44 (16%) patiënten volledig gevaccineerd.

Het RIVM heeft aan mij aangegeven dat uit een eerste analyse van de nieuwste data van de ziekenhuis- en IC-opnames in NICE tot en met 31 oktober een nagenoeg onveranderde hoge vaccineffectiviteit blijkt van 94% tegen ziekenhuisopname en 97% tegen IC-opname. De verzamelde data wordt momenteel nog nader geanalyseerd en verwerkt. De heer Van Dissel zal tijdens de technische briefing van woensdag 3 november meer inzicht en duiding geven over de vaccinatiestatus van de in het ziekenhuis opgenomen COVID-19-patiënten op basis van de cijfers van NICE tot en met 31 oktober 2021.

<u>MUMC</u>
Vorige week tijdens het Tweede Kamerdebat over de begroting 2022 van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, heb ik met u gesproken over de berichtgeving van het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC) dat 8 op de 10 patiënten zijn gevaccineerd op de reguliere COVID-19-verpleegafdeling. Deze waarneming wijkt echter sterk af van zowel het landelijk beeld als het bredere beeld bij het MUMC zelf. Het is daarom belangrijk om de cijfers van het MUMC nader te duiden. De gepubliceerde cijfers van het MUMC zijn een specifieke momentopname van één week, te weten van 18 tot en met 24 oktober 2021. Zo laten de opnamecijfers van de gehele maand oktober een heel ander beeld zien. Van alle patiënten die in oktober zijn opgenomen voor een COVID-19-infectie in het MUMC was 64% ongevaccineerd. Het MUMC geeft op de eigen website aan dat deze opvallende statistiek van de week 18 tot en met 24 oktober verklaard kan worden door de relatief oude patiëntenpopulatie.

[58] 4 op de 5 COVID-19-patiënten op de IC is niet gevaccineerd | RIVM

Toezeggingen aan mevrouw Van der Plas

Tijdens het debat van de begrotingsbehandeling (28 oktober 2021 jl.) heb ik enkele toezeggingen gedaan richting mevrouw Van der Plas (BBB). Allereerst heb ik aangegeven na te zullen gaan of het mogelijk is een inschatting te geven van de groep die zich daadwerkelijk niet kan laten vaccineren. Het RIVM meldt dat er inderdaad een groep mensen is die om medische redenen nog niet (volledig) gevaccineerd kan worden maar dat deze groep erg klein is, ook in verhouding tot het totaal aantal ongevaccineerden. Dit zijn bijvoorbeeld mensen die een zeer zeldzame bijwerking hebben gekregen na vaccinatie met het AstraZeneca- of Janssen-vaccin. Mensen met deze zeer zeldzame bijwerking kunnen in enkele gevallen alsnog met een ander merk vaccin worden gevaccineerd. Daarnaast zijn er mogelijk nog specifieke ziektes of omstandigheden waarbij een medisch specialist adviseert om geen vaccinatie te nemen. Op dit moment is voor deze selecte groep mensen een volledige vaccinatie niet mogelijk. Het RIVM geeft aan dat zij op dit moment geen harde getallen hebben over de precieze omvang van deze groep maar schat deze erg klein omdat dit zeldzaam is. Mensen met een allergische reactie na de eerste dosis of bij een bekende allergie voor één van de bestanddelen van de vaccins, kunnen zich melden bij de huisarts. In de meeste gevallen is het mogelijk om onder begeleiding van een allergoloog alsnog een vaccinatie te ontvangen.

Mevrouw Van der Plas heeft mij ook gevraagd om een actueel overzicht te geven van de mensen die op de IC liggen, hoeveel daarvan ongevaccineerd zijn en hoeveel daarvan ernstig onderliggend lijden of een medische contra-indicatie hebben. Ik beschik nog niet over een actueel overzicht. Het RIVM heeft mij gemeld dat de heer Van Dissel hier tijdens de technische briefing van 3 november 2021 in zal gaan op het aandeel ongevaccineerden dat op de IC ligt. Het RIVM beschikt niet over informatie over ernstig onderliggend lijden of contra-indicaties van COVID-19-patiënten in ziekenhuizen. Deze data wordt voor patiënten op de IC terecht komen wel bijgehouden door NICE. Deze informatie is er niet voor ziekenhuisopnamen van de reguliere COVID-19-verpleegafdelingen. De gegevens over onderliggend lijden bij IC-opname worden momenteel nog niet met het RIVM gedeeld en het is op dit moment dan ook niet mogelijk om een verrijkt beeld te geven. Ik heb het RIVM gevraagd om met stichting NICE in gesprek te gaan om te bekijken of en hoe binnen de juridische kaders rondom privacy deze gegevens ook gebruikt kunnen worden voor een nog beter inzicht. Ik zal u informeren over de uitkomst daarvan.

Daarbij is mij ook gevraagd inzichtelijk te maken wat de reden is waarom de patiënten in de ziekenhuizen niet gevaccineerd zijn. Verschillende onderzoeken bieden inzicht in de motivaties van niet-gevaccineerden om zich niet te laten vaccineren. Hierin worden vaak zorgen over de veiligheid van de vaccinaties, vertrouwen in het eigen afweersysteem, geen angst voor de gevolgen van het virus en weinig vertrouwen in de overheid en/of farmaceutische bedrijven genoemd. Daarnaast spelen er verschillende onderliggende redenen een rol zoals religieuze overwegingen, sociale normen en beperkte toegang tot informatie. Het RIVM zal in overleg met ziekenhuizen verkennen of er specifieke motivaties zijn tot niet vaccineren specifiek onder patiënten die opgenomen zijn in het ziekenhuis.

Tot slot heb ik aangegeven het RIVM te vragen of het mogelijk is centraal een medische contra-indicatie voor vaccinatie te registreren en daarover periodiek te rapporteren. Medische contra-indicaties worden niet centraal maar in het medisch dossier van een individuele patiënt geregistreerd. Ook in ziekenhuizen wordt hier

geen centrale registratie voor bijgehouden. Aangezien het naar verwachting slechts een enkele patiënt betreft die om medische redenen niet gevaccineerd kan worden, lijkt het volgens het RIVM niet opportuun dit op te nemen in hun periodieke rapportage.

Verder verhogen vaccinatiegraad
In de brief van 14 september jl. ben ik uitgebreid ingegaan op de wijk- en doelgroepgerichte aanpak om de vaccinatiegraad te verhogen. Hieronder ga ik in op extra en voortgezette inspanningen in kwetsbare wijken en bij achterblijvende doelgroepen in de komende periode. Daarmee voldoe ik aan de moties van het lid Bikker (CU) over extra inspanningen om bewoners in kwetsbare wijken te bereiken met informatie over vaccinatie en met vaccinatiemogelijkheden.[59] En de motie van de leden Bikker (CU) en Kuiken (PvdA) over extra inspanning om in kwetsbare wijken niet-gevaccineerde bewoners een vrijwillige vaccinatie aan te bieden.[60] En tot slot, de motie van de leden Van den Berg (CDA) en De Vries (VVD) over opschalen van mobiele prikbussen waar zonder een afspraak een vaccin gehaald kan worden.[61]

<u>Inzicht in de groepen die zich nog niet hebben laten vaccineren: voorlichting & informatie</u>
In mijn eerdere brief heb ik toegelicht dat de groep ongevaccineerden onder te verdelen is in ruwweg drie groepen:

- Groep A: Mensen die zich willen laten vaccineren, maar dat om wat voor reden dan ook nog niet hebben gedaan. Interventies voor deze groep zijn gericht op het wegnemen van fysieke barrières.
- Groep B: Deze groep bestaat uit twijfelaars die meer emotionele, functionele en sociale barrières ervaren.
- Groep C: Bestaande uit mensen die (vooralsnog) geen prik willen.

Er zijn heel veel interventies ingezet, zoals prikken zonder afspraak, verruimen van openingstijden, pop-up-locaties en prikken in de wijk, gericht om fysieke drempels weg te nemen. Hiermee is het grootste gedeelte van de fysieke barrières al beslecht en is de groep die hierdoor nog geen prik heeft gehaald naar verwachting nog maar heel klein.

Voor de groepen B en C is een aanvullende aanpak gestart, gericht op het 'in gesprek gaan'. Het betreft ingaan op twijfels en vragen ten aanzien van vaccinatie en het informeren hierover. Het is daarbij van belang uitleg te geven over het beschermen van de eigen gezondheid en die van de sociale omgeving. Voor een uitgebreid overzicht van voorlichting en informatie over vaccinaties verwijs ik u naar paragraaf 17.

<u>Inspanningen gericht op stadswijken, gemeenten en doelgroepen met een lage vaccinatiegraad</u>
Bewoners van kwetsbare wijken lopen meer risico op een besmetting of ernstig verloop van een COVID-19-besmetting. Bij deze aanpak worden, op basis van data, inzichten over waar de vaccinatiegraad achterblijft gecombineerd met de lokale kennis en expertise van de GGD om te bepalen welke inspanningen waar het beste kan worden ingezet. Bestaande netwerken worden ingezet voor het voeren van gesprekken binnen de gemeenschap en voor informatievoorziening via vertrouwde sleutelfiguren, buurtteams of bijvoorbeeld de huisarts. Nog steeds

[59] Kamerstuk 25 295, nr. 1432.
[60] Kamerstuk 25 295, nr. 1370.
[61] Kamerstuk 25 295, nr. 1365.

worden bij ontmoetingsplekken binnen de gemeenschap, zoals bij een kerk of moskee, informatie en vaccinaties aangeboden. In vrijwel alle regio's geven GGD'en voorlichting bij of vaccineren in of bij gebedshuizen.

De GGD opent ook meer informatie- en priklocaties op drukbezochte of doorstroomlocaties, zoals op Hoog Catharijne in Utrecht en bij ziekenhuizen. Een van de voornaamste doelen van de inzet van de GGD op locatie is de dialoog aangaan en het goede gesprek over vaccineren te voeren. GGD GHOR Nederland ondersteunt de GGD'en en andere zorgpartners hierbij door het bieden van overzicht van mogelijke interventies, die beproefd en bewezen zijn in de verschillende regio's. In samenwerking met gemeenten zoekt de GGD steeds naar de beste plek voor mobiele vaccinatielocaties. Deze hoeven niet altijd in de kwetsbare wijken zelf geplaatst te worden omdat sociale druk in de wijk of het dorp de effectiviteit van de vaccinatielocatie sterk kan verminderen.

Andere voorbeelden van informatievoorziening zijn de medisch specialisten in het Maasstadziekenhuis die het gesprek gestart zijn met hun patiënten. Daarnaast werken GGD en huisartsen samen, zoals in Staphorst waar huisartsen informatie geven over vaccinatie en in Urk waar het mogelijk wordt gemaakt dat huisartsen kunnen gaan vaccineren.

<u>Inzet apothekers</u>
Tijdens het debat van 16 september jl. heb ik de heer Paternotte (D66) toegezegd na te gaan wat gesprekken met de apothekers hebben opgeleverd, in het licht van hun mogelijke bijdrage bij het verder verhogen van de vaccinatiegraad. Zoals bekend heb ik eerder aan GGD-GHOR Nederland gevraagd of zij de GGD-regio's kunnen vragen een pilot te starten, waarbij een prikbus van de GGD bij een apotheek geplaatst kan worden. Er start in november een pilot in drie apotheken in Friesland, waarbij de apotheek ingezet wordt als pop-up locatie voor de GGD om te vaccineren. De apotheek zal hier een rol innemen in de voorlichting aan mensen. Apothekers zijn in Nederland niet bevoegd om vaccins te plaatsen bij mensen. Dit is een voorbehouden handeling geregistreerd onder de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG). De huisartsen worden geïnformeerd en kunnen patiënten doorverwijzen naar de betreffende locatie.
Tevens heeft de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) aangegeven bereid te zijn via hun contacten informatie te verspreiden, vragen te beantwoorden en te verwijzen naar de GGD-vaccinatielocaties. Vooral apotheken in wijken met een achterblijvende vaccinatiegraad in de grote steden kunnen zo een bijdrage leveren aan het informeren van nog niet gevaccineerde mensen. Dit gebeurt al en vanaf maandag 8 november worden apotheken in wijken waar de vaccinatiegraad achterblijft actief benaderd door KNMP. Dit gebeurt met behulp van informatiemateriaal zoals posters, flyers en informatie online en zo mogelijk via filmpjes op digitale schermen in wachtruimtes. Ook hebben apothekers en GGD'en contact over gezamenlijke inzet bij het verhogen va de vaccinatiegraad. Het gaat dan bijvoorbeeld om het inzetten van een prikbus bij een apotheek. Daarnaast ondersteunt het RIVM de GGD'en en zorgprofessionals met informatiemateriaal en deskundigheidsbevordering, zoals webinars, zodat professionals met ongevaccineerden het goede gesprek kunnen voeren over ervaren barrières.

De hulp van de apothekers is ook ingezet bij het vaccineren van bewoners van zorginstellingen in de langdurige zorg. De apothekers hebben zorginstellingen ondersteunt bij het vaccineren. De zorginstellingen konden de hulp hierbij vragen van de eigen apotheek. Van dit aanbod is veel gebruik gemaakt.

Vrije inloop, pop-up locaties en prikbussen

Effectmetingen laten zien dat de inzet van mobiele prikbussen en mobiele of pop-up locaties succesvol is in wijken of bij doelgroepen waar de vaccinatiebereidheid achterblijft. Alle 25 GGD- regio's zetten deze interventie dan ook veelvuldig in. Sinds halverwege juli zijn in totaal ruim 405.000 vaccinaties gezet via vrije inloop. Jongeren maken het merendeel uit van de groep die gebruik heeft gemaakt van vrije inloop. Met de grootschalige inzet van prikbussen en het gebruik van (tijdelijke) pop-up locaties wordt ingezet op het verlagen van de (fysieke) drempel voor vaccinatie én op het verstrekken van informatie om een weloverwogen keuze te kunnen maken voor vaccinatie. Deze locaties worden data gedreven gekozen en bevinden zich op plaatsen waar de vaccinatiegraad achterblijft. Hier wordt rekening gehouden met wat speelt in de wijk. Het is bijvoorbeeld erg succesvol gebleken om eerst te informeren c.q. te flyeren en door te verwijzen naar een andere, minder zichtbare locatie voor het vaccineren. Dit principe werkt ook goed in ziekenhuizen, waar nu pop-up locaties worden ingericht. Medisch specialisten verwijzen mensen met vragen over het vaccin door naar de vaccinatielocatie bij het ziekenhuis, waar zij meer informatie kunnen krijgen over het vaccin en direct gevaccineerd kunnen worden.
De website www.prikkenzonderafspraak.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.

Stand van zaken vaccinatie niet-mobiele thuiswonenden

Thuisvaccinatie voert op dit moment de vaccinaties uit voor niet-mobiele thuiswonenden en de veegrondes in de instellingen zonder medische dienst of waar de huisarts niet in staat is te vaccineren. Er worden nog steeds ongeveer 40 mensen per week aangemeld. Het gaat om eerste en tweede vaccinaties en inmiddels ook derde prikken voor immuungecompromitteerde niet-mobiele patiënten. Momenteel staan er circa 530 personen op de lijst voor vaccinatie. Gemiddeld worden tussen de 100 en 150 prikken per week gezet door Thuisvaccinatie. Ook de huisartsen en GGD'en, die laatste in afstemming met Thuisvaccinatie, vaccineren de niet mobiele thuiswonende doelgroep. Zo zijn er ongeveer 2000 opgetrokken spuiten opgehaald bij de GGD'en door huisartsen, die eigen niet-mobiele patiënten hebben gevaccineerd. Daarnaast heeft de GGD ruim 400 mensen op de wachtlijst van Thuisvaccinatie gevaccineerd. In regio Haaglanden wordt momenteel geprikt door GGD-artsen met ondersteuning van het Rode Kruis. Momenteel wordt gekeken of deze samenwerking verder uitgerold kan worden.

Eerder is besloten om de opdracht aan Thuisvaccinatie te verlenen, waarbij is afgeweken van het reguliere aanbestedingsproces. Dit omdat zij op dat moment de enige partij waren die per direct beschikbaar was om deze kwetsbare groep te vaccineren. Deze opdracht liep van 29 maart tot 1 oktober 2021. Thuisvaccinatie heeft in de opdrachtperiode niet alle personen uit de doelgroep kunnen vaccineren. Deels kwam dit door de beperkte beschikbaarheid van artsen. Daarnaast is er – en dat is positief nieuws - een continue aanwas van nieuwe patiënten die via de huisarts worden aangemeld. Om de niet-mobiele thuiswonenden toch van een COVID-19-vaccinatie te kunnen voorzien is besloten de opdracht met Thuisvaccinatie met drie maanden te verlengen tot 1 januari 2022.

Stand van zaken vaccinatie van mensen met een allergische reactie na de eerste prik

Binnen de uitvoering van de vaccinatiestrategie is eerder dit jaar een aparte route ingericht om mensen met een (mogelijke) allergische reactie te kunnen vaccineren onder toezicht van een allergoloog in het ziekenhuis. Dit was toen mogelijk bij zes ziekenhuizen, inmiddels is dit opgeschaald naar tweeëntwintig ziekenhuizen. Het gaat om een kleine groep mensen die na vaccinatie een (mogelijk) allergische reactie heeft gehad. We schatten deze groep op circa 10.000 mensen. Zij hebben nog geen tweede vaccinatie ontvangen en zijn daarmee nog niet volledig beschermd. In veel gevallen zijn er wél mogelijkheden om alsnog, veilig, een tweede vaccinatie te krijgen. Ook is er een groep die vanwege een bekende of vermeende allergie voor het vaccin in het geheel nog geen vaccinatie heeft ontvangen. Daarom is sinds 21 oktober jl. een kleinschalige campagne gestart om deze groep in de komende weken te bereiken. Vanuit GGD GHOR Nederland wordt een brief gestuurd naar deze mensen met de oproep zich te melden bij de huisarts en is er publiekscommunicatie via rijksoverheid.nl beschikbaar gesteld. De laatste 2000 brieven worden eind deze week verstuurd.
Mensen die vermoeden een allergische reactie te hebben gehad na de eerste prik wordt geadviseerd contact op te nemen met hun huisarts. De huisarts bekijkt hoe de persoon veilig gevaccineerd kan worden en verwijst indien nodig door naar de medisch specialist. Op basis van informatie vanuit het RIVM, de GGD GHOR Nederland, ziekenhuizen en huisartsen monitor ik de voortgang van dit traject.

Stand van zaken derde prik voor specifieke patiënten met een ernstig verzwakt immuunsysteem

In mijn brief van 14 september jl. heb ik aangegeven dat specifieke groepen ernstig immuungecompromitteerde patiënten in aanmerking komen voor een derde vaccinatie. Met een extra vaccindosis zou de immuunrespons van deze patiënten verhoogd kunnen worden. Deze patiënten ontvangen daarom sinds 6 oktober jl. een brief van de medische specialist waar zij onder behandeling zijn, met een uitnodiging om een afspraak te maken bij een GGD-vaccinatielocatie voor een derde COVID-19-vaccinatie. We gaan uit van een groep van 224.000 patiënten.
De uitnodigingsbrief is inmiddels nagenoeg aan iedereen verstuurd. Tot en met 31 oktober zijn circa 61.000 derde prikken gezet en er staan ruim 18.000 afspraken gepland. Op basis van informatie vanuit het RIVM, de GGD GHOR Nederland, ziekenhuizen en huisartsen monitor ik de voortgang van dit traject.

Op 19 oktober jl. is een adviesaanvraag aan de Gezondheidsraad verzonden waarin ik de Gezondheidsraad verzoek mij op de hoogte te houden wanneer er nieuwe inzichten zijn omtrent groepen mensen die een verlaagde immuunrespons laten zien na volledige vaccinatie.

Continuering monitoring bijwerkingen

Bijwerkingencentrum Lareb houdt onverminderd de veiligheid van de coronavaccins goed in de gaten. In dit kader publiceert Lareb een tweewekelijkse rapportage op zijn website. De monitoring over de afgelopen periode laat een stabiel beeld zien. Nog steeds zijn de meest voorkomende bijwerkingen van een COVID-19-vaccinatie matig van ernst en gaan de klachten vanzelf over. Het aantal meldingen zegt niets over hoe vaak een bijwerking optreedt. Ook hoeft een gemelde bijwerking niet altijd door het vaccin veroorzaakt te zijn. Klachten of aandoeningen kunnen ook door een andere oorzaak na de vaccinatie zijn ontstaan. Mochten nieuwe of eerder onbekende (ernstige) bijwerkingen optreden,

dan rapporteert het Lareb hierover. Vanzelfsprekend zal ik uw Kamer hier ook over informeren.

Adviesaanvraag Gezondheidsraad over COVID-19-vaccinatie kinderen 5 tot en met 11 jaar
BioNTech en Pfizer hebben een aanvraag ingediend bij het EMA voor de beoordeling hun COVID-19-vaccin voor kinderen in de leeftijd van 5 tot en met 11 jaar. De Amerikaanse *Food and Drug Administration* (FDA) heeft op 26 oktober jl. reeds een positief advies gegeven over de inzet van het BioNTech/Pfizer-vaccin bij kinderen tussen de vijf en elf jaar oud. Zij geven aan dat de voordelen ook voor deze groep opwegen tegen eventuele risico's. Vooruitlopend op de beoordeling van het EMA, heb ik de Gezondheidsraad gevraagd te adviseren over de mogelijkheid om kinderen jonger dan 12 jaar uit medische risicogroepen te vaccineren tegen COVID-19. Deze vraag is met name van belang voor kwetsbare kinderen die behoren tot een van de medische hoogrisicogroepen. Ik heb de Gezondheidsraad verzocht in dit kader te bezien welke patiëntengroepen in aanmerking zouden moeten komen voor vaccinatie en daarbij relevante internationale wetenschappelijke inzichten te betrekken. Vanwege het grote maatschappelijke belang heb ik de Gezondheidsraad gevraagd deze adviesaanvraag met de hoogste prioriteit te behandelen. Het BioNTech/Pfizer-vaccin moet nog door de EMA geregistreerd worden voor 5 tot en met 12 jaar; dit zal naar verwachting medio december plaatsvinden.

Leveringen en donaties
In de Kamerbrief van 30 september jl. over vaccindonatie heb ik uw Kamer een overzicht gegeven van alle vaccindonaties die Nederland reeds heeft gedaan en een planning gepresenteerd van de donaties die dit jaar naar verwachting nog zullen volgen. Het uitgangspunt is dit jaar in totaal evenveel vaccins te doneren, zowel aan Covax als bilateraal, als dat we in Nederland gebruiken, onder het motto "*Get one - Give one*". Nederland geeft de voorkeur aan doneren via Covax. Op deze manier worden vaccins wereldwijd zo eerlijk mogelijk verdeeld.

Na de eerdere donatie van 500.000 vaccins via een leenconstructie met Zweden is inmiddels de directe donatie van "Nederlandse" vaccins aan Covax op gang gekomen. Op 26 oktober hebben de eerste 340.800 AstraZeneca-vaccins de fabriek verlaten. Op 3 november volgen nog eens 633.100 doses. De komende weken zal het aantal te leveren vaccins verder oplopen. Zoals gemeld in de brief van 30 september jl. is het tempo van de donaties aan Covax afhankelijk van de productie en leveringen vanuit de fabriek.

Om de administratieve lasten rond de donaties vooral voor Covax zo beperkt mogelijk te houden, is de weg van 'donatiemandaten' gekozen via zogenaamde faciliterende EU-lidstaten. Idee is dat (alleen) de faciliterende lidstaat een overeenkomst afsluit met een producent en Gavi (de organisatie achter Covax). Zo heeft Zweden een overeenkomst gesloten met farmaceut AstraZeneca, en Frankrijk met BioNTech/Pfizer. Nederland heeft donatiemandaten getekend voor deze producenten, waarmee Nederland verklaart dat de faciliterende lidstaten alle AstraZeneca en BioNTech/Pfizer vaccins waar Nederland dit jaar nog recht op heeft, aan Covax mag doneren. Dit is een administratief/juridische versimpeling: de vaccins gaan rechtstreeks van de fabriek naar Covax. In totaal gaat dat om ruim 10 miljoen doses. Recent hebben ook België en Zweden overeenkomsten gesloten met respectievelijk Janssen en Moderna. Naar verwachting worden de Nederlandse donatiemandaten hiervoor nog deze week getekend.

Al aan Nederland geleverde vaccins kunnen niet door Covax worden ontvangen. Nederland heeft, net als een aantal andere landen, terwijl in de EU aan de Covax overeenkomsten werd gewerkt, de leveringen enkele weken gepauzeerd. Dit om verspilling te voorkomen: zo konden in de tussentijd te produceren vaccins via andere wegen naar Covax gaan. Vanuit de eigen voorraad heeft Nederland daarnaast tot nog toe zo'n 2,5 miljoen vaccins bilateraal gedoneerd aan Indonesië, Suriname, Kaapverdië en Namibië. Ook dit aantal zal de komende weken nog oplopen. Aan Indonesië is toegezegd voldoende vaccins te doneren om 3 miljoen mensen te kunnen vaccineren.

Stoppen vaccineren AstraZeneca
Op 5 juli jl. heeft de Gezondheidsraad een advies uitgebracht dat op basis van onderzoekresultaten een eerste AstraZeneca-vaccinatie, gevolgd door een BioNTech/Pfizer-vaccinatie een ten minste even goed effect heeft op de immuunrespons. Op basis van dit advies is besloten dat Nederland geen nieuwe leveringen AstraZeneca meer ontvangt. De mensen die nog een afspraak hadden staan voor een tweede vaccinatie AstraZeneca, krijgen in principe het vaccin BioNTech/Pfizer. De afgelopen week hebben nog maar enkele mensen een afspraak voor een AstraZeneca-vaccinatie gemaakt en gehaald. Het RIVM heeft gegeven deze teruglopende vraag voorgesteld te stoppen met vaccineren van AstraZeneca. Ik heb hiermee ingestemd.

14. Innovatieve behandelingen

Op dit moment is er veel aandacht voor de toekomstige inzet van antivirale middelen in vroege fase van een COVID-19-infectie. Dit is een mooie ontwikkeling die het mogelijk maakt om patiënten in een vroege fase van de ziekte te behandelen om meer ziektelast te voorkomen. Behandelmethoden voor de latere fasen van infectie zijn reeds beschikbaar.

Het is goed om te realiseren dat behandelingen waarover gerapporteerd wordt in de media lang niet altijd al beschikbaar zijn. Vaak wordt gerapporteerd over eerste onderzoeksresultaten. Ook is het betreffende geneesmiddel in deze fase nog niet te koop. Voordat het gebruik van deze nieuwe geneesmiddelen mogelijk is, is het noodzakelijk dat een aantal procedures wordt doorlopen. Ten eerste is een handelsvergunning nodig om kwaliteit, veiligheid en werkzaamheid vast te stellen. Ten tweede moet overeenstemming komen over de prijs en de vergoeding en moet de overheid besluiten of het zelf de middelen gaat aankopen of dat dit aan de reguliere marktpartijen (groothandels en apotheken) wordt overgelaten. Ten derde wordt het proces doorlopen om een middel daadwerkelijk bij de patiënt te krijgen. Het volgen van deze procedures kost tijd.

Handelsvergunning voor nieuwe geneesmiddelen
In het reguliere registratieproces dient een farmaceutisch bedrijf een aanvraag in, voorzien van voldoende onderzoeksresultaten, bij het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA). Deze onderzoeksperiode duurt meestal enkele jaren, het registratieproces bij het EMA kost daarna gemiddeld ook nog 1 jaar.

Het is mogelijk om dit proces te versnellen met een *rolling review*. Bij een *rolling review* dient een farmaceutisch bedrijf al tijdens het klinisch onderzoekresultaten in bij het EMA en start het EMA nog lopende dit onderzoek de beoordeling. Hierdoor kan de formele procedure voor markttoelating, die volgt zodra het

klinisch onderzoek is voltooid, versneld worden afgerond. De vereisten voor de kwaliteit, veiligheid en werkzaamheid van een geneesmiddel blijven hierbij gelijk ten opzichte van een "gewone" procedure voor markttoelating.

Het EMA kan ook op basis van de beoordeling tijdens de *rolling review* al een voorlopige uitspraak doen over de kwaliteit, werkzaamheid en veiligheid van een geneesmiddel. Dit gebeurt via een zogeheten artikel 5.3 opinie. Daarop kan het ministerie van VWS beslissen om via een 'noodprocedure', een niet-geregistreerd geneesmiddel, in Nederland beschikbaar te stellen. Dit doet het ministerie van VWS in overleg met de IGJ en met steun van de beroepsgroep. Een noodtoelating kan een nuttig instrument zijn om nieuwe behandelingen versneld bij de patiënt te krijgen. Aangezien de kwaliteit, werkzaamheid en veiligheid van niet-geregistreerde geneesmiddelen nog niet volledig is vastgesteld, moet hier wel voorzichtig mee worden omgegaan.

Gezien de huidige fase van de pandemie raakt de proportionaliteit van deze noodprocedure uit balans. Voor de meest zieke COVID-19-patiënten is op dit moment een behandeling voorhanden en blijft het vaccin de beste manier om te beschermen tegen ernstig verloop van de ziekte.
Daarnaast is een belangrijk punt dat bij de huidige noodprocedure en de gezamenlijke inkoop van de Europese Commissie (EC), nadat een voorwaardelijke handelsvergunning is afgegeven, de kosteneffectiviteit en relatieve waarde van het product niet worden getoetst, hetgeen in het reguliere proces wel wordt gedaan. Het BeNeLuxA[62] initiatief heeft hierover ook een statement gepubliceerd.[63]

Om bovenstaande redenen zal ik terughoudend zijn in het beschikbaar stellen van niet-geregistreerde geneesmiddelen. Ook zal ik het beschikbaar stellen van deze middelen geleidelijk weer over laten aan de markt en via de reguliere registratieprocessen laten verlopen. Het gevolg van het alleen toelaten van geregistreerde geneesmiddelen, is dat deze naar verwachting enkele maanden later beschikbaar komen voor de patiënt. Wel kan ik, indien de absolute (medische) noodzaak zich voordoet dat een middel eerder nodig is, mijn bevoegdheden blijven inzetten om de middelen sneller beschikbaar te stellen voor de Nederlandse patiënt.

Inkoopprocedure en implementatie van COVID-19-geneesmiddelen
In het coronadebat van 16 september jl. verzocht u mij via de motie van het lid Stoffer c.s.[64] om mij in Europees verband in te spannen op korte termijn tot overeenstemming te komen met producenten van kansrijke antivirale middelen. Daarnaast verzocht u mij via deze motie om een plan van aanpak op te stellen, zodat deze geneesmiddelen na goedkeuring zo spoedig mogelijk kunnen worden toegepast bij patiënten.

<u>Gezamenlijke inkoopprocedures in Europees verband</u>
Het ministerie van VWS neemt deel aan de gezamenlijke inkoopprocedures van de Europese Commissie (EC). Deze gezamenlijke inkoopprocedures borgen een

[62] Beneluxa initiative | BeNeLuxA
[63] Assessment of COVID-19 monoclonal antibodies is needed | BeNeLuxA
[64] Kamerstuk 25 295, 1438.

sterkere onderhandelingspositie en een eerlijke verdeling tussen de lidstaten van de (vaak schaarse) middelen. Alleen bij voldoende onderzoeksgegevens en na vaststellen van de doelgroep, kan over worden gegaan tot gezamenlijk inkoop op Europees niveau.

In mijn brief van 14 september jl.[65] heb ik aangegeven reeds drie contracten via gezamenlijke inkoopprocedures van de EC te hebben afgesloten. Ook heeft Nederland zich ingeschreven voor de twee gezamenlijke inkooptrajecten voor de antivirale middelen die in de vroege fase van besmetting kunnen worden ingezet. Via deze trajecten heb ik een reservering geplaats om het middel molnupiravir van fabrikant MSD en het antivirale middel dat Pfizer momenteel ontwikkelt, voor Nederland veilig te stellen.

Ontwikkelingen binnen deze, en eventueel nieuwe aankooptrajecten, houd ik nauwlettend in de gaten. Ik zal alleen overgaan tot daadwerkelijke aankoop indien het EMA een (voorwaardelijke) handelsvergunning afgeeft. Ook is steun van de beroepsgroep belangrijk voor daadwerkelijke inzet van het middel.

Tot slot is aankoop van geneesmiddelen door het ministerie van VWS via een gezamenlijke inkoopprocedure een belangrijk middel om schaarse producten beschikbaar te krijgen voor de Nederlandse patiënt. Tegelijkertijd is het in het reguliere proces niet aan het ministerie van VWS om geneesmiddelen in te kopen. Geleidelijk zal ik ook het inkopen van deze middelen weer overlaten aan de markt.

<u>Spoedige toepassing van geneesmiddelen bij de patiënt</u>
De eerste behandelingen, specifiek gericht op het beperken van de ziektelast van COVID-19, die beschikbaar kwamen, zijn antilichaambehandelingen. Inmiddels wordt één behandeling ingezet voor de Nederlandse patiënt. Dit geneesmiddel wordt via het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) beschikbaar gesteld aan ziekenhuisapotheken. De behandelend arts kan dit middel inzetten via de ziekenhuisapotheken. Wanneer nieuwe geneesmiddelen, die beschikbaar komen in ziekenhuizen, worden ingezet zal naar verwachting deze route weer worden gebruikt.

Daarnaast worden in de komende maanden minimaal twee verschillende antivirale middelen verwacht die in de vroege fase van een COVID-19-besmetting kunnen worden ingezet, via de eerstelijnszorg. Ik ben samen met de beroepsgroepen, het RIVM, het Zorginstituut en de farmaceutische bedrijven, het implementatieproces aan het vormgeven. Momenteel wordt gewerkt aan het, via de eerdergenoemde motie, ingediende verzoek om een plan van aanpak op te stellen, zodat deze geneesmiddelen na goedkeuring zo spoedig mogelijk kunnen worden toegepast bij patiënten.

Evaluatie ter voorkoming geneesmiddelentekorten
In de Kamerbrief van 11 november 2020[66] kondigde ik een evaluatie aan van enkele maatregelen uit 2020 met betrekking tot het voorkomen van geneesmiddelentekorten tijdens de coronacrisis. Ik kan uw Kamer melden dat deze evaluatie bijna is afgerond. De verwachting is dat het rapport over het

[65] Kamerstuk 25 295, 1422.
[66] Kamerstuk 35 537, nr. 4.

geïntensiveerde contact met de veldpartijen via de Coronaberaden en de voorraadmonitoring van het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen in januari 2022 aan uw Kamer zal worden gezonden.

Tocilizumab
Ten aanzien van het dreigende tekort van het middel tocilizumab, waarover ik uw Kamer per brief van 14 september 2021 heb geïnformeerd, meld ik u dat er nog geen zekerheid bestaat dat een tekort definitief kan worden afgewend. Op dit moment is er overigens geen sprake van een acuut tekort. Met de recente toename in ziekenhuisopnames moet opnieuw worden gekeken naar de prognoses die zijn gemaakt om de periode tot wanneer het middel weer leverbaar is in te kunnen schatten. De verwachting is dat de periode tot half december kan worden overbrugd. Uw Kamer wordt hierover in een aparte brief geïnformeerd.

Zorgen dat de zorg het aankan

15. Zorg voor patiënten in de keten

Actueel beeld COVID-zorg in de ziekenhuizen
Sinds begin oktober zien we in de ziekenhuizen een onverwacht snelle stijging van de instroom van het aantal COVID-patiënten. Dat leidt sindsdien ook tot een voortdurende stijging van de bezetting, zowel op de klinische verpleegafdelingen als op de IC. De verwachting van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) op basis van de beschikbare data is dat deze stijging van de COVID-bezetting op zowel de IC als in de kliniek voor de komende week zal aanhouden. Op dit moment (stand dinsdag 2 november 2021) zijn volgens het LCPS in totaal al 1.312 patiënten met COVID-19 in de Nederlandse ziekenhuizen opgenomen, waarvan 240 COVID-patiënten op de IC en 1.072 COVID-patiënten in de kliniek. Twee weken geleden (18 oktober 2021) was dit aantal nog 146 COVID-patiënten op de IC en 464 COVID-patiënten in de kliniek. Om de instroom van nieuwe COVID-patiënten op te vangen en om de druk op de IC- en verpleegafdeling zo goed mogelijk over de ziekenhuizen te verspreiden, wordt er (boven)regionaal samengewerkt en worden COVID-patiënten verspreid als dat nodig is. Het LCPS is sinds 20 oktober jl. weer operationeel voor bovenregionale spreiding. Afgelopen week hebben er 29 (boven)regionale verplaatsingen plaatsgevonden.

De IC-bezetting en de oplopende opnames zijn slechts het topje van de ijsberg in deze pandemie. De coronapandemie heeft zijn weerslag op de hele zorgketen, de druk op de zorg neemt toe. Van huisarts tot wijkverpleegkundige, van SEH- en IC-verpleegkundige tot verzorgende in de verpleeghuizen en van medisch specialist tot zorgbestuurder en andere medewerkers in de zorg die niet direct aan het bed staan. Iedereen zet zich volledig in om de zorg te kunnen blijven leveren. De intensieve en versterkte samenwerking van de zorgketen in het ROAZ en het LNAZ is daarbij van grote waarde gebleken.

Actueel beeld COVID-zorg buiten het ziekenhuis
GGD GHOR Nederland houdt middels de Monitor Zorgcontinuïteit niet-ziekenhuiszorg 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 151 eerstelijnsverblijfbedden voor COVID-19-patiënten, waarvan 40 bedden bezet zijn (cijfers 20 oktober 2021). In veruit de meeste veiligheidsregio's is de situatie rondom personeel, middelen en processen beheersbaar. Wel klinken ook hier signalen over stijging van de ervaren druk, met name vanwege personele capaciteitsproblemen. De IGJ geeft aan dat in een aantal ROAZ-regio's de continuïteit van de reguliere huisartsenzorg en de huisartsenpost al ernstig onder druk staat, wat leidt tot een toename van druk op de spoedeisende hulp.

Stand van zaken toegankelijkheid reguliere zorg
De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) publiceerde 28 oktober jl. de derde Monitor Toegankelijkheid van Zorg, die ik als bijlage bij deze brief meestuur. 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 te monitoren en de mate waarin inhaalzorg wordt geleverd. De meest actuele gegevens van de NZa maken inzichtelijk dat het aantal verwijzingen op dit moment rond de 95% ligt van het verwachte aantal in een normale situatie zonder corona. In de laatste 2 weken is het aantal verwijzingen 10 duizend minder dan verwacht. 5 ziekenhuizen schalen de kritiek planbare zorg (zoals bijvoorbeeld orgaantransplantaties of oncologische operatieve ingrepen) nog deels af. Hiervan geven 2 ziekenhuizen aan niet alle kritiek planbare zorg tijdig (binnen 6 weken) te kunnen leveren. In de monitor wordt ook inzichtelijk dat het verzuimcijfer onder zorgpersoneel hoog blijft.

Daarnaast heb ik op 28 oktober jl. een brief ontvangen van de IGJ die ik als bijlage bij deze brief meestuur. In deze brief wordt een beeld geschetst van de huidige stand van zaken, bezien vanuit het perspectief van de inspectie, op de volgende onderwerpen: actuele situatie op regionaal niveau, beeld over knelpunten in de geboortezorg, zorg en jeugdhulp voor kwetsbare groepen in de samenleving, infectiepreventie en toezicht door de IGJ in de komende periode.

Inhaalzorg
De NZa schat dat maximaal 180.000 tot 200.000 operaties extra uitgevoerd moeten worden als gevolg van zorg die tijdens de pandemie is uitgesteld. De NZa laat in de nieuwste monitor op basis van de gegevens van 44 van de 73 ziekenhuizen zien, dat ongeveer 61.000 operaties bij deze ziekenhuizen op planning staan. Van 29 ziekenhuizen, waaronder een aantal grote, zijn nog geen gegevens bekend. Deze 61.000 geplande operaties vragen ongeveer 2.500 extra IC-dagen, wat overeenkomt met het equivalent van ongeveer 150 coronapatiënten die IC-zorg nodig hebben. Als de druk op de IC-zorg toeneemt door grotere aantallen COVID-patiënten, zal dat dus ook een negatief effect hebben op de mogelijkheden voor het inhalen van de uitgestelde zorg.

De cijfers van de NZa laten zien dat zelfstandig behandelcentra inmiddels meer zorg leveren dan voor de start van de COVID-pandemie en dat het aantal verwijzingen naar klinieken is gestegen. Van de operaties die tijdens de coronapandemie in de ziekenhuizen zijn uitgesteld, is op basis van een grove

schatting 10% inmiddels in een zelfstandige behandelkliniek ingehaald. Patiënten zijn hiermee geholpen en het maakt dat ziekenhuizen iets minder behandelingen op de werkvoorraad hebben staan die nog moeten worden ingehaald.
De NZa constateert dat er landelijk verschillen in wachttijden zijn. Dat betekent dat patiënten voor sommige behandelingen op een andere plek sneller kunnen worden geholpen. Het stimuleren van samenwerking tussen ziekenhuizen onderling en tussen ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra kan helpen om patiënten op een andere plek sneller te helpen. Patiënten kunnen zelf ook actie ondernemen en contact opnemen met hun behandelend arts of met de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan bemiddelen naar een ziekenhuis of zelfstandige behandelcentrum waar eerder plek is. Daarnaast hebben zorgverzekeraars een belangrijke regionale coördinatierol in het borgen van de toegankelijkheid van (inhaal)zorg en in het 'Kader passende inhaalzorg MSZ' is afgesproken dat zij vanuit hun zorgplicht knelpunten oppakken. De NZa monitort de toegankelijkheid van de zorg nauwgezet, ziet toe op de goede uitvoering van het kader inhaalzorg en spreekt zorgverzekeraars actief aan op hun zorgplicht.

IC-opschaling
Op verzoek van de toenmalige minister voor Medische Zorg en Sport heeft het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) in de zomer van 2020 het Opschalingsplan COVID-19 opgesteld. Daarmee werd een vaste uitbreiding van de IC-capaciteit tot 1.350 IC-bedden en aanvullend een flexibele opschaling van de capaciteit tot 1.700 IC-bedden mogelijk gemaakt. Deze bedden zijn, waar nodig, ingezet tijdens de tweede en derde golf.

Op verzoek van het ministerie van VWS heeft het LNAZ de afgelopen weken gewerkt aan een evaluatie van de afgelopen periode en een vooruitblik naar de toekomst. Het LNAZ heeft op basis hiervan een actualisatie van het Opschalingsplan COVID-19 gemaakt. Beide documenten zijn als bijlage bij deze brief opgenomen. Gezien het feit dat de druk op de zorg aanhoudt en we ook voor dit najaar en deze winter rekening moeten houden met een mogelijke zware belasting op de zorg, heb ik het LNAZ ook gevraagd te verkennen of de COVID-zorg ten tijde van de piekbelasting op de IC en in de kliniek anders ingericht kan worden, bijvoorbeeld door concentratie van COVID-zorg op een beperkt aantal plekken die flexibel kunnen worden ingericht, naast de al bestaande capaciteit in de ziekenhuizen. In de begeleidende brief bij het geactualiseerde Opschalingsplan COVID-19 gaat het LNAZ in op deze vraag. Deze begeleidende brief van het LNAZ is als bijlage bij deze brief opgenomen. Hiermee voldoen ik aan de toezegging om de Tweede Kamer te informeren over de verkenning door het LNAZ of COVID-zorg ten tijde van de piekbelasting op de IC en in de kliniek anders ingericht kan worden.

Het geactualiseerde Opschalingsplan van het LNAZ is gericht op het voorbereiden van de gehele acute zorgketen op een nieuwe opleving van de COVID-pandemie dit najaar. Het plan beschrijft welke besluiten en maatregelen in welke fase van de pandemie genomen kunnen worden om de druk op de zorg zo goed mogelijk op te vangen. In het geactualiseerde Opschalingsplan wordt onder andere beschreven hoe op een verantwoorde manier kortdurend opgeschaald kan worden naar 1.350 IC-bedden.
Op basis van de ervaringen van het afgelopen jaar en de meest recente prognoses van het RIVM lijkt een capaciteit van 1350 IC-bedden voldoende te zijn.

Gedurende de piek van de tweede en de derde golf lag de benodigde IC-capaciteit steeds rond de 1350 - 1400 bedden, met in korte periodes uitschieters naar 1550. De verwachting is dat door de huidige vaccinatiestatus de piek de komende winter lager zal liggen. Prognoses van het RIVM laten zien dat we deze winter een piek kunnen verwachten van rond de 500 COVID-patiënten op de IC. Deze piek moet met een capaciteit van 1350 IC-bedden op te vangen zijn. Hierbij gaan we er vanuit dat er altijd 350 IC-bedden beschikbaar moeten zijn voor zorg die acuut nodig is en dat er ook 200 BOSS bedden aanwezig moeten zijn. Dan blijft er daarnaast ook ruimte over voor het opvangen van griep patiënten of patiënten die na een operatie een IC bed nodig hebben. Hoe hoger het aantal COVID- en grieppatiënten op de IC, hoe minder ruimte er zal zijn voor (het in halen van) reguliere planbare zorg. Dit zijn communicerende vaten.
Het opschalen naar 1350 IC-bedden is echter geen vanzelfsprekendheid. De belasting van het personeel is lang en hoog geweest. Uit gesprekken met individuele IC-verpleegkundigen en IC-artsen, om uit eerste hand van hen te horen wat de daadwerkelijke impact is van wat zij iedere dag opnieuw voor ons doen en hun te bedanken voor de grote inzet die zij leveren, komt eensluidend naar voren dat iedereen wil dat iedere patiënt, zowel COVID als non-COVID, de zorg krijgt die nodig is. Maar door de hoge werkdruk en het hoge ziekteverzuim en de wens om kwalitatief goede zorg te blijven leveren wordt dit steeds moeilijker. Dit heeft zijn weerslag op wat de zorg nog aankan. De reguliere zorg, en zeker de kritiek planbare zorg die binnen 6 weken geleverd moet worden zou door moeten gaan en anders zou bijvoorbeeld gekeken moeten worden hoe gericht afgeschaald kan worden als de druk op de ziekenhuizen te hoog wordt. Wat er nog op de zorg afkomt en wat er nog kan in de zorg is een fragiel evenwicht wat goed bewaakt moet worden.
Het LNAZ beschrijft in hun begeleidende brief een aantal randvoorwaarden die nodig zijn om deze opschaling mogelijk te maken en de toegankelijkheid van de zorg zo goed mogelijk te kunnen blijven waarborgen. Dat betekent volgens LNAZ onder meer het volgende:

1. We moeten blijven inzetten op het beperken van de instroom van COVID-patiënten in de zorg en het benutten van de ketencapaciteit voor in-, door- en uitstroom. Het LNAZ doet hier een aantal goede suggesties voor. Bij het beperken van de instroom ligt er allereerst een rol voor overheid en samenleving als geheel. Er is, zoals het LNAZ ook aangeeft, een directe relatie tussen de (naleving van) coronamaatregelen, de vaccinatiegraad en het aantal besmettingen die uiteindelijk kunnen leiden tot ziekenhuisopnames. Die verantwoordelijkheid neem ik heel serieus. Zie ook hoofdstuk 4 van deze brief.
2. Het spreiden van COVID-patiënten blijft een must om de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor iedereen gelijkwaardig te houden. Ik verwacht daarom van de ziekenhuizen dat zij tegemoet komen aan de oproep van het LNAZ om de komende tijd bedden te blijven aanbieden als er ruimte is zodat het LCPS patiënten zo goed mogelijk kan verdelen over het land.
3. Rond een bezetting van 1.150 IC-bedden, zal planbare reguliere afgeschaald worden. Op dat moment zullen we aan Duitsland vragen om IC-patiënten met COVID-19 van ons over te nemen. Hierdoor blijft er ruimte vrij in de ziekenhuizen voor de kritiek-planbare acute zorg. Het afschaling van reguliere zorg is geen makkelijke beslissing,en want ook (het inhalen van) reguliere zorg verdient de volle aandacht van zorgprofessionals. Het is uiteindelijk aan de zorgprofessional om hierin de

medische afweging te maken. Het tijdelijk beleidskader waarborgen acute zorg in de COVID-pandemie en het bijbehorende raamwerk van de FMS blijven hierbij be-hulpzaam en van kracht.

Het LNAZ geeft in het geactualiseerde Opschalingsplan en in de begeleidende brief aan dat een uitbreiding naar meer dan 1.350 IC-bedden op dit moment niet haalbaar is, ook niet wanneer die extra opschaling geconcentreerd zou worden in enkele ziekenhuizen. Datzelfde beeld kwam naar voren uit de gesprekken die ik de afgelopen dagen heb gevoerd met diverse partijen[67] over de (on)mogelijkheden om verdere opschaling boven de 1.350 bedden te bewerkstelligen. De belangrijkste oorzaak hiervoor is een tekort aan zorgprofessionals - met name IC-verpleegkundigen - door een aanhoudend hoog ziekteverzuim en een verhoogde uitstroom. Hoewel ik het LNAZ had gevraagd om te bezien hoe in de piek extra capaciteit kan worden vrijgemaakt, begrijp ik wel waarom de zorgpartijen op dit moment geen ruimte zien voor uitbreiding van de beschikbare IC-bedden boven de 1350. Ik heb daarnaast het vertrouwen dat de zorg altijd alles zal doen om te zorgen dat elke patiënt geholpen kan worden, ook als er meer IC-bedden nodig zijn.
Dat neemt niet weg dat - mochten we op enig moment alsnog tegen een tekort aan IC-capaciteit aanlopen en we het risico lopen in de zogenaamde fase 3 terecht te komen - ik mij verantwoordelijk blijf voelen om te bezien of er alsnog mogelijkheden zijn om iets extra's te doen zodat de plannen die gemaakt zijn voor fase 3 niet gebruikt hoeven te worden. Ik zal dan opnieuw met het LNAZ en het veld in overleg treden om te bezien welke vervolgstappen nog genomen kunnen worden om een dergelijke onverhoopte 'piek van de piek' aan te kunnen, en daarbij desnoods buiten de nu bestaande kaders te denken. Ook de toezichthouders (IGJ en NZa) zullen hierbij betrokken worden, zodat zij behulpzaam kunnen zijn om deze lastige stappen mogelijk te maken. Als een dergelijke piek ondanks alle inspanningen aanhoudend hoog blijft, zal het tijdelijk beleidskader fase 3 in werking treden.[68]

Long COVID
Een deel van de mensen houdt als gevolg van een COVID-besmetting langdurige klachten over, bijvoorbeeld vermoeidheid en benauwdheid. De klachten verschillen per persoon in duur en ernst. Het treft ook mensen die voor hun COVID-besmetting fit waren. De belangrijkste manier om te voorkomen dat mensen langdurige klachten houden na COVID-19 is het beschermen van mensen tegen een COVID-besmetting. Echter blijft het belangrijk om ons in te zetten voor deze patiënten en voor diegene die mogelijk nog te maken gaan krijgen met langdurige klachten als gevolg van een COVID-besmetting. Ik stuurde u daarom op 20 september al de brief "inzake verzoek om reactie op petitie en op het 10-puntenplan Long COVID". Dat Long COVID een belangrijk thema is blijkt wel uit de grote hoeveelheid vragen die ik heb ontvangen op 13 oktober in het schriftelijk overleg[69] in reactie op de Brief. Op dit schriftelijk overleg stuur ik zo snel als mogelijk mijn reactie.

---

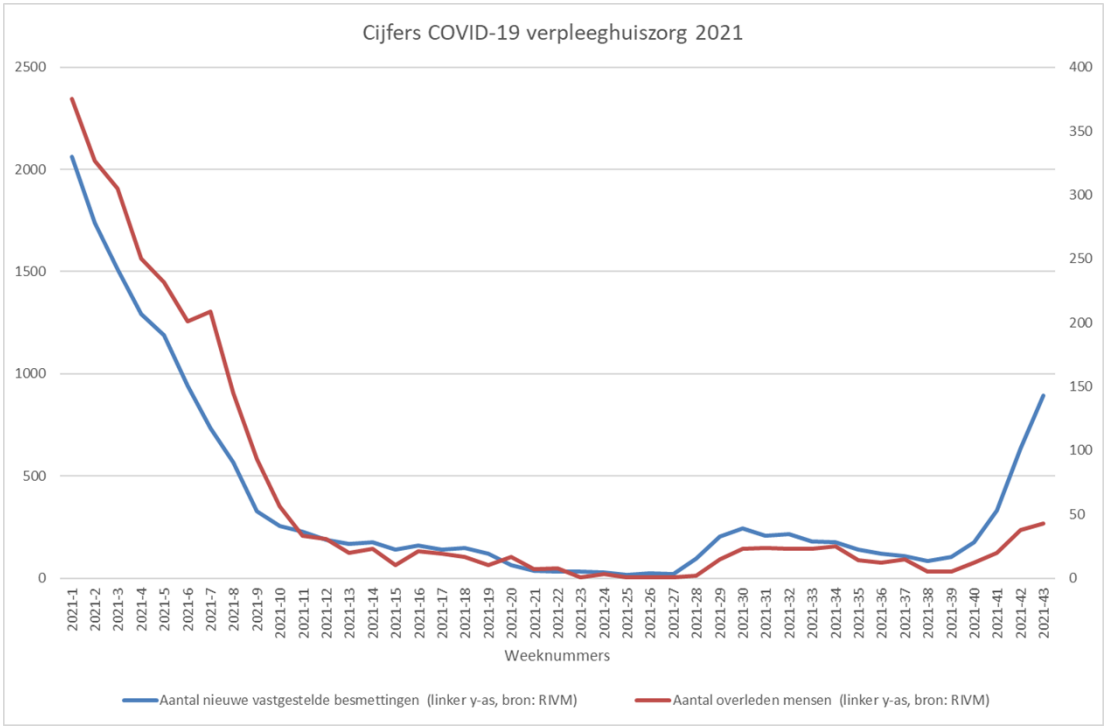
[67] Er zijn gesprekken geweest met het LNAZ, de ROAZ-voorzitters, NVZ, NFU, FMS, NVIC, V&VN, ZKN, LHV, ZN, GGD-GHOR, NZa en de IGJ.
[68] Kamerstukken 2020-2021, 31 765, nr 549
69 Kamerstuk 2021D38460

16. Kwetsbare personen

Het LNAZ geeft in hun begeleidende brief bij het geactualiseerde Opschalingsplan aan, dat er een gezamenlijke opdracht ligt voor de samenleving, de zorg, en de overheid om de komende maanden met elkaar de besmettingen en ziekenhuisopnames binnen te accommoderen grenzen te houden en de onvermijdelijke pieken in het komende winterseizoen op te vangen. Eén van de pijlers die zij noemen is het maximaal gebruiken van de volledige ketencapaciteit. Het aanbieden en laten doorgaan van (COVID- en non-COVID-)zorg op locaties buiten de muren van het ziekenhuis is hierin van belang. Denk daarbij aan het beschikbaar stellen van extra capaciteit in de sector Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT), bijvoorbeeld voor eerstelijnsverblijf (ELV). Hiermee kan de uitstroom vanuit het ziekenhuis worden verbeterd. Hierbij moet uiteraard de belastbaarheid van de VVT en de druk die dit levert op de VVT in ogenschouw genomen worden.

Hieronder is het actuele COVID beeld van de verpleeghuiszorg, kwetsbare personen thuis en gehandicaptenzorg weergegeven.

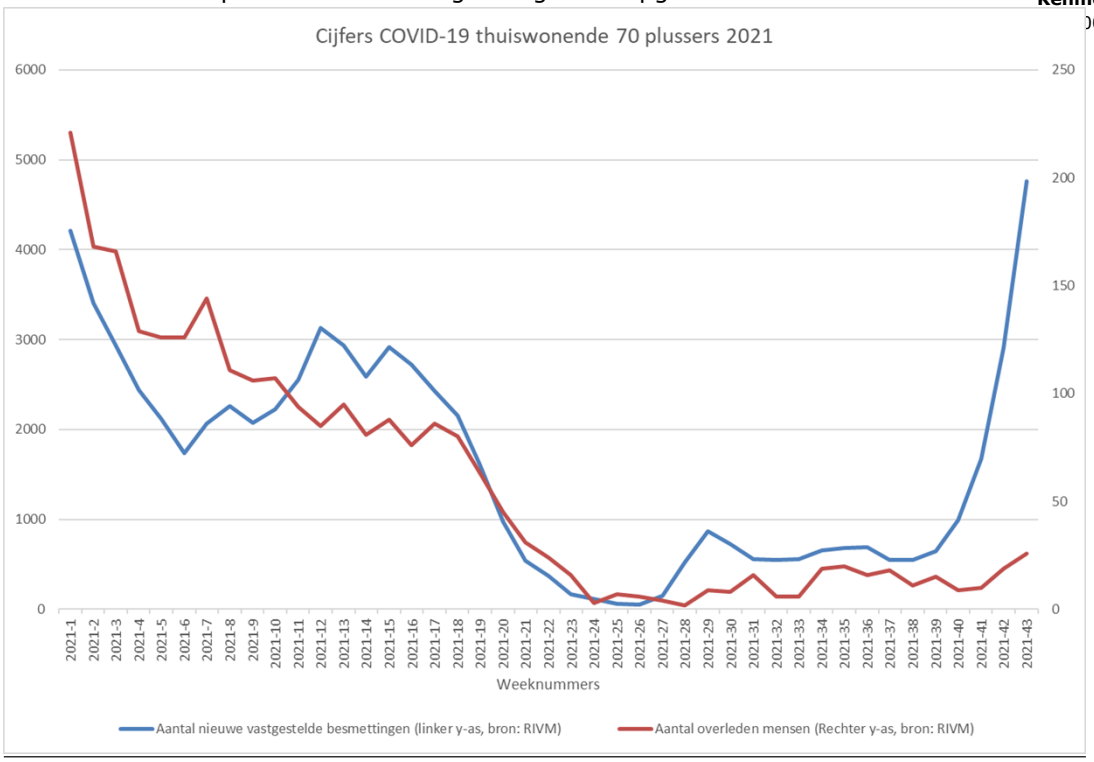
Cijfers
Verpleeghuiszorg
De huidige situatie ten aanzien van het aantal COVID-19-besmettingen en COVID-19-sterfte in verpleeghuizen is in navolgende grafiek opgenomen:



Figuur 1. Cijfers COVID-19 verpleeghuiszorg 2021

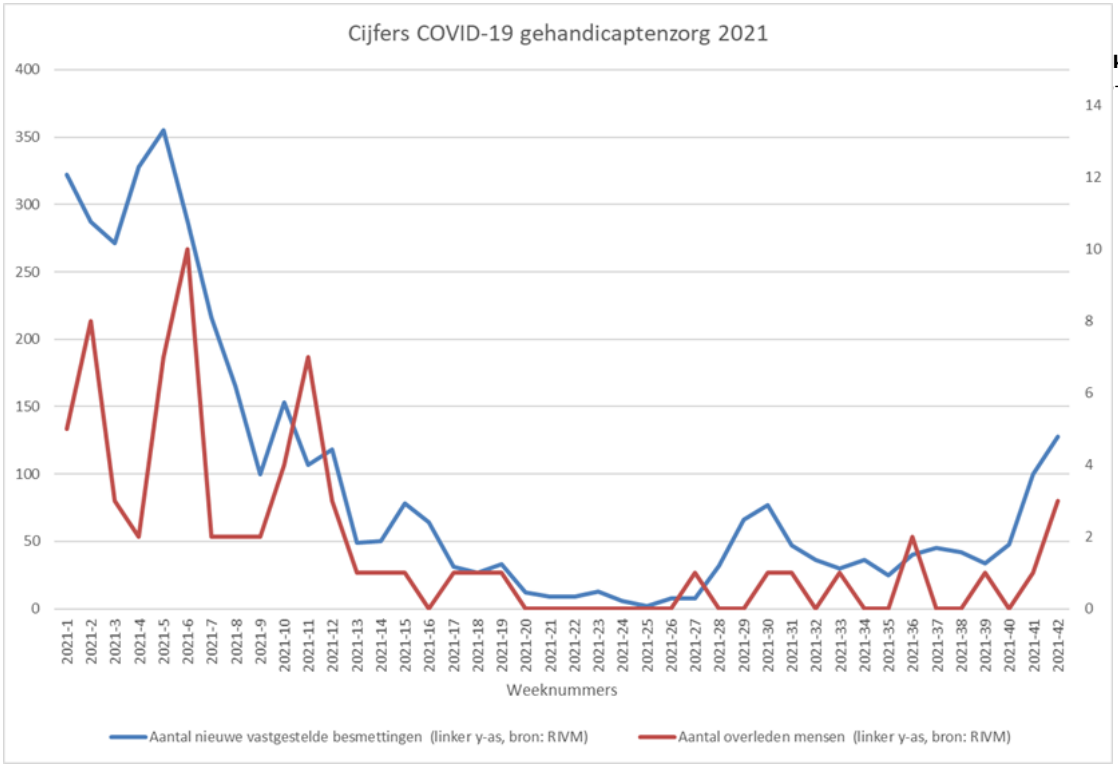
Cijfers thuiswonende ouderen

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



Figuur 2. Cijfers COVID-19 thuiswonende 70 plussers 2021

<u>Bewoners gehandicapteninstellingen</u>
De situatie ten aanzien van het aantal COVID-19-besmettingen en COVID-19-sterfte in instellingen voor gehandicaptenzorg is in navolgende grafiek opgenomen:



Figuur 3. Cijfers COVID-19 gehandicaptenzorg 2021

Ontwikkelingen in de langdurige zorg
Uit de grafieken hierboven blijkt dat, net als in de rest van de samenleving, ook in de verpleeghuizen en thuiswonende ouderen het aantal besmettingen en uitbraken na een betrekkelijk rustige periode weer toeneemt. Waar de oplopende besmetting in de samenleving zich in de zomermaanden maar beperkt doorvertaalde in meer besmettingen onder ouderen thuis en bewoners van instellingen voor ouderen- en gehandicaptenzorg, is dat helaas niet langer het geval. Gemiddeld genomen worden mensen wel minder ziek en blijft de sterfte tot nu toe relatief beperkt.

Op 24 juni jl. heeft een werkgroep van het OMT aangegeven dat preventief gebruik van medische mondneusmaskers aangewezen is als het risiconiveau boven waakzaam komt. Dit hogere niveau is inmiddels bereikt, hetgeen betekent dat de zorgverleners in de langdurige zorg weer preventief een medisch mondneusmasker behoren te dragen bij de verpleging, verzorging of behandeling van bewoners binnen 1,5 meter afstand. Dit advies van de OMT-werkgroep is in lijn met het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) volgens de geldende LCI richtlijn, Uitgangspunten PBM bij verzorging, verpleging of medische behandelingen buiten het ziekenhuis (https://lci.rivm.nl/covid-19/PBMbuitenziekenhuis) die onder het toezicht van de IGJ valt.

In april 2021 hebben ActiZ, Alzheimer Nederland, LOC, NIP, Verenso, V&VN en Zorgthuisnl de handreiking bezoek en sociaal contact vastgesteld. 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
- ✓ Maatregelen in gebouw, zoals looproutes en ventilatie
- ✓ Blijven faciliteren van sociaal contact
- ✓ Beweging van bewoners blijven stimuleren
- ✓ Inzet contactberoepen
- ✓ Inzet vrijwilligers

De handreiking stelt dat zorgorganisaties zelf de afweging mogen maken, passend bij de risicosituatie, zoals nu zorgelijk bij oplopende besmettingen. Hierbij zijn de richtlijnen van het RIVM en het behandeladvies van Verenso de basis.
Ik heb met de partijen in de langdurige zorg afgesproken dat zij hun achterban wijzen op de noodzaak van het naleven van de uitgangspunten. Dit houdt naast het bovenstaande ook in dat zowel gevaccineerde als niet-gevaccineerde zorgmedewerkers de algemene en zorg specifieke hygiënemaatregelen toepassen, geen handen geven, thuisblijven bij COVID-gerelateerde klachten en zich laten testen, een gezondheidscheck afnemen bij de cliënt bij het begin van de zorg en bij zorgcontacten zoveel mogelijk de veilige afstand van 1,5 meter aanhouden.

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

Uit deze contacten met zorgaanbieders blijkt dat ook zij bezorgd zijn met de weer oplopende besmettingsaantallen. Diversen van hen geven aan de eerder versoepelde maatregelen weer op te pakken. Denk daarbij aan het herstelling van crisisoverleg en scheiden van cliëntenstromen. Het ministerie heeft met deze partijen wekelijks structureel overleg om de situatie te monitoren, signalen uit te wisselen en waar nodig bij te sturen.

Verder werken de zorginstellingen hard aan het verhogen van de vaccinatiegraad onder hun medewerkers door het organiseren van het goede gesprek op de werkvloer en bieden van betrouwbare informatie over bijwerkingen en veiligheid van de vaccinaties. Zij worden daarbij ondersteund door de koepelorganisaties die op verschillende manieren de informatie toegankelijk maken (zoals door het organiseren van verschillende webinars). Het ministerie ondersteunt de koepels hierbij met het bieden van handzame informatie.

Ik zou graag mijn waardering willen 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 meer. Deze mensen zijn het kapitaal van onze zorg en vormen de warme mantel rond onze kwetsbaren.
Een groot zorgpunt in de langdurige zorg is dan ook de beschikbaarheid van zorgverleners. Het ziekteverzuim is hoog (zie onderstaande grafiek). De besmettingen onder de zorgverleners lopen helaas ook weer op en de noodzaak om in quarantaine te gaan daarmee ook. 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.

Sociaal domein
Financiële afspraken rondom de meerkosten in het sociaal domein
De VNG en het Rijk hebben afgesproken dat meerkosten binnen het sociaal domein als gevolg van de coronapandemie in 2021 door het Rijk worden gecompenseerd[70]. Daartoe is bij de voorjaarsnota een raming van € 141 miljoen aan meerkosten opgenomen.
In opdracht van de ministeries van VWS, FIN, BZK en de VNG is een onderzoek naar de omvang van de totale meerkosten in het sociaal domein uitgevoerd (zie bijlage). Op basis van dit onderzoek is de totale hoogte van de compensatie m.b.t. de Jeugdwet en Wmo 2015 in het bestuurlijk overleg over jeugdzorg van 7 oktober jl. gezamenlijk vastgesteld op € 136,1 miljoen. Deze compensatie betreft een afrondende afspraak voor meerkosten over 2021. Dat neemt niet weg dat als er evident aanleiding is om te veronderstellen dat gemeenten door het coronavirus in de financiële problemen komen, of als er onvoorziene ontwikkelingen optreden, Rijk en gemeenten daarover met elkaar in gesprek zullen gaan.
Het vaststellen van de compensatie van de meerkosten als gevolg van de coronapandemie op € 136,1 miljoen leidt tot een bijstelling van de eerder opgenomen raming van € 141 miljoen. Bij de decembercirculaire wordt deze compensatie aan gemeenten uitgekeerd via het gemeentefonds. Via de gebruikelijke verdeelmodellen voor de verschillende uitkeringen uit het gemeentefonds (Jeugd, WMO, MO, VO, BW) wordt de €136,1 miljoen verdeeld over gemeenten.

Andere onderwerpen

17. Communicatie

Maatregelen
Het kabinet intensiveert de communicatie over de maatregelen. De communicatie wordt aangepast in lijn met de aangescherpte maatregelen die in deze brief worden aangekondigd. De informatie op rijksoverheid.nl is inmiddels aangevuld. De RTV-campagne over het coronatoegangsbewijs wordt op zeer korte termijn aangepast aan de nieuwe situatie en voortgezet. Vanaf woensdag 3 november 2021 start een radiocampagne om de herziene mondmaskerplicht weer onder de aandacht te brengen. De lopende RTV-campagne en social media campagne over de herziene adviezen en de basisregels – ook in de thuissituatie - wordt geïntensiveerd, ook om de impact en het bereik onder specifieke doelgroepen te vergroten. Hiermee voldoe ik aan mijn toezegging aan het lid Agema - zoals gedaan tijdens de Begrotingsbehandeling op 26 en 28 oktober jl. - over welk type communicatie we gebruiken ten aanzien van de thuissituatie.

Coronatoegangsbewijzen (CTB)
Na de aankondiging van de inzet van CTB in Nederland is er veel communicatie ingezet over de toepassing hiervan. Met onder andere social media posts en een

[70] Kamerstuk 25 295, nr. 713.

RTV-campagne is meer uitleg gegeven over wanneer je een CTB nodig hebt en hoe je je voorbereidt op een uitstapje. Ook is er een Steffie-module in verschillende talen die uitleg geeft over het CTB in Nederland. Daarnaast ontwikkelen we een praatplaat voor laaggeletterden, zodat ook deze doelgroep van heldere publiekscommunicatie wordt voorzien.

Ook is er ingezet op communicatie voor burgers voor wie de digitale route een uitdaging was of problemen opleverde. Bij bibliotheken worden mensen geholpen met het maken en printen van een coronabewijs. Daarnaast worden zij geholpen met de aanvraag van een papieren bewijs, onder andere met een papieren aanvraagformulier waarmee zij een coronabewijs per post kunnen aanvragen. Dit formulier is ook bij gemeenten, onder andere via de VNG, onder de aandacht gebracht. Zo worden mensen zonder mobiele telefoon of mensen minder digitaal vaardig zijn geholpen.

Na het aankondigen van de inzet van CTB in september is het aantal telefoontjes bij alle helpdesks flink opgelopen. In de week van de vorige persconferentie (week 37, de persconferentie vond plaats op 14 september jl.) ontving de CoronaCheck helpdesk gemiddeld 11.388 calls per dag, met een uitschieter op de dag na de persconferentie van meer dan 30.000 telefoontjes. De belangrijkste vragen gingen over het verkrijgen van het papieren coronabewijs.

Naast het opschalen van de capaciteit bij helpdesks is er ook een keuzemenu ingericht bij 0800-1421 waardoor mensen sneller met hun vragen geholpen kunnen worden. De automatische aanvraag om het coronatoegangsbewijs per post thuis te krijgen (zonder gebruik van DigiD) is geoptimaliseerd. Met een webcareteam worden vragen van burgers die via social media binnenkomen, beantwoord.

De communicatietoolkit voor organisatoren van evenementen en ondernemers is geactualiseerd met informatie en communicatiemiddelen die zij gebruiken om bezoekers te informeren over de inzet van CTB. De toolkit is er ook in het Engels.

Vaccineren
Het belangrijkste doel van de communicatie over de coronavaccinatie op dit moment is bijdragen aan het verder verhogen van de vaccinatiegraad. De inzet richt zich heel gericht op gebieden en doelgroepen waar de vaccinatiegraad achterblijft, zoals sommige wijken in grote steden. Uitgangspunt is dat mensen op basis van betrouwbare informatie een weloverwogen keuze kunnen maken. Mensen die twijfelen over vaccinatie vanwege angst, taboe of een informatieachterstand helpen we aan de juiste informatie. En we faciliteren dat mensen die dat willen zich op een laagdrempelige manier kunnen laten vaccineren.

Wijkgerichte aanpak
Om de fijnmazige, wijkgerichte vaccinatie-aanpak communicatief te ondersteunen, was de campagne ‘Prikken zonder Afspraak’ in september als pilot zichtbaar in 200 postcodegebieden waar de vaccinatiegraad achterblijft. Gezien het succes van deze pilot krijgt de campagne een vervolg in 800 postcodegebieden. De campagne is bedoeld voor de doelgroep 15-45 jaar die zich wil laten vaccineren, maar nog geen eerste prik heeft gehaald. Voor deze doelgroep is gekozen omdat hier de

vaccinatiegraad lager is. Centraal staat hoe eenvoudig het is om je prik te halen: kijk op prikkenzonderafspraak.nl voor een priklocatie bij jou in de buurt en haal je eerste prik wanneer het jou uitkomt. De geïntensiveerde campagne gaat vanaf deze week lopen op social media (Facebook en Instagram), via advertenties in apps, op Spotify online radio en mogelijk via buitenreclame.

Inzet richting specifieke doelgroepen
Er zijn enkele specifieke groepen waarbij de vaccinatiegraad achterblijft: jongeren, vrouwen die zwanger zijn of een kinderwens hebben, mensen met een migratie-achtergrond en mensen die vanwege hun geloof nog geen vaccinatieafspraak hebben gemaakt. In de communicatie richting deze groepen staan de onderwerpen die bij hen leven centraal. Daarbij zetten we de middelen en kanalen in die door hen gebruikt worden, in de toon, taal en vorm die bij hen past.

Jongeren
De campagne 'Prikken zonder Afspraak' richt zich vooral op de jongere doelgroep in de wijken waar de vaccinatiegraad achterblijft. Daarnaast heeft er in de maand oktober een campagne gelopen gericht op 17 tot 30 jarigen die zich nog niet hebben laten vaccineren.

De campagne bestond uit drie video's waarin antwoord wordt gegeven op belangrijke vragen die vaak leven onder jongeren:

- Waarom zou je je laten vaccineren als je jong en gezond bent?
- Hoe zit het met bijwerkingen?
- Hebben de vaccins invloed op zwangerschap en vruchtbaarheid?

De vragen worden beantwoord door GGD-arts Ashis Brahma. Zijn verhaal staat centraal. Om de informatieve inhoud voor deze groep in een aantrekkelijke vorm in beeld te brengen, staan de video's in het teken van het *'up-spicen'* van de expert. De arts wordt geplaatst in onverwachte omgevingen waarin van alles om hem heen gebeurt, terwijl hij doorgaat met het beantwoorden van de gestelde vragen. De gebeurtenissen in de video's sluiten aan bij dingen die in de belevingswereld van jongeren spelen (actiefilms, muziekproductie/rap, *trickshots*).

De campagne liep op YouTube waar de video's gezamenlijk ruim 500.000 keer zijn bekeken, via social media en tijdens de herfstvakantie in bioscopen.

Vrouwen die zwanger zijn of een kinderwens hebben
Om de voorlichting en informatie voor zwangere vrouwen en vrouwen met een kinderwens te verstevigen, werken we samen met de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Bestaande materialen, zoals video's, brengen we in verschillende talen opnieuw onder de aandacht, ook via de kanalen van deze organisaties. Met de inhoudelijke toevoeging dat vaccinatie tijdens de zwangerschap dringend wordt geadviseerd.

Daarnaast is de advertentie waarmee we zwangere vrouwen en vrouwen met een kinderwens informeren over zwangerschap en vaccineren, nog altijd zichtbaar op websites en fora die vaak door de doelgroep worden bezocht. Hoofdboodschap is dat je als zwangere vrouw extra risico loopt op complicaties na besmetting met het coronavirus. Onderzoek wijst uit dat vaccineren niet schadelijk is voor moeder

of foetus, dus dat je met een gerust hart de prik kunt halen. De advertentie verwijst door naar coronavaccinatie.nl/zwanger. Daar is alle informatie over dit onderwerp gebundeld.

Mensen met een migratie-achtergrond
De communicatie richting mensen met een migratie-achtergrond richt zich vooral op het faciliteren van de organisaties die dichtbij hen staan. Voorbeelden hiervan zijn Pharos, GGD-en, het Rode Kruis, het COA en organisaties uit het netwerk van het ministerie van SZW. Deze partijen worden continue voorzien van materialen met de meest actuele informatie in meerdere talen, die zij verder verspreiden naar hun achterban.

Daarnaast is de website prikkenzonderafspraak.nl nu in 11 talen beschikbaar. Er is een campagne in ontwikkeling in een aantal van deze talen, die de bijbehorende doelgroepen naar de website leidt. Hier kunnen zij een priklocatie in de buurt opzoeken, maar ook informatie en antwoorden vinden op vragen of twijfels.

Mensen die vanwege hun geloof nog geen vaccinatieafspraak hebben gemaakt
Het kabinet en kerkelijke netwerken (gereformeerden en evangelisten) zijn op verschillende manieren met elkaar in dialoog over de coronavaccinatie. Zo organiseren de kerkelijke gemeenschappen op korte termijn een livestream waarbij VWS als gast uitleg geeft over het vaccinatiebeleid. Ook is onlangs een interview gegeven voor de christelijke familiezender Family 7. Deze radio-uitzending heeft tot publicaties in diverse christelijke media geleid.

Desinformatie
De aanpak van desinformatie is erop gericht om mensen zo goed en feitelijk mogelijk te informeren. We hebben een verkennend onderzoek uitgevoerd onder burgers om na te gaan of en in hoeverre men geconfronteerd wordt met desinformatie over vaccins. En in welke mate dit een rol speelt/speelde bij de keuze om zich wel of niet te vaccineren tegen corona. Mede op basis van de resultaten uit het onderzoek, de ervaringen van de partijen waarmee we samenwerken (o.a. RIVM, CBG, IGJ, Lareb), én onze ervaringen tot nu toe, gaan we meer kennis over desinformatie en feitelijke informatie over de coronavaccinatie aanbieden.

- We verzamelen zoveel mogelijk (extra) desinformatiekennis vanuit het netwerk van experts en maken hier een handreiking over voor mensen die in hun beroepsuitoefening of op een andere manier in aanraking komen met desinformatie. De belangrijkste vraag die wordt uitgewerkt: hoe om te gaan met desinformatie en mensen die een andere overtuiging hebben?
- We zetten een publiekscampagne op die bijdraagt aan de bewustwording van mensen rond desinformatie. Belangrijkste vragen zijn: hoe herken je desinformatie, hoe kan je het controleren en hoe kan je ermee omgaan?
- We ontwikkelen feitelijke content over thema's met veel desinformatie die we signaleren op de (social) mediakanalen. We ontkrachten de desinformatie door feitelijke informatie te presenteren, en werken daarvoor samen met experts. De weblogs waarin we experts aan het woord laten zijn een goed middel om feitelijke informatie over te brengen. Deze weblogs publiceren we op coronavaccinatie.nl en we zorgen ervoor dat onze (sociale) mediakanalen hiernaar verwijzen.

- Daarnaast is er nu een document ontwikkeld voor webcare waarin per onderwerp de feitelijke informatie bijeen is gebracht, met daarin een uitgebreide verwijzing naar de experts én (onderzoeks)bronnen. Zo kunnen de webcareteams nog vollediger antwoord geven op vragen en berichten die desinformatie bevatten. We delen deze informatiemiddelen ook met het RIVM, CBG en IGJ.

Naast de inzet om de vaccinatiegraad verder te verhogen, richt de communicatie zich op het informeren van de samenleving over het vaccinatieprogramma. Coronvaccinatie.nl en (social) media zijn de belangrijkste kanalen die gebruikt worden om informatie te geven over onder andere de boostervaccinatie, de route voor mensen die een allergische reactie hebben gehad na hun eerste vaccinatie, de derde prik voor mensen met een ernstige afweerstoornis en de donatie van vaccins via Covax. Zowel over deze algemene publieksinformatie als over de directe communicatie met professionals en de doelgroepen die het betreft, is nauwe afstemming met partners zoals het RIVM en de GGD GHOR.

Testen
Testen blijft een belangrijk hulpmiddel om besmettingen te identificeren en verspreiding tegen te gaan. Ook is testen van belang bij het verkrijgen van een coronatoegangsbewijs. Over klachten, testen en quarantaine is vrijdag 29 oktober jl. een radiocampagne gestart en zaterdag 30 oktober jl. een tv-campagne.

Het vergroten van de begrijpelijkheid en toegankelijkheid van de informatie rondom testen op rijksoverheid.nl heeft continue onze aandacht. Zo wordt momenteel gewerkt aan een online testwijzer. Met hulp van de testwijzer krijgt de bezoeker een concreet testadvies en kan deze zien welk handelingsperspectief gewenst is.

Quarantaine
Uit de campagne effectmonitor van oktober blijkt dat thuisblijven bij klachten (en jezelf laten vaccineren) worden gezien als het meest effectief om verspreiding van corona tegen te gaan. Toch neemt het urgentiegevoel af en blijven slechts drie op de tien mensen thuis als dat moet. De zorgen over het coronavirus nemen af, vooral omdat veel mensen gevaccineerd zijn. Ook is er een stijging van het aantal mensen dat een zelftest gebruikt bij klachten (van één naar twee op de vijf) en laat men zich vaker pas na drie dagen of meer testen bij de GGD bij klachten.

Met deze inzichten wordt de publiekscampagne die eerder voor testen en quarantaine is ontwikkeld aangescherpt. Doel is om de naleving van thuisblijven bij klachten en zo snel mogelijk laten testen bij de GGD te stimuleren. In het online gedeelte staat de Quarantainecheck - quarantainecheck.rijksoverheid.nl - centraal met diverse nudgingtechnieken en wordt de jongerenkoepel (een netwerk waarop diverse jongerenplatformen zijn aangesloten) ingezet.

De campagne voor de quarantaineplicht wordt verlengd per 1 november en specifiek ingezet op relevante plekken voor reizigers uit zeer hoog risicogebieden. De Quarantaine Reischeck - reizentijdenscorona.rijksoverheid.nl - speelt hier een prominente rol om reizigers die (terug) komen naar Nederland te voorzien van de juiste en persoonlijke informatie.

Ventileren
Ventileren is goed voor een gezond binnenklimaat en dus altijd belangrijk, tijdens corona en daarna. De afgelopen periode is het belang van ventilatie (als vierde basismaatregel) zo goed mogelijk onder de aandacht gebracht. Sinds de zomer is het belang van ventilatie gecommuniceerd via de massamediale 'Alleen Samen' campagne. Bij de persconferentie werd dit getoond op het bord voor het spreekgestoelte: handen wassen, afstand houden, testen en ventileren.

Daarnaast is er een campagne via social media gevoerd. Via zogenoemde *sliders* zijn tips over goed ventileren gedeeld met het algemeen publiek. Ook is ingezet op het vergroten van de kennis over ventileren bij eigenaren en beheerders van gebouwen. Daarom heeft TNO in opdracht van VWS een Handreiking Ventilatie opgesteld. Hier gingen een aantal sessies met een klankbordgroep van technische experts aan vooraf.

De handreiking is op Rijksoverheid.nl en op de website ventilerenzogedaan.nl gepresenteerd. De handreiking bestaat uit 5 tips, die ook via social media onder de aandacht zijn gebracht. Onderdeel van de handreiking is een ventilatiekaart, waarbij gebouweigenaren, beheerders en (ver)huurders de situatie in het gebouw kunnen invoeren en vervolgens praktische tips ontvangen over ventileren in die specifieke omgeving.

Hiermee voldoe ik aan mijn toezegging aan het lid Agema – zoals gedaan tijdens de Begrotingsbehandeling op 26 en 28 oktober jl. – over de noodzaak om over ventilatie ook campagnematig te communiceren. De komende periode blijft de Rijksoverheid in haar uitingen aandacht vragen voor frisse lucht en goede ventilatie.

18. Arbeidsmarkt

Subsidieregeling Coronabanen
Het afgelopen jaar vroeg veel van zorgprofessionals en zorgorganisaties. Het kabinet besloot daarom om de subsidieregeling Coronabanen in de Zorg in te zetten. Werkgevers konden hiermee subsidie krijgen om mensen tot het einde van dit jaar, tijdelijk in te zetten in ondersteunende functies. Na beoordeling van alle aanvragen is er aan 699 zorgaanbieders subsidie verleend voor een bedrag van €83.358.377 voor 7271 coronabanen. Daarvan volgen 1675 mensen een opleiding die leidt tot mbo-certificaat via de Nationale Zorgklas. Zorgorganisaties maken het meest gebruik van de volgende types coronabanen: ondersteuner zorgmedewerker, welzijnsassistent en zorgbuddy. De branches verpleeghuizen, thuiszorg en gehandicaptenzorg maken het meest gebruik van de coronabanen.

Amendement Ellemeet herstel van zorgprofessionals
Tijdens de begrotingsbehandeling heeft GL een amendement[71] van €10 miljoen ingediend gericht op het herstel van zorgprofessionals, waarbij (mede)zeggenschap een essentieel onderdeel is. Dit omdat zorgprofessionals nu al lange tijd voorop gaan in de strijd tegen covid-19, hetgeen buitengewone prestatie is, waar ik grote bewondering voor heb. Na deze zware periode zijn ze

[71] Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 16.

toe aan rust om te herstellen van deze ingrijpende inspanningen. Het is belangrijk dat daar gehoor aan wordt gegeven en dat ze die tijd krijgen.

Het is essentieel dat zorgprofessionals inspraak krijgen in hoe herstel, inhaalzorg en een eventuele IC-opschaling worden vormgegeven. Om dit tot uitvoering te brengen vraagt dit amendement € 10 miljoen. Ik begrijp de insteek van dit amendement. Echter, aangezien dit herprioritering van gelden uit artikel 4 betreft, laat ik het oordeel daarover aan uw Kamer.

Omdat het gaat om gelden die in 2022 tot concrete resultaten dienen te leiden, zal ik deze en volgende week in overleg gaan met werkgevers- en beroepsorganisaties en daarna uw Kamer informeren. Doel van dit overleg is om te horen welke plannen de partijen concreet en op korte termijn willen uitvoeren, mocht dit amendement worden aangenomen. De plannen dienen daarbij ten goede te komen aan de gehele breedte van het zorgveld en in lijn te zijn met de rechtmatigheidsvereisten. Vanuit het departement worden al verschillende zaken gemonitord. Idealiter is het plan hierop een aanvulling. Tot slot wil ik aangeven dat nu al via de verschillende meerkostenregelingen gewerkt worden aan het herstel van zorgprofessionals, bijvoorbeeld door middel van inzet van buddies op de IC, zodat zorgprofessionals ontlast kunnen worden in deze zware tijden.

19. Caribisch deel van het Koninkrijk

De laatste gegevens van 28 oktober 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)	33 (2.405)	0 (28)	0 (11)	114 (17.091)	173 (15.931)	27 (4.498)
Aantal actuele ziekenhuisopnamen verpleegafdeling (op de IC)	4 (2)	0	0	7 (4)	7 (3)	0 (3)
Aantal patiënten onder behandeling in het buitenland	*1 (Curaçao) 1 (Aruba)*	0	0	0	11 *(Colombia)*	0
Aantal patiënten overleden	19	0	0	174	171	75
Percentage totale bevolking volledig gevaccineerd	63% (28/10)	46% (26/10)	81% (26/10)	57% (26/10)	62% (26/10)	39% (28/10)

Tabel 2. Besmettingscijfers Caribisch deel van het Koninkrijk, 28 oktober 2021

Het aantal besmettingen op Aruba, Curaçao, Sint Maarten is de afgelopen weken afgenomen. Sinds afgelopen week is ook een lichte daling in het aantal besmettingen waarneembaar op Bonaire. De druk op de zorg blijft op alle eilanden echter hoog en de electieve zorg is deels stilgelegd. Ook zijn er 16 patiënten vanuit Aruba uitgezonden naar Colombia wegens capaciteitsgebrek. De extra IC-verpleegkundigen en –artsen die VWS heeft ingezet via een Amerikaans uitzendbureau blijven vooralsnog tot het einde van dit jaar op de eilanden om de zorg te ondersteunen. In overleg met de ziekenhuizen wordt continu bezien

hoeveel personele ondersteuning benodigd is. De ziekenhuizen werken ondertussen aan plannen om de capaciteit van de GGD's en COVID-afdelingen op de middellange en lange termijn te waarborgen. Op Saba en Sint Eustatius zijn momenteel geen actieve casus.

Vaccinatiecampagnes Caribisch deel van het Koninkrijk
Sinds de vaccinatieprogramma's in het Caribisch deel van het Koninkrijk in februari jl. van start zijn gegaan, zijn er bijna 438.000 vaccins toegediend aan de inwoners van de eilanden. Van de totale bevolking is op Curaçao, Aruba en Sint Maarten respectievelijk 57%, 62% en 39% volledig gevaccineerd. Op Bonaire, Sint Eustatius en Saba is respectievelijk 63%, 46% en 81% van de totale bevolking volledig gevaccineerd.

Om inzicht te krijgen in hoe de vaccinatiebereidheid in het Caribisch deel van het Koninkrijk verder vergroot zou kunnen worden, heeft het ministerie van VWS, in samenspraak met de gezondheidsautoriteiten op de (ei)landen, een kwalitatief onderzoek laten uitvoeren. I&O Research heeft dit onderzoek in augustus jl. uitgevoerd in samenwerking met onderzoekers op Bonaire, Sint Eustatius, Curaçao, Aruba en Sint Maarten. Op Saba heeft vanwege de al zeer hoge vaccinatiegraad geen onderzoek plaatsgevonden.

De onderzoekers hebben eiland-specifiek geadviseerd over interventies die de vaccinatiebereidheid zouden kunnen vergroten, bijvoorbeeld maatwerk voor moeilijk-te-bereiken groepen, communicatie gericht op jongeren en de integratie van COVID-19-vaccinatie in een algemene communicatiecampagne over het belang van een gezonde leefstijl.

De gezondheidsautoriteiten in Caribisch Nederland werken momenteel aan de integratie van de adviezen in de beleids- en communicatiestrategie. Ook de CAS-landen hebben de resultaten van het onderzoek ontvangen en zijn bezig te bepalen welke aanpassingen zij zullen aanbrengen in de vaccinatiestrategie.

20. Kabinetsreactie KPMG-rapport

Hierbij ga ik in op het verzoek van het lid Simons, zoals dat is gedaan in het ordedebat van 26 oktober jl. over een reactie op het KPMG-rapport[72]. Op 14 oktober heeft KPMG een rapport gepubliceerd; de lessen na 1,5 jaar coronacrisis[73]. In het rapport zet het adviesbureau uiteen welke lessen *getrokken kunnen worden* uit de afgelopen anderhalf jaar pandemie en hoe deze kunnen bijdragen aan het verbeteren van de pandemische paraatheid van Nederland.

Ten eerste wil ik graag mijn waardering uitspreken voor de onderzoekers. Het rapport geeft een eerste overzicht van de lessen die we voor de toekomst voor pandemische paraatheid kunnen benutten. Daarbij bevat het herkenbare elementen en waardevolle, nieuwe inzichten. Zo geeft KPMG terecht aan dat het duurzaam verhogen van de ziekenhuiscapaciteit weinig zinvol is (gelet op de exponentiële groei van infectieziekten). Het kabinet heeft de capaciteit dan ook niettemin verhoogd om de piek op te vangen en beleid gevoerd om het aantal

[72] 2021Z18580
[73] Dit zijn de lessen van 1,5 jaar coronacrisis - KPMG Nederland (home.kpmg)

besmettingen in te perken en daardoor opnames af te remmen. Ook geeft het adviesbureau aan dat het kabinet soms voor een 'optimistisch' scenario koos, onder andere vanwege economische en maatschappelijke afwegingen, terwijl de situatie achteraf niet stabiel genoeg bleek. Ik herken dat deze crisis voortdurend vraagt om een afweging van soms strijdige belangen. Tevens is voortdurende proportionaliteitsweging ten aanzien van nieuwe maatregelen nodig. Daar komt bij dat op voorhand niet altijd scherp te voorspellen is wat het effect van maatregelen zal zijn.

Er is echter ook een aantal kanttekeningen bij de conclusies uit het rapport te plaatsen. KPMG stelt bijvoorbeeld dat een inzet gericht op indammen (sturen op besmettingen) in plaats van mitigeren (sturen op het aantal ziekenhuis- en IC-opnames) had geleid tot betere uitkomst ten aanzien van gezondheid en economie. Dit is ook overgenomen in de berichtgeving over het rapport. Deze conclusie is echter onjuist. Het kabinet heeft vanaf het begin gestuurd op het verminderen van het aantal besmettingen door contactbeperkende maatregelen te treffen om zo het risico op besmettingen zoveel als mogelijk te voorkomen en daarmee de druk op de zorg beheersbaar te houden.

Het rapport geeft verder aan dat Nederland het gemiddeld heeft gedaan in de bestrijding van de epidemie. Er zijn landen die het volgens KPMG beter doen (Denemarken, Noorwegen, Finland), en er zijn veel landen die het beduidend minder doen (Engeland, Spanje, Portugal, Tsjechië), aldus KPMG. Nederland heeft minder oversterfte ten opzichte van de overige OECD-landen. Ook economisch gezien heeft Nederland het redelijk goed gedaan en zijn de vooruitzichten op verder economisch herstel goed. Het is daarbij van belang te constateren dat het lastig is om landen op een goede manier te vergelijken. Er zijn immers veel verschillende factoren van belang, zoals demografie van de bevolking, karakter van de economie, ligging en cultuur (anders dan bijvoorbeeld Australië, is Nederland geen eiland). Verschillende onderzoeken leiden daarom ook tot verschillende lijstjes. Zo publiceert Bloomberg periodiek de 'Covid Resilience Ranking'. Hier scoort Nederland als één van de best presterende landen. En ook in de 'Stringency Index' van Oxford scoort Nederland hoog. Deze index laat zien hoe snel landen hebben gereageerd na de eerste bevestigde besmetting en vervolgens in het treffen van maatregelen. Dit soort nuances, die het rapport vaak wél kent, zijn helaas niet altijd opgenomen in de berichtgeving over dit rapport.

Het kabinet vindt het belangrijk om te leren van de afgelopen periode. Mede op verzoek van het kabinet doet onder andere de Onderzoeksraad voor de Veiligheid daarom onderzoek. De lessen uit het KPMG rapport en alle andere onderzoeken betrekt het kabinet om onze pandemische paraatheid te vergroten. Het kabinet streeft ernaar het plan van aanpak ter versterking van de pandemische paraatheid, zoals aangekondigd op Prinsjesdag en benoemd in mijn brief aan uw Kamer van 18 juni jl.[74], eind van het jaar aan uw Kamer te versturen.

[74] Kamerstuk 25295, nr. 1297

21. Chemische veiligheid van mondkapjes

Op 2 november 2021 heeft het RIVM het rapport "Chemische veiligheid mondkapjes"[75] gepubliceerd. Door de verplichting na 1 juni 2020 om in verschillende omstandigheden mondkapjes te dragen nam het gebruik van deze producten sterk toe. In het briefrapport doet het RIVM verslag van signalen die het heeft ontvangen tussen mei 2020 en juni 2021 over stoffen die aan deze producten toegevoegd worden, zowel door fabrikanten en leveranciers als door consumenten zelf doordat zij zelf mondkapjes vervaardigen van ander producten of stoffen toevoegen aan commerciële mondkapjes. De meest relevante bevindingen van het RIVM zijn in het rapport opgenomen.

Uit het rapport blijkt dat mondkapjes zonder toevoegingen veilig te gebruiken zijn. Er is nog te weinig informatie beschikbaar om te kunnen beoordelen of mondkapjes met claims als 'antibacterieel' of 'antiviraal' ook veilig zijn. Aan deze mondkapjes zijn vaak stoffen toegevoegd en deze toevoegingen vormen, gecombineerd met het intensievere gebruik, een nieuw en onbekend risico. De onzekerheden zitten met name in het ontbreken van gegevens over de samenstelling van de toevoegingen, de intensiteit van gebruik en de gevaren bij inademing. Het zelf vervaardigen van mondkapjes van materialen die niet bedoeld zijn om doorheen te ademen of op de huid te gebruiken, en het gebruik van sprays of etherische oliën lijkt de beschermende functie van de producten niet te verbeteren en kan mogelijk leiden tot ongewenste reacties. In het rapport wordt aanbevolen om de ontwikkelingen op dit terrein te blijven volgen en deze aanbeveling zal ik overnemen.

22. Verlenging tegemoetkoming ongeplaceerde evenementen

Het kabinet heeft in de brief aan uw Kamer van 14 september jl.[76] aangekondigd dat het voor de periode tot 13 november € 15 miljoen reserveert als tegemoetkoming voor ongeplaceerde (culturele) evenementen. Deze evenementen hebben te maken met een capaciteitsbeperking van 25%. Het Fonds Podiumkunsten werkt nu aan een subsidieregeling die medio november opengesteld wordt. Nu de capaciteitsbeperkende maatregel wordt verlengd vanaf 13 november, reserveert het kabinet een bedrag van € 2.5 miljoen per week voor iedere week dat deze maatregel langer duurt.

23. 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.[77] De stukken worden op de website[78] van Rijksoverheid gedeeld voor zover daar geen zwaarwegende belangen[79] in de weg staan. Hier zijn

[75] RIVM briefrapport 2021-0139, https://www.rivm.nl/publicaties/chemische-veiligheid-mondkapjes
[76] Kamerstuk 25 295, nr. 1422
[77] Kamerstuk 25 295, nr. 771.
[78] https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-tijdlijn/uitgelicht-catshuisstukken/openbaarmaking-catshuisstukken
[79] Hierbij is onder meer te denken aan derden belang, het belang van de staat, de persoonlijke levenssfeer en de internationale betrekkingen.

vanaf heden ook de stukken die besproken zijn in het Catshuis dd. 29 oktober 2021 raadpleegbaar.

24. Slot

Corona is een groot gezamenlijk probleem dat we alleen gezamenlijk kunnen oplossen. Daarbij is vaccinatie nog steeds de belangrijkste weg uit de crisis. Uiteindelijk gaat het om de bescherming van onszelf en de mensen die ons dierbaar zijn. Daarnaast is en blijft ons eigen gedrag cruciaal. We hebben daarmee invloed op de stappen die hierna worden genomen.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Hugo de Jonge

Productie 4

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

> Retouradres Postbus 1 3720 BA Bilthoven

Aan de Directeur-Generaal van de
Volksgezondheid
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
drs. M. Sonnema
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

Ons kenmerk
0122/2021 LCI/JvD/at/sf

Behandeld door
LCI

T (030) 274 7000
F (030) 274 4455
lci@rivm.nl

Datum 11 november 2021
Onderwerp Advies n.a.v. 129e OMT

11 november 2021: aanpassing van de adviesbrief d.d. 11 november 2021
In deze gewijzigde versie van de adviesbrief is 'CTB en/of 1,5 meter maatregel' aangepast naar 'CTB plus 1,5 meter maatregel'.

Geachte mevrouw Sonnema,

Op 10 november 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, artsen-microbioloog, een regionaal arts-consulent, ouderengeneeskundige, artsen 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 vervolgadviezen 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 november 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 en de resultaten van de modellering.

Adviesvraag VWS:
Wat is het algemene beeld van de epidemiologische situatie en de ontwikkeling van de R? Kunt u een doorkijk geven van de ontwikkeling van de cijfers naar het einde van het jaar, in verband met de feestdagen? In verband met de start van het Carnaval op 11 november a.s., verzoek ik u mij te adviseren of en hoe de activiteiten die in dat kader in Limburg plaatsvinden, doorgang kunnen vinden, gelet op de huidige epidemiologische situatie en de druk op de zorg aldaar.

In het OMT advies van 11 augustus, naar aanleiding van het 123e en 124e OMT, heeft u een inschatting gemaakt van het aantal niet immune personen, zijnde 1,8 miljoen voor SARS-CoV-2. Kunt u op basis van de meest actuele gegevens deze inschatting opnieuw maken en daarbij ook een nieuwe inschatting geven van de potentiële doorstroom vanuit deze groepen naar het ziekenhuis en de IC? Kunt u een nieuwe prognose geven voor IC,- en ziekenhuisopname en- bezetting en daarbij aangeven wanneer de piek wordt verwacht en wat uw verwachting is over de hoogte van de piek?

Epidemiologische situatie

In de afgelopen 7 kalenderdagen (2-9 november) is het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positieve personen gestegen met 42% in vergelijking met de 7 dagen ervoor. In de afgelopen 7 kalenderdagen werden landelijk 439 personen per 100.000 inwoners gemeld met een positieve test voor SARS-CoV-2, vergeleken met 313 per 100.000 inwoners in de week daarvoor.

Het aantal meldingen nam toe in alle regio's, maar er is wel een grote regionale variatie in het aantal positieve testen, van 251 tot 687 per 100.000 inwoners. De regio's met het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners (≥500) betroffen Limburg-Zuid, Zuid-Holland Zuid, Limburg-Noord, Hollands Midden, Gelderland-Midden en Zeeland.

Het aantal meldingen nam in alle leeftijdsgroepen verder toe in de afgelopen week, en varieerde van 323 tot 503 per 100.000 inwoners. Het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners (net boven 500) betrof de leeftijdsgroepen 25-29 en 30-39 jaar, was 400-500 in de leeftijdsgroepen 0-12, 18-24 en 40-49 jaar. In de leeftijdsgroepen 13-17 jaar en vanaf 50 jaar lag het aantal meldingen tussen de 300 en 400 per 100.000. Het aantal meldingen vanuit verpleeghuizen en woonzorgcentra nam maar licht toe (+4%) in de afgelopen week ten opzichte van de week ervoor, het aantal meldingen in de thuiswonende bevolking vanaf 70 jaar nam met 35% toe.

Het aantal testen bij de GGD-testlocaties laat een geleidelijke stijging zien in de afgelopen weken, over de laatste 7 dagen met complete data (1-8 november) 45% hoger ten opzichte van de week ervoor. Het bijbehorende percentage positieve testen in de GGD-teststraten was 17,2% gemiddeld in de afgelopen 7 kalenderdagen, gelijk aan de week ervoor.
Het is van belang te realiseren dat het aantal bij de GGD geteste personen momenteel een mix is van personen mét en personen zónder klachten, al dan niet naar aanleiding van een nauw contact getest (d.i. in kader van BCO), en al

dan niet getest naar aanleiding van een tevoren positief bevonden zelftest (de zogenaamde confirmatietesten). Na exclusie van confirmatietesten was 10,7% van alle testen positief in de afgelopen 7 dagen, vergeleken met 10,3% de week ervoor.

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

Bij personen getest in het kader van het coronatoegangsbewijs (CTB) was het percentage positieve testen 0,7% in de afgelopen kalenderweek, vergeleken met 0,5% in de week ervoor, en 0,3% in de week daarvoor.

De geschatte opkomst voor ten minste één vaccinatie bedroeg t/m 7 november 2021 87,9% voor de volwassen bevolking, en 84,4% had de volledige vaccinatieserie afgerond. Voor de bevolking vanaf 12 jaar is dit respectievelijk 86,0% en 82,5%. Voor de leeftijdsgroepen van jonger dan 40 jaar ligt de vaccinatiegraad op dit moment overall nog onder de 75%.

De instroom en bezetting op verpleegafdelingen en IC in de ziekenhuizen nam toe. In de afgelopen kalenderweek werden 1172 opnames in het ziekenhuis geregistreerd, waarvan 205 op de IC, vergeleken met respectievelijk 965 en 146 de week daarvoor (bron: stichting NICE). In twee weken tijd is het aantal opnames bijna verdubbeld, de aantallen waren een week eerder nog 671 en 118. Op 10 november 2021 was de bedbezetting 1647: 1320 in de kliniek en 327 op de IC.

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

Reproductiegetal en prognose ziekenhuis- en IC-opnames

De meest recente schatting van het reproductiegetal Rt, zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is voor 25 oktober op basis van Osiris: gemiddeld 1,19 (95%-interval 1,16–1,21) besmettingen per geval. De schatting op basis van het aantal nieuwe ziekenhuisopnames per dag kent een aanzienlijk grotere onzekerheid, omdat ze berekend wordt op veel geringere aantallen, maar deze waarde is voor 23 oktober vrijwel gelijk: 1,17 (95%-interval 0,98–1,37). Bijna alle infecties in Nederland worden momenteel veroorzaakt door de deltavariant.

Op basis van de recente toename in meldingen wordt (in het zgn. regressiemodel) een toename van het aantal ziekenhuis- en IC-opnames verwacht voor de komende week, tot maximaal circa 300 ziekenhuisopnames per dag, en 50-60 IC-opnames per dag. Dit model kan slechts circa een week ‘vooruit

kijken', en deze statistische prognose neigt tot een overschatting van het aantal opnames in de komende week.

Op basis van het zgn. transmissiemodel dat 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, wordt ook een toename van het mediane aantal IC-opnames per dag en het mediane aantal ziekenhuisopnames per dag verwacht, tot maximaal circa 175-200 ziekenhuisopnames per dag, en 30-35 IC-opnames per dag. De onzekerheid over het tijdstip waarop een piek bereikt wordt en de hoogte van de piekwaarde van de IC-bezetting is aanzienlijk.

Het OMT kreeg vier scenario's gepresenteerd, met verschillende percentages van het aantal contacten dat mensen in hun vrije tijd met elkaar maken zonder 1,5 meter afstand te houden of zonder CTB. Voor elk van deze scenario's bestrijkt de onzekerheidsmarge een brede range aan mogelijke waarden; zowel waarden die vallen binnen de beschikbare capaciteit als waarden die uitgaan boven de beschikbare zorgcapaciteit. Deze transmissiemodelprognose geeft een optimistisch beeld in de zin dat de vaccineffectiviteit tegen transmissie als constant wordt verondersteld terwijl er ook aanwijzingen zijn dat deze kan dalen in de loop van de tijd, en in de zin dat vaccinatiegraad binnen leeftijdsgroepen homogeen wordt verondersteld terwijl in realiteit de vaccinatiegraad sterk kan variëren tussen gemeentes. Hierdoor kan de piekbelasting van de zorg op een te vroeg tijdstip en voor een te lage waarde uitkomen in de prognose. Deze prognose op basis van het transmissiemodel neigt momenteel dus tot een onderschatting van het aantal opnames in de komende weken. Hiermee wordt aangegeven dat de onzekerheidsmarges in de prognoses aanzienlijk zijn en dat voorzichtigheid is geboden in de interpretatie daarvan.

Om mobiliteit in Nederland te monitoren kan geen gebruik gemaakt worden van Europese telecomdata (een wetsvoorstel is voorbereid, maar nog niet in behandeling genomen), hierin onderscheidt Nederland zich van de meeste EU-lidstaten en Noorwegen. Verschillende andere indicatoren voor mobiliteit in Nederland geven informatie tot en met 6 november (Google community mobility reports), 7 november (mobiliteitsbeeld op basis van NDW, Translink, Eurocontrol), of 8 november (Apple mobility trends). De laatste indicator toont een bescheiden daling van het aantal aangevraagde routes na 6 november.

Uitgaande van een geleidelijke afname van bescherming tegen infectie na vaccinatie, komen we op een orde van grootte van 1,5 miljoen mensen van 12 jaar en ouder die in november 2021 niet beschermd zijn tegen een infectie die kan resulteren in ziekenhuisopname. Deze groep omvat zowel niet-gevaccineerden die geen infectie hebben doorgemaakt, als gevaccineerden waarbij het vaccin niet werkt; deze groep omvat echter niet de mensen die eerder gevaccineerd zijn en nu nog wel een infectie kunnen krijgen met mild verloop waarbij geen ziekenhuisopname nodig is. Dit aantal kan veranderen bij een nieuwe berekening, als er nieuwe informatie is over de effectiviteit van vaccins tegen infectie en tegen ziekenhuisopname. Het aantal zal in de komende maanden gaan dalen door extra vaccinatie en door infecties, maar kan ook weer toenemen door afname van bescherming tegen infectie en ziekenhuisopname.

De orde van grootte van nog cumulatief te verwachten aantallen ziekenhuisopnames en IC-opnames is geschat op basis van informatie die nu

(november) beschikbaar is over de vaccineffectiviteit tegen infectie en tegen ziekenhuisopname en IC-opname, en bij de huidige vaccinatiegraad en infectiehistorie. Uitgaande van een geleidelijke afname van bescherming tegen infectie na vaccinatie, betreft het een orde van 15.000 à 20.000 ziekenhuisopnames onder mensen van 12 jaar en ouder, waaronder 3000-4000 IC-opnames.
Uitgaande van een geleidelijke afname van bescherming tegen infectie na vaccinatie en na herinfectie, en afname van bescherming tegen ziekenhuisopname, betreft het een vergelijkbare orde van grootte: 20.000 à 25.000 ziekenhuisopnames onder mensen van 12 jaar en ouder, waaronder 4000-5000 IC-opnames. Bovenstaande zijn cumulatieve aantallen die de omvang aangeven van de totaal nog te verwachten ziekenhuis- en IC-opnames in de toekomst. Deze opnames hoeven zich niet noodzakelijk te presenteren tijdens deze golf, maar kunnen ook later plaatsvinden.

C. Adviezen

Maatregelen

Adviesvraag VWS:
In uw 128e OMT advies heeft u benoemd dat het effect van de maatregelen samenhangt met naleving, uitvoering en gedrag van de (basis)maatregelen (onder andere door inzicht in het mobiliteitsbeeld). Kunt u, gelet op deze parameters, een eerste beschouwing geven van de verwachte effectiviteit van het huidige maatregelenpakket conform besluitvorming 2 november jl. waarbij de ctb-plicht breder is ingevoerd, er weer een mondkapjesplicht geldt in onder andere publieke binnenruimten en extra nadruk is gelegd op de bron- en basismaatregelen?

Is volgens het OMT, gelet op de actuele en verwachte epidemiologische situatie, het huidige maatregelenpakket conform besluitvorming op 2/11 en evt. aangevuld met de verbrede inzet van CTB zoals hierna opgenomen voldoende om de druk op de zorg (IC-bedden) te beperken, of is aanvullend ingrijpen (door bijv. het opleggen van contactbeperkende maatregelen) noodzakelijk? En zo ja, welke maatregel(en)?

Het kabinet werkt aan wetswijzigingen om voorbereid te zijn om zo nodig extra maatregelen te kunnen treffen en voorziet op 12 november aanstaande een nieuw weegmoment mede om de voortgang en noodzaak van deze wetswijzigingen opnieuw te beoordelen.

Het kabinet verkent de mogelijkheden van het verbreden van het CTB. Graag krijg ik daarom uw advies over de verwachte epidemiologische effecten van:
- *Het aanwijzen van niet-essentiële detailhandel (zoals winkels die hoofdzakelijk niet zien op de verkoop van primaire levensbehoeften) en niet-essentiële dienstverlening (zoals pret- en dierenparken) als CTB-plichtige sectoren.*
- *Het verplichten van een CTB voor werknemers in de sectoren waar een CTB al verplicht is voor bezoekers en deelnemers (zoals kunst, cultuur, sport, evenementen, horeca).*
- *Het creëren van de mogelijkheid om werkgevers in alle sectoren en werksituaties de bevoegdheid te geven om hun werknemers onder voorwaarden te vragen een CTB te tonen.*

– *Het creëren van de mogelijkheid om zorginstellingen de bevoegdheid te geven om hun bezoekers onder voorwaarden te vragen een CTB te tonen voor het verlenen van toegang tot de zorginstelling*

Overigens heeft de niet-essentiële detailhandel een gezamenlijk plan opgesteld als alternatief voor de invoering van het CTB. Kunt u reflecteren op de epidemiologische effecten van dit plan?

Het OMT is door de gedragsunit geïnformeerd over de resultaten van een extra vragenlijstonderzoek over het draagvlak voor en opvolgen van diverse basismaatregelen. De data betreffen de week van de persconferentie, dus grote effecten zijn (nog) niet te verwachten. Wel zijn er enkele signalen. Er is een toename in testen bij klachten, die door de drukte in de teststraten wordt bevestigd. Er is ook een beperkte afname zichtbaar van sociale activiteiten. Daartegenover staat dat de opvolging van andere basismaatregen (nog) niet toeneemt (zoals thuiswerken) of een beperkte afname laat zien (bij klachten thuisblijven). Een grote daler is ventileren en luchten van de woning, wat uiteraard samenhangt met de afname van de buitentemperatuur. Onder deelnemers was wel een verhoogd draagvlak voor de 1,5 meter maatregel sinds de laatste persconferentie. Het draagvlak voor de aangescherpte thuiswerknorm was daarentegen gedaald. Al met al zien we hier een gemengd beeld, maar nog geen kanteling. De sociale activiteit ligt een stuk hoger en de naleving van basismaatregelen lager dan toen we eerdere oplevingen wisten te keren. 'Blijf thuis bij klachten' zou bij circa 50% opvolging genieten, het zich 'laten testen bij klachten' bij circa 40%. Het OMT stelt vast dat de meest essentiële (bronisolatie) basisregels in circa de helft van de voorkomende gevallen geen opvolging krijgen.

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

Duiding beeld door OMT
De modellen die gebruik maken van verschillende databronnen en verschillende methoden leiden tot prognoses die deels niet congruent zijn. De ene leidt op korte termijn waarschijnlijk tot een overschatting van de zorgbelasting, de andere op wat langere termijn tot een onderschatting. Dit gegeven onderstreept de aanzienlijke onzekerheid met betrekking tot de hoogte en het tijdstip van de piekbelasting in de zorg. Uit de meest recente onderzoeken naar de opvolging van de gedragsmaatregelen komen weinig indicaties naar voren van een kanteling en positieve gedragsverandering. Ook uit het onderzoek naar controle van het gebruik van CTB komen geen gegevens naar voren die zouden wijzen op een significante verandering ten goede, ten opzichte van de periode voorafgaand aan de aanscherping van de maatregelen.
De tussentijdse evaluatie overtuigt het OMT onvoldoende dat het huidige maatregelenpakket, gegeven bovenstaande, in staat zal zijn om de gewenste afname van de contacten resulterend in infecties (van tenminste 20-25%) te bewerkstelligen en daarmee de transmissie van het coronavirus te beperken, in de context van de huidige, hoge infectiedruk.

Advies van het OMT

Het OMT maakt zich zorgen over het gegeven dat het aantal infecties snel toeneemt, en dat het aantal ziekenhuis- en IC-opnames verder doorstijgt. Zoals hierboven uitgelegd sluiten modelleringen van ziekenhuis- en IC-opnames een overbelasting van de zorg, met kans op een té hoge belasting, niet uit. Vanuit de modelleringen komt naar voren dat er een reductie van ruim 20-25% van de relevante contacten nodig is om de verspreiding van het virus te beheersen en de Rt onder de 1 te laten dalen. De opvolging van de recent ingezette maatregelen lijkt momenteel te beperkt om dit effect te kunnen bewerkstelligen. Daarnaast levert de huidige praktijk van het CTB onvoldoende afdekking van de infectierisico's en zou voor verdere risicoreductie gecombineerd moeten worden met aanvullende maatregelen zoals placering waar dat kan, in combinatie met de 1,5 meter maatregel.

Het OMT is van mening dat er aanvullende maatregelen nodig zijn om transmissie te beperken om daarmee de kans op een overbelasting van de zorg te verkleinen, en te borgen dat kwalitatief goede zorg kan worden geleverd aan zowel COVID-19-patiënten als aan patiënten binnen de reguliere zorg. De verspreiding vindt momenteel in alle regio, settings en onder alle leeftijdsgroepen plaats, zodat generieke maatregelen, voorafgaand aan meer specifieke maatregelen (op regio's, sectoren, of groepen) zodra CTB met placering plus de 1,5 meter afstandsnorm wettelijk geregeld zijn, voor de hand liggen.

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

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

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

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

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

Adviesvraag VWS:
Vorig jaar besloot het kabinet, mede op basis van advies van het OMT, tot het instellen van een vuurwerkverbod tijdens oud en nieuw. Omdat het besluit tot het instellen van een vuurwerkverbod omwille van voorbereidingstijd en het doorlopen van alle benodigde procedures uiterlijk in de maand november genomen kan worden, wordt het OMT gevraagd of een vuurwerkverbod in het kader van het bestrijden van de epidemie ook dit jaar wordt geadviseerd.

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

BCO

Adviesvraag VWS:
In het advies naar aanleiding van het 128e OMT heeft u aangegeven dat het OMT het niet nodig acht om aan gevaccineerde contacten een quarantaine-advies te geven. Zou het, gelet op de huidige situatie, epidemiologisch van meerwaarde kunnen zijn, om weer over te gaan tot quarantaine advies van gevaccineerde huisgenoten en/of nauwe contacten?

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

Het OMT is daarnaast geïnformeerd over en heeft ingestemd met een plan van GGD GHOR en het RIVM over het waarborgen van de kwaliteit van het BCO bij een hoge incidentie (landelijk meer dan 7000 besmettingen per dag).
Uitgangspunten van dit plan zijn:

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

Tot een nadere mondelinge toelichting ben ik gaarne bereid.

Datum
11 november 2021

Ons kenmerk
0122/2021 LCI/JvD/at/sf

Hoogachtend,

Prof. dr. J.T. van Dissel
Directeur CIb

Productie 5

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

> Retouradres Postbus 1 3720 BA Bilthoven

Aan de Directeur-Generaal van de
Volksgezondheid
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
drs. M. Sonnema
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

Ons kenmerk
0117/2021 LCI/[redacted]

Behandeld door
LCI

T (030) 274 7000
F (030) 274 4455
lci@rivm.nl

Datum 11 oktober 2021
Onderwerp Advies n.a.v. 127e OMT

Geachte mevrouw Sonnema,

Op 8 oktober 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, artsen-microbioloog, een regionaal arts-consulent, ouderengeneeskundige, artsen 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 vervolgadviezen 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 27 september j.l. en op 6 oktober j.l. heb ik adviesaanvragen 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

Adviesvragen

Wat is het algemene beeld van de epidemiologische situatie en de ontwikkeling van de R? Wat is uw verwachting voor de komende weken, gegeven de ontwikkeling van de vaccinatiegraad?
In het OMT-advies van 11 augustus, naar aanleiding van het 123e en 124e OMT, heeft u een inschatting gemaakt van het aantal niet immune personen voor SARS-CoV-2. Kunt u op basis van de meest actuele gegevens deze inschatting opnieuw maken en daarbij ook een nieuwe inschatting geven van de potentiële doorstroom vanuit deze groepen naar het ziekenhuis en de IC?

Het OMT is geïnformeerd over het verloop van de epidemie en de resultaten van de modellering.

In de afgelopen 7 kalenderdagen (1-7 oktober) is het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positieve personen gestegen met 15% in vergelijking met de 7 dagen ervoor. In de afgelopen 7 kalenderdagen werden landelijk 78 personen per 100.000 inwoners gemeld na een positieve test voor SARS-CoV-2, vergeleken met 69 per 100.000 inwoners in de week daarvoor. Hierin was een variatie van 34 tot 116 per 100.000 inwoners tussen de regio's in de afgelopen week. De regio's met het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners (>100) betroffen Gelderland Midden en IJsselland, regio's met lage vaccinatiegraad gemeenten. De recente toename is daarnaast te zien in drie van de vier veiligheidsregio's waarin de grote steden liggen (Amsterdam uitgezonderd). De recente stijging is vooral zichtbaar in de leeftijdsgroepen 0-9 en 10-19 jaar, en de leeftijdsgroepen van een generatie verschil met de eerstgenoemden (30-39 en 40-49 jaar).
Het patroon van het aantal meldingen naar leeftijd toont een hogere incidentie in de leeftijdsgroepen tot 50 jaar dan daarboven. Het aantal positieve testen varieerde in kalenderweek van 29-49 per 100.000 inwoners in de leeftijdsgroepen vanaf 50 jaar tot 87-97 per 100.000 inwoners in de leeftijdsgroepen tussen 13-17 en 30-39 jaar.

Het aantal testen bij de GGD-testlocaties was gemiddeld over de laatste week 5% lager ten opzichte van de 7 dagen ervoor, maar laat in de laatste dagen een belangrijke toename zien. Het bijbehorende percentage positieve testen in de GGD-teststraten was 8,1% gemiddeld in de afgelopen 7 kalenderdagen, in vergelijking met 7,8% in de week ervoor.

Het is van belang te realiseren dat het aantal bij de GGD geteste personen momenteel een mix is van personen mét en personen zonder klachten, al dan niet naar aanleiding van een nauw contact getest (d.i., in kader van BCO), en al dan niet getest na een tevoren positief bevonden zelftest (de zogenaamde confirmatietesten). Na exclusie van confirmatietesten was 5,1% van alle testen positief, zowel in de afgelopen 7 dagen als de week daarvoor.
Hoeveel zelftesten thuis uitgevoerd worden, is onbekend. Van alle personen die zich in de afgelopen week lieten testen bij de GGD, was dat bij 5% naar aanleiding van een positieve zelftest. Positieve confirmatietesten van deze zelftesten bedroegen 44% van alle positieve testen bij de GGD. Van de mensen die voor een confirmatietest naar de teststraten van de GGD kwamen in de afgelopen maand, had wekelijks 85-90% klachten; hiervan kreeg 75-80% ook

een positieve testuitslag van de GGD; van de mensen zonder klachten die voor een confirmatietest kwamen, testte slechts 7-11% ook positief in de confirmatietest.

De opkomst voor ten minste één vaccinatie bedroeg op 3 oktober 86,7% voor de volwassen bevolking, en 82,9% had de volledige vaccinatieserie afgerond, op basis van de landelijke registratie. Van de 12- t/m 17-jarigen had 59% minimaal één vaccinatie ontvangen en heeft 53% de volledige vaccinatieserie afgerond.

De testincidentie bij de GGD ligt hoger voor het ongevaccineerde deel van de bevolking dan voor het volledig gevaccineerde deel. Het percentage positieve testen ligt beduidend hoger bij ongevaccineerde personen dan bij gevaccineerde personen. Dit resulteert in een hoger aantal positieve testen per 100.000 inwoners voor de ongevaccineerde bevolking.
Bij personen getest in het kader van het coronatoegangsbewijs (CTB) – de niet-gevaccineerde of recent herstelde personen – was het percentage positieve testen 0,1% in de afgelopen kalenderweek.

De Infectieradar laat een aanzienlijke stijging van het aantal personen met luchtwegklachten zien, passend bij de omslag naar de herfst en de verwachte toegenomen circulatie van luchtwegvirussen. Dit beeld wordt bevestigd door de informatie uit de NIVEL-peilstations die een toename van o.a. het RSV, rhinovirus en enterovirus laat zien.

De instroom en bezetting op verpleegafdelingen en IC in het ziekenhuis neemt licht toe. Het gemiddelde dagelijkse aantal opnames op verpleegafdelingen was in de afgelopen week gemiddeld 42 ten opzichte van 34 de week daarvoor, en 10 versus 7 op de IC (bron: LCPS). Ook de incidentie van ziekenhuisopname is veel hoger in de ongevaccineerde bevolking dan in de gevaccineerde bevolking. In september was deze incidentie in alle leeftijdsgroepen minimaal 10 maal zo hoog in de ongevaccineerde bevolking vergeleken met de volledig gevaccineerde bevolking. De eerder zeer hoge vaccineffectiviteit gevonden tegen zowel ziekenhuisopname als IC-opname in Nederland persisteert in de meest recente data (95% en 98%).

Het aantal besmettingen in verpleeghuizen en woonzorgcentra voor ouderen laat in de laatste dagen een stijging zien, overeenkomstig de toename in de totale bevolking. In september was er op populatieniveau een gering verhoogde sterfte; deze verhoogde sterfte was in meerdere leeftijdsgroepen zichtbaar, maar niet bij Wlz-zorggebruikers (bron: CBS).

De virusvrachten in rioolwatermonsters genomen in de week van 27 september-3 oktober namen toe. Het weekgemiddelde is in week 39 (gebaseerd op 308/313 locaties) toegenomen met 8% ten opzichte van week 38. In 17 van de 25 veiligheidsregio's was een stijgende trend zichtbaar in de virusvrachten in rioolwater in week 39.

Samenvattend lijkt er een kantelpunt te zijn bereikt in de epidemiologische situatie, binnen twee weken na de versoepelingen ingegaan op 25 september jongstleden. Dit kantelpunt is zichtbaar zowel in de toename van het aantal meldingen van positief geteste personen, als in de lichte toename van meldingen in verpleeghuizen en ziekenhuisopnames, en in de rioolwater bemonsteringen. Hoewel vaccineffectiviteit tegen infectie (d.w.z. aantonen van aanwezigheid virus in de neuskeelbemonstering) en transmissie lager lijkt voor de deltavariant en

effectiviteit tegen infectie en transmissie afneemt met de tijd sinds vaccinatie (op basis van de literatuur), blijft de effectiviteit tegen ernstige ziekte in Nederland nog onverminderd hoog.

Reproductiegetal, relatieve besmettelijkheid varianten

De meest recente schatting van het reproductiegetal Rt, zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is voor 23 september op basis van Osiris 1,02 (95%-interval 0,97–1,07). De schatting op basis van het aantal nieuwe ziekenhuisopnames per dag kent een aanzienlijk grotere onzekerheid, omdat ze berekend wordt op veel geringere aantallen, maar ook deze waarde is voor 22 september 1,02 (95%-interval 0,68–1,41). Bijna alle infecties in Nederland worden momenteel veroorzaakt door de deltavariant. Ook elders in Europa circuleert momenteel geen variant die de deltavariant verdringt.

Op basis van de recente toename in meldingen is de verwachting dat het aantal ziekenhuis- en IC-opnames de komende week stijgt.

Allereerst is het regressiemodel besproken dat één tot anderhalve week vooruit prognosticeert, op basis van de huidige meldingen en de empirische relatie tussen aantallen gevallen in de resp. leeftijdscohorten en de te verwachten opnames in het ziekenhuis en op IC-afdelingen. Dit model toont dat er vanaf nu een toename in de ziekenhuis- en IC-opnames waarschijnlijk is.

Het transmissie-model, dat gekalibreerd wordt op het aantal waargenomen IC-opnames per dag vanaf het begin van de uitbraak tot nu toe, en waarin onder andere een seizoensinvloed, virusvarianten, de beschikbare informatie over vaccinaties (CIMS, GGD'en), de effectiviteit van vaccins, en de geschatte opbouw van immuniteit door doorgemaakte infectie worden meegenomen, laat voor de komende weken eveneens een lichte toename van het aantal nieuwe IC- en ziekenhuisopnames zien bij het handhaven van het huidige pakket aan maatregelen.

Er is een update gemaakt van de orde van grootte-berekening welk deel van de bevolking gevaccineerd is of infectie heeft doorgemaakt (circa 80%) en welk deel nog vatbaar is voor infectie (31%; omdat na aftrek van gevaccineerde personen die na blootstelling aan deltavirus toch ziek worden, 69% beschermd is tegen infectie, en 78% tegen ernstige ziekte en ziekenhuisopname). Hierin is ook rekening gehouden met de vaccineffectiviteit tegen infectie door de deltavariant. De orde van grootte van het aantal personen voor wie vanwege SARS-CoV-2-infectie opname in een ziekenhuis nodig zal zijn, is geschat op ruim 23 duizend, en het aantal mensen waarvoor IC-opname nodig is vanwege COVID-19, wordt geschat op ongeveer 4,8 duizend.
Vergeleken met eerdere schattingen medio augustus is er een andere methode gehanteerd. Eerder werd het aantal doorgemaakte infecties uitgemiddeld, nu wordt het aantal specifiek per leeftijdscohort doorberekend. In de analyses is nu ook de aangepaste vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopname na infectie met de deltavariant meegenomen. Ten opzichte van medio augustus is de vaccinatiegraad iets lager uitgevallen en zijn er meer mensen besmet en daarna immuun geworden. De ramingen van de aantallen personen die in het ziekenhuis opgenomen kunnen worden, zijn iets hoger dan de schattingen van medio augustus.

Het OMT kreeg drie scenario's gepresenteerd. Een basisscenario waarin de vrijetijdscontacten op het huidige niveau blijven na 1 november (90% vergeleken met het gemiddelde niveau op jaarbasis van voor de coronapandemie), een scenario waarin deze toenemen tot 100% (het niveau van voor de coronapandemie), en een scenario waarin deze uitkomen op 120%. Deze scenario's zijn zo gemodelleerd, omdat de specifieke effecten van bijvoorbeeld een versoepeling van 75%- naar 100%-bezetting in gelegenheden, of verlengen van openingstijden in de horeca, onbekend zijn, maar wel steeds resulteren in meer contacten. De mate waarin versoepelingen zich vertalen naar toename in contacten is onzeker, evenals het aantal vrijetijdscontacten, of de mate waarin de CTB exact bijdragen aan het verminderen van risico's van deze contacten (wat overigens een positief effect van de CTB op de bestrijding van de uitbraak onverlet laat).

De scenario's die uitgaan van een toename van contacten door versoepelingen laten een toename zien met hogere piek (maximum in januari) in IC-opnames en bezetting (en dito ziekenhuisopnames en bedbezetting) dan eerder geprognosticeerd, omgeven door grote onzekerheidsmarges. Om het beeld iets verder in te vullen: als de contacten op het huidige niveau blijven (d.i. en ook geen verdere versoepelingen begin november) wordt een maximaal aantal van IC-bezetting berekend van circa 180 bedden met uitloop naar maximaal 400; bij een toename van de contacten tot 120% wordt dit aantal circa 500, met een uitloop tot maximaal 800 bedden. De piek van de bezetting ligt dan medio tot eind januari. Bij teruglopen van vaccineffectiviteit worden deze aantallen hoger.

De prognoses schetsen een ongunstiger beeld voor de komende herfst- en wintermaanden dan eerder gemodelleerd. Er is een grotere mate van onzekerheid, waarbij ook een forse toename van ziekenhuis- en IC-opnames niet uitgesloten is. Het OMT adviseert dan ook om op dit moment niet al versoepelingen zoals het uitbreiden van de 75%-regel, door te voeren. Naarmate we een aantal weken verder zijn, wordt de prognose nauwkeuriger, en de risico's van eventuele versoepelingen beter omschreven. Het OMT zal de ontwikkelingen nauwgezet volgen, her-evalueren en hierover adviseren in haar bijeenkomst op 29 oktober, op basis van een langere observatieperiode van de epidemiologische ontwikkelingen.

Ook zal het OMT aandacht blijven besteden aan de vaccineffectiviteit tegen infectie, transmissie en ernstige ziekte, en daarover periodiek rapporteren.

Verschillende studies concluderen dat er verschil is in de effectiviteit van vaccins tegen besmetting (d.i. positieve PCR keelneusbemonstering) met de verschillende virusvarianten (lager voor delta dan non-delta) maar dat de vaccins een vergelijkbare, hoge effectiviteit hebben op het voorkomen van ziekenhuis- en IC-opname. Zo laat een recente studie in the Lancet (Tartof et al, Oct 4, 2021) een vaccineffectiviteit van 93% zien in het voorkomen van ziekenhuisopnames voor zowel alfa- als de deltavariant. Deze effectiviteit verschilde niet tussen de leeftijdscohorten en was ook onder de oudste gevaccineerde personen niet afgenomen. Dit wordt ook gezien in een studie van het Amerikaanse CDC (MMWR, 2021), waarin de bevindingen uit meerdere staten worden gerapporteerd; in dit onderzoek lijkt er wel sprake van een geringe afname van effectiviteit tegen ziekenhuisopnames in het hoogste leeftijdscohort, d.i. >65 jaar, waar de vaccineffectiviteit tegen opname van boven tot op de 90% uitkwam. Helaas is uit deze studie niet duidelijk in hoeverre onderliggend lijden de kans op opname beïnvloedde: werd men vanwege of met COVID-19 opgenomen.

Tegelijkertijd zijn er aanwijzingen uit Israël van een afname in de tijd van vaccineffectiviteit tegen ernstige ziekte en mogelijk ziekenhuisopnames veroorzaakt door infecties met de deltavariant t.o.v. van de alfavariant. Uit een onderzoek in Qatar is dit beeld minder duidelijk. Het is onzeker wat hier de mogelijke verklaringen voor zijn en in hoeverre hier sprake is van zogenaamde waning immunity, natuurlijk dalende antistofconcentraties maar blijvende 'immune memory', etc.

De Nederlandse gegevens laten een verminderde effectiviteit van vaccinatie zien tegen infecties met de deltavariant t.o.v. van de alfavariant, maar nog steeds een hoge vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopname, zowel voor de delta- als de alfavariant. Ook wordt er (nog) geen afname van vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopname gezien, ook niet onder de oudste personen die in Nederland als eerste gevaccineerd werden. Een en ander zal nauwlettend worden vervolgd, en regelmatig aan Gezondheidsraad, die zal adviseren over de eventuele noodzaak van boostervaccinaties, en aan VWS gerapporteerd worden.

Terzijde, maar het monitoren van de vaccineffectiviteit in Nederland wordt belemmerd omdat het OMT/RIVM geen volledig overzicht heeft aangezien het landelijke vaccinatieregister CIMS niet de vaccinatiestatus van alle gevaccineerde personen bevat (vanwege informed consent), en zorgverleners niet het BSN-nummer aan het RIVM mogen verstrekken voor deze en andere wettelijke taken, waardoor (mede) verschillende relevante databestanden niet eenvoudig gekoppeld kunnen worden door het RIVM. Het OMT constateert dat dit het vroegtijdig signaleren van veranderingen in de vaccineffectiviteit belemmert.

C. Adviezen

Adviesvraag

Maatregelen
In het OMT advies van 13 september, naar aanleiding van het 126e OMT, zijn een drietal scenario's geschetst voor het opheffen van maatregelen. Het kabinet heeft gekozen voor het scenario waarin de veilige 1,5 m-afstandsnorm wordt opgeheven met brede inzet van het CTB (coronatoegangsbewijs). Vanaf 25 september zijn de eerste maatregelen versoepeld, in de horeca, bij evenementen, voor publiek bij professionele sportwedstrijden in de Eredivisie en topsportcompetities en bij vertoning van professionele kunst en cultuur met inzet van CTB. Hierbij is in overweging genomen dat maatregelen, in verband met de maatschappelijke impact, niet langer in stand moeten worden gehouden dan nodig. Tegelijkertijd dienen versoepelingen wel epidemiologisch verantwoord te zijn.

Kan het OMT aangeven of er op korte termijn, gezien de epidemiologische situatie, ruimte is voor het eerder laten vervallen van de 75% bezettingsgraad voor zaalcapaciteit? Acht het OMT het daarnaast epidemiologisch verantwoord om andere maatregelen op korte termijn te versoepelen.

Tijdelijke wet maatregelen COVID-19
De juridisch bindende maatregelen die, ook op de BES, worden genomen ter bestrijding van COVID-19 zijn gebaseerd op de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19 (Twm). De Twm vervalt van rechtswege na 3 maanden, tenzij de wet geheel of gedeeltelijk met drie maanden wordt verlengd. Per 1 december vervalt de Twm. Bij iedere verlenging van de Twm wordt opnieuw bekeken welke

wettelijke grondslagen voor maatregelen nog nodig kunnen zijn ter bestrijding van COVID-19 en dus behouden moeten blijven en welke kunnen komen te vervallen.
Kan het OMT een verwachting uitspreken over de epidemiologische situatie, ook op de BES, vanaf 1 december en daaraan gerelateerd welke maatregelen niet meer nodig zijn in de instrumentenkist om in te zetten bij een opleving van het virus (zie bijlage). Welke instrumenten adviseert het OMT om ook na 1 december 2021 beschikbaar te houden voor oplevingen?

Op basis van het geschetste beeld van het verloop van de epidemie, het aantal meldingen, de Rt-waarde en de modellen over de verwachting van de ziekenhuis- en IC-opnamen, zoals hierboven beschreven, en de onzekerheden door het momenteel uiteenlopen van de prognosemodellen, adviseert het OMT om nu geen maatregelen te versoepelen. Het OMT volgt de ontwikkelingen nauwgezet en zal in het volgend OMT op 29 oktober aanstaande opnieuw het verloop van de epidemie beoordelen en adviseren over de mogelijkheden voor aanpassing van de maatregelen.

Wat betreft de adviesaanvraag over het beschikbaar houden van mogelijkheden voor maatregelen in kader van de Tijdelijke Wet Maatregelen COVID-19 geldt in grote lijn hetzelfde. Vanwege de epidemiologische onzekerheden in de te verwachten IC- en ziekenhuisopnamen adviseert het OMT de mogelijkheid om maatregelen in te kunnen stellen open te houden.
Het OMT adviseert wel dat de maatregelen met betrekking tot a) het gebruik van publiek toegankelijke voorzieningen zoals publieke toiletten en b) alcohol verkoop of in bezit hebben daarvan, zouden kunnen vervallen.

Geldigheidsduur herstelbewijs en rol serologie bij CTB

Adviesaanvraag

In het OMT advies van 13 september, naar aanleiding van het 126e OMT, heeft u aangegeven dat het OMT zal verkennen of het bepalen van antistoffen voor het aantonen van een doorgemaakte infectie nog een aanvullende bijdrage aan het CTB zou kunnen leveren. Tijdens het debat van 15 september is een motie aangenomen die het kabinet vraagt zich in te zetten voor de snelle toelaatbaarheid van serologische testen, zodat deze als grond voor een herstelbewijs kunnen gelden.
Onder welke voorwaarden kan serologisch onderzoek van mensen die geen CTB hebben op basis van vaccinatie of een herstelbewijs (circa 1,8 miljoen mensen) leiden tot een uitslag die een basis kan zijn voor een CTB. Aan welke voorwaarden dient een dergelijke test te voldoen? Zijn er point of care testen die aan deze voorwaarden voldoen? Welke uitslag is daarvoor nodig? Aan welke geldigheidstermijn(en) moet(en) dan worden gedacht?
Een andere toepassing zou kunnen zijn dat met een serologische test de groep mensen geïdentificeerd wordt, die al met één vaccinatie volledig gevaccineerd kan zijn. Dit kan voor mensen die aarzelen over vaccinatie de afweging vergemakkelijken. Kan het OMT mij ook over die toepassing adviseren?

Verlengen herstelbewijs
Op dit moment is de geldigheid van een zogenaamd herstelbewijs als onderligger voor het CTB 180 dagen. Is het OMT van mening dat er voldoende aanleiding is uit (internationaal) onderzoek om deze geldigheid voor het CTB te verlengen?

Een aantal OMT-leden heeft voor de beantwoording van uw adviesvragen een voorstel uitgewerkt en ter bespreking en besluitvorming voorgelegd aan het OMT. Het OMT heeft dit voorstel besproken en overgenomen. Voor het volledige advies

verwijs ik u naar de bijlage waarin uitgebreid wordt ingegaan op de beantwoording van uw adviesvragen en onderbouwing hiervan.

Het OMT komt tot de conclusie dat een serologische test niet bruikbaar is voor het CTB, omdat het tijdstip van infectie niet vast te stellen is en derhalve geen termijn aan het CTB kan worden gekoppeld waar dat nu nog wel wenselijk geacht wordt. Bovendien is er geen internationaal geaccepteerde afkapwaarde bekend tussen het aantonen van de antistoffen en de mate van bescherming.
Een serologische test kan wel worden gebruikt om vast te stellen of iemand een infectie heeft doorgemaakt. Daarmee zou kunnen worden besloten om slechts een enkele mRNA-vaccinatie te geven. Het OMT signaleert verder dat een CTB op basis van de combinatie van doorgemaakte infectie bepaald via serologie en een enkelvoudige vaccinatiedosis internationaal zeer beperkt toegang levert. Op grond van deze afweging biedt het aanbieden van serologisch onderzoek slechts beperkte meerwaarde.
Het OMT adviseert om de geldigheid van het herstelbewijs op basis van een positieve coronatest bij de GGD voor het CTB te verlengen tot 12 maanden. Deze termijn zou mogelijk verder opgerekt kunnen worden. Hiervoor is het noodzakelijk om beter inzicht hebben in het aantal herinfecties dat leidt tot ziekenhuisopname of mortaliteit. Momenteel ontbreekt echter de toegang tot de benodigde data hiervoor.

Op dit moment adviseert het OMT de geldigheidstermijn na doorgemaakte infectie aan te passen naar een jaar, maar herbeoordeling in de toekomst is hierbij wenselijk.
Voor nadere details verwijzen wij naar begeleidende bijlage 'Geldigheidsduur herstelbewijs en rol serologie bij CTB'.

Quarantaineadvies kinderen jonger dan 13 jaar

Adviesaanvraag

In het advies n.a.v. 126e OMT heeft u aangegeven dat op termijn overwogen zou kunnen worden om aan kinderen jonger dan 13 jaar in het algemeen geen quarantaineadvies meer te geven als zij een nauw contact zijn van een besmettelijke index. Ik ontvang uw advies hierover graag.

Omdat quarantaineadvies alleen nog gegeven wordt aan huishoud- en nauwe contacten die als niet-immuun worden beschouwd, en jonge kinderen niet gevaccineerd kunnen worden, krijgen kinderen tot en met 12 jaar nog regelmatig een quarantaine-advies. Het OMT realiseert zich dat dit tot gevolg heeft dat zij school, sport en andere activiteiten missen. Dit is onwenselijk, echter het laten vervallen van een quarantaineadvies voor álle niet-immune kinderen tot en met 12 jaar kan leiden tot meer besmettingen in de omgeving, met name onder niet-immune contacten van deze kinderen.
Kinderen maken momenteel een groter aandeel van alle positief geteste personen uit door de uitrol van vaccinatie in oudere leeftijden. Tevens kunnen zij een bron zijn voor verdere verspreiding. Gezien de epidemiologische situatie (met vooral besmettingen in de groepen onder de 20 jaar) en onzekerheid over de toename van infecties en de prognoses ten aanzien van ziekenhuis- en IC-opnames voor de komende periode, adviseert het OMT om voor alle kinderen tot en met 12 jaar de quarantaineadviezen niet los te laten. Omdat kinderen jonger dan 4 jaar maar een erg kleine rol spelen in de transmissie van het virus, kan voor deze groep de

quarantaine al wel vervallen, ongeacht of zijn huishoud- of nauw contact zijn. De quarantaineadviezen voor de groep van 4 tot en met 12 jaar zal het OMT eind oktober opnieuw beoordelen.

Datum
11 oktober 2021

Ons kenmerk
0117/2021 LCI/[redacted]

Tot een nadere mondelinge toelichting ben ik gaarne bereid.

Hoogachtend,

[redacted]

Prof. dr. J.T. van Dissel
Directeur CIb

Productie 6

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

> Retouradres Postbus 1 3720 BA Bilthoven

Aan de Directeur-Generaal van de
Volksgezondheid
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
drs. M. Sonnema
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

Ons kenmerk
0120/2021 LCI/JvD/at/nn

Behandeld door
LCI

T (030) 274 7000
F (030) 274 4455
lci@rivm.nl

Datum 1 november 2021
Onderwerp Advies n.a.v. 128e OMT

1 november 2021: aanpassing van de adviesbrief d.d. 1 november 2021
In deze gewijzigde versie van de adviesbrief is op pagina 10 de juiste link opgenomen.

Geachte mevrouw Sonnema,

Op 28 oktober 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, artsen-microbioloog, een regionaal arts-consulent, ouderengeneeskundige, artsen 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 vervolgadviezen 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 patiënten binnen de reguliere zorg als COVID-19-patiënten 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 27 oktober 2021 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

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, gegeven de ontwikkeling van de vaccinatiegraad? Kunt u een nieuwe prognose geven voor IC en ziekenhuisopnames en- bezetting en daarbij aangeven wanneer de piek wordt verwacht en de hoogte daarvan?

Het OMT is geïnformeerd over het verloop van de epidemie en de resultaten van de modellering.

In de afgelopen 7 kalenderdagen (20-27 oktober) is het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positieve personen gestegen met 56% in vergelijking met de 7 dagen ervoor. In de afgelopen 7 kalenderdagen werden landelijk 239 personen per 100.000 inwoners gemeld na een positieve test voor SARS-CoV-2, vergeleken met 156 per 100.000 inwoners in de week daarvoor.

Het aantal meldingen nam toe in alle regio's, maar er is wel een grote regionale variatie in aantal positieve testen, van 132 tot 384 per 100.000 inwoners. De regio's met het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners (≥300) betroffen Zuid-Holland Zuid, Limburg-Noord, IJsselland, Hollands Midden, Gelderland Zuid, en Gelderland Midden. Dit beeld is consistent met de hogere virusvrachten vastgesteld in rioolwatermonsters.

Het aantal meldingen nam in alle leeftijdsgroepen verder toe in de afgelopen week. Het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners (>250) betrof de leeftijdsgroepen 25-29 en 30-39 jaar, was 200-250 in de leeftijdsgroepen 0-12, 13-17, 18-24 en 40-49 jaar. In de leeftijdsgroepen vanaf 50 jaar lag het aantal meldingen tussen de 147 en 181 per 100.000.

Het aantal testen bij de GGD-testlocaties laat een geleidelijke stijging zien in de afgelopen weken, over de laatste week 16% hoger ten opzichte van de 7 dagen ervoor. Het bijbehorende percentage positieve testen in de GGD-teststraten was 15,7% gemiddeld in de afgelopen 7 kalenderdagen, in vergelijking met 12,4% in de week ervoor.

Het is van belang te realiseren dat het aantal bij de GGD geteste personen momenteel een mix is van personen mét en personen zónder klachten, al dan niet naar aanleiding van een nauw contact getest (d.i., in kader van BCO), en al dan niet getest naar aanleiding van een tevoren positief bevonden zelftest (de zogenaamde confirmatietesten). Na exclusie van confirmatietesten was 9,3% van alle testen positief in de afgelopen 7 dagen, vergeleken met 7,4% de week ervoor.
Hoeveel zelftesten thuis uitgevoerd worden, is onbekend. Bij deelnemers aan Infectieradar met COVID-19-achtige klachten geeft ongeveer 60% van de deelnemers in de laatste weken aan dat men een test uitvoert of uit laat voeren. Van hen gebruikt ongeveer 60% alleen een zelftest, ongeveer 25% laat zich testen bij de GGD, en ongeveer 15% doet beide, al dan niet naar aanleiding van een positieve zelftest.
Van alle personen die zich in de afgelopen week lieten testen bij de GGD, was dat bij 8% naar aanleiding van een positieve zelftest; 88% van positieve zelftesten werd bevestigd positief bij de GGD-bemonstering. Positieve confirmatietesten van zelftesten bedroegen 45% van alle positieve testen bij de GGD.

Bij personen getest in het kader van het coronatoegangsbewijs (CTB) was het percentage positieve testen 0,4% in de afgelopen kalenderweek, vergeleken met 0,2% in de kalenderweek ervoor.

De geschatte opkomst voor ten minste één vaccinatie bedroeg t/m 24 oktober 87,3% voor de volwassen bevolking, en 83,8% had de volledige vaccinatieserie afgerond. Voor de bevolking vanaf 12 jaar is dit respectievelijk 85,2% en 81,8%. Voor de leeftijdsgroepen van jonger dan 40 jaar ligt de vaccinatiegraad op dit moment overall nog onder de 75%.

De instroom en bezetting op verpleegafdelingen en IC in de ziekenhuizen nam toe. In de afgelopen kalenderweek werden 603 opnames in het ziekenhuis geregistreerd, waarvan 115 op de IC, vergeleken met respectievelijk 440 en 83 de week daarvoor (bron: stichting NICE). Het gemiddeld dagelijkse aantal opnames op verpleegafdelingen was in de afgelopen week gemiddeld 100 ten opzichte van 63 de week daarvoor, en 18 versus 15 op de IC (bron: LCPS, 21-27 oktober). Op 27 oktober was de bedbezetting 659 in de kliniek en 200 op de IC.

De eerder vastgestelde hoge vaccineffectiviteit tegen zowel ziekenhuisopname als IC-opname in Nederland persisteert in de meest recente data t/m afgelopen week (95% en 97%). Deze is consistent iets lager in de oudste leeftijdsgroep: gemiddeld 90% voor ziekenhuisopname en 95% voor IC-opname, respectievelijk, voor de bevolking vanaf 70 jaar.

Het aantal besmettingen in verpleeghuizen en woonzorgcentra voor ouderen laat een stijging zien die overeenkomstig is aan de toename van de thuiswonende bevolking vanaf 70 jaar.

Reproductiegetal en prognose ziekenhuizen en IC

De meest recente schatting van het reproductiegetal Rt, zoals berekend op basis van de meldingen van positief geteste personen, is voor 11 oktober op basis van de Osiris-data (meldingen via de GGD'en): gemiddeld 1,19 (95%-interval 1,16–1,23) besmettingen per geval. De schatting op basis van het aantal nieuwe ziekenhuisopnames per dag kent een aanzienlijk grotere onzekerheid, omdat ze berekend wordt op veel geringere aantallen, maar ook deze waarden is voor 9 oktober boven de 1, namelijk 1,19 (95%-interval 0,19–1,49). Bijna alle infecties in Nederland worden momenteel veroorzaakt door de deltavariant.

Op basis van de recente toename in meldingen verwachten we voor de komende week dat het aantal ziekenhuis- en IC-opnames verder gaat stijgen, met schattingen tot circa 175-200 ziekenhuisopnames per dag, en tot circa 30-40 IC-opnames per dag.

Op basis van een transmissiemodel dat wekelijks gefit wordt op het aantal waargenomen IC-opnames per dag, en waar onder andere de beschikbare informatie over vaccinaties (CIMS, GGD-en), de effectiviteit van vaccins, en de geschatte opbouw van immuniteit door doorgemaakte infectie in de bevolking wordt meegenomen, verwachten we ook een toename van het aantal ziekenhuisopnames per dag en het aantal IC-opnames per dag. De toenames in opnames voorspeld bij de modellering uitgaande van de huidige maatregelen, komen daarbij iets uit onder die zoals boven berekend op basis van de huidige (toename in) meldingen.

Belangrijk is dat de onzekerheid over het tijdstip waarop een piek in de opnames en bedbezetting bereikt wordt groot is, en de piekwaarde van de IC-bezetting aanzienlijk kan variëren binnen wat mogelijk geacht wordt door een

seizoenseffect, effect van vaccinatie op transmissie en infectie, etc. Bijvoorbeeld, het OMT is op de hoogte gesteld van de uitkomsten van vier scenario's die verschillen in het aantal contacten dat mensen in hun vrije tijd met elkaar hebben zonder 1,5 m afstand te houden of zonder CTB. Voor elk van deze scenario's bestrijkt de onzekerheidsmarge een brede range aan mogelijke waarden; zowel waarden die vallen binnen de beschikbare zorgcapaciteit als waarden die uitkomen boven de beschikbare zorgcapaciteit. Deze modelprognose geeft bovendien een optimistisch beeld in de zin dat de vaccineffectiviteit tegen transmissie als constant wordt verondersteld terwijl er ook aanwijzingen zijn dat deze daalt in de loop van de tijd, en in de zin dat vaccinatiegraad binnen leeftijdsgroepen homogeen wordt verondersteld terwijl de vaccinatiegraad zowel geografisch als in sociale groepen sterk kan variëren. Door dit laatste kunnen soms in korte tijd grotere pockets van infecties ontstaan, die het aantal meldingen en opnames omhoogstuwen. Door al deze onzekerheden kunnen de prognoses met betrekking tot de piekbelasting van de zorg achterblijven bij de realiteit: het voorspelde moment van de piekbelasting is mogelijk te vroeg, de voorspelde hoogte te laag.

C. Adviezen

Maatregelen

C1. Adviesaanvraag VWS: Het OMT adviseerde in het 127e advies om de nu geldende maatregelen niet te versoepelen. Het verloop van de epidemie en de snelle stijging van het aantal coronapatiënten in de ziekenhuizen, maakt dat het kabinet aanvullende maatregelen overweegt met het doel de zorg te ontlasten. Het kabinet ziet zich daarbij gesteld voor een aantal dilemma's nu er sprake is van een hoge vaccinatiegraad en de epidemie vooral heerst onder niet-gevaccineerde mensen die het grootste risico lopen op ziekenhuisopname. Daarbij wil het kabinet niet onnodig maatregelen treffen die beperkend zijn voor de samenleving en de economie. Mede gelet hierop, overweegt het kabinet waar mogelijk om maatregelen zo specifiek en gericht mogelijk in te zetten in regio's waar de vaccinatiegraad laag is (het kabinet denkt hierbij aan drempelwaarde van 75% volledig gevaccineerd 12 jaar en ouder op gemeentelijk niveau) en er een te hoge druk op de zorg dreigt te ontstaan. Het kabinet overweegt hierbij een regionale aanpak onder landelijke regie. Wat adviseert het OMT als drempelwaarde voor het inzetten van specifieke regionale maatregelen?

Kan het OMT in dat licht, vanuit doeltreffendheid van de maatregelen op het verloop van de epidemiologie en druk op de zorg, reflecteren op de hierna beschreven mogelijkheden en daarbij waar mogelijk per maatregel een inschatting geven van de te verwachten effecten op de druk op de zorg.
Wilt u aangeven of het OMT de maatregelen generiek (landelijk) of specifiek (regionaal op gemeentelijk niveau) adviseert.

- *Continueren van het huidige maatregelenpakket, en daarbij het nogmaals benadrukken van de basis- en bronmaatregelen, inclusief advies om geen handen te schudden. Het kabinet werkt daarnaast aan het verder bevorderen van de naleving en handhaving van de inzet van CTB's.*
- *Verzwaring van het huidige maatregelenpakket door bijvoorbeeld een of meer van de volgende maatregelen te nemen:*
  - *Aanscherpen thuiswerkadvies naar 'werk thuis, tenzij het niet anders kan'.*
  - *Herintroduceren binnenlands reisadvies naar "Mijd drukte onderweg en reis buiten de spits.*

- *Aanscherpen advies 'geef elkaar de ruimte' naar advies 'houd waar mogelijk 1,5m afstand'.*
- *Het CTB uitbreiden binnen de door de wet reeds aangewezen sectoren: cultuur, doorstroomevenementen (incl. doorstroomlocaties), horeca buiten, sport (incl. publiek bij amateursportwedstrijden en sportbeoefening).*
- *Uitbreiden mondkapjesplicht naar bijvoorbeeld alle publieke ruimten, in en rond het OV, onderwijsinstellingen (Vo, Mbo en Ho), contactberoepen.*

Bovenstaand betreft maatregelen die op korte termijn en binnen het huidige wettelijke kader genomen kunnen worden. Dragen de maatregelen naar de mening van het OMT voldoende bij aan het terugdringen van de druk op de zorg?

Het OMT is van mening dat er zo spoedig mogelijk aanvullende maatregelen nodig zijn om de toename van de ziekenhuis en daarmee IC-opnames te keren, en deze in de tijd te spreiden zodat de zorgcapaciteit in brede zin voor zowel patiënten binnen de reguliere zorg als voor COVID-19-patiënten geborgd blijft. Ook de kwetsbaren in de samenleving moeten beschermd worden tegen de toegenomen circulatie van het virus. Hiertoe moeten aanvullende maatregelen genomen worden om de transmissie van het virus af te remmen; dit kan door maatregelen te nemen die het aantal, de intensiteit en/of de duur van contacten doen afnemen.

1. Vooreerst: vaccinatie.

Getuige de spreiding van de toename van besmettingen en de gegevens uit de rioolwatersurveillance circuleert het SARS-CoV-2-virus breed in Nederland, maar zijn de meldingen en ziekenhuisopnames het hoogst in gebieden met een vaccinatiegraad die onder het gemiddelde van Nederland liggen. Duiding van de epidemiologie maakt eveneens duidelijk dat ongevaccineerde personen onverminderd een grotere kans hebben om besmet te raken en in zorg te komen, dan gevaccineerde personen. Vaccinatie is met name zeer effectief gebleken in het voorkomen van ernstige ziekte, en ziekenhuis- en IC-opname. Daarom blijft het vooreerst van belang om in te blijven zetten op het verhogen van de vaccinatiegraad. Het 'wie' en 'waarom' van degenen die nog niet gevaccineerd zijn, is goeddeels bekend. Gerichte inspanningen op deze groepen die al geïnitieerd zijn, landelijk en door de GGD'en, moeten voortgezet worden en waar mogelijk geïntensifieerd. Deze aanpak wordt onderstreept door het internationale beeld. Hieruit is duidelijk dat landen met een hoge vaccinatiegraad, zoals Portugal, Spanje en Denemarken, wat betreft aantallen nieuwe COVID-19-meldingen en met name de ziekenhuisopnames gerelateerd aan COVID-19, een gunstige positie innemen.

2. Respecteer de basisregels.

De verwachting is dat het SARS-CoV-2-virus ook zal blijven circuleren, en dat – zeker met afschalen van maatregelen – iedereen vroeger of later besmet wordt met het virus. Mensen die geen afweer tegen SARS-CoV-2 hebben opgebouwd door een natuurlijk doorgemaakte infectie of vaccinatie, zullen na besmetting waarschijnlijk een infectie met het virus oplopen. Dat zal meestal met relatief milde klachten verlopen, maar soms treden ernstige klachten en complicaties op waarvoor ziekenhuisopname noodzakelijk is. En bij de aanzienlijke infectiedruk die de komende tijd verwacht wordt, kan een en ander leiden tot een aanzienlijke extra belasting van de zorg, bovenop de reguliere zorg. Bij de huidige IC-bezetting van 200 patiënten komt de reguliere zorg momenteel al in de knel, en moeten er in sommige regio's keuzes gemaakt worden. Daarbij is het nog

onduidelijk hoe hoog de belasting van de ziekenhuizen en de IC-zorg door andere respiratoire infecties zoals influenza dit winterseizoen zal worden.
Het OMT benadrukt de urgentie van maatregelen om, ondanks de toename van de belasting op de zorg door SARS-CoV-2-infecties bovenop de (door inhaalzorg al drukke) reguliere zorg, de zorg voor iedereen toegankelijk te houden, ongeacht de vaccinatiestatus. Hiertoe moet de verspreiding van het virus geremd worden, door maatregelen te nemen waarmee het aantal contacten dat tot transmissie van het SARS-CoV-2 virus leidt, terug gebracht wordt. Dergelijke maatregelen moeten effectief zijn tegen de virusverspreiding, en op korte termijn zijn in te voeren; het betreft dan liefst maatregelen waarvan ook op korte termijn effect te verwachten is. Het OMT adviseert vooralsnog om geen regionale, gemeentelijke of op wijkniveau maatregelen in te stellen. Immers, uit de surveillancedata blijkt dat het virus in heel Nederland circuleert, en landelijke, generieke maatregelen kunnen de communicatie erover eenduidig houden en bespoedigen. Alleen maatregelen nemen of veranderingen in gedrag nastreven in lage vaccinatiegraadgebieden is onvoldoende om de circulatie in de rest van het land beduidend te doen dalen. Bovendien acht het OMT de afweging van dergelijke op specifieke regio's of groepen gerichte maatregelen aan de politiek; de epidemiologie van infecties is bovenstaand uiteengezet.

Het effect van adviezen en maatregelen hangt samen met de naleving en/of uitvoering, het commitment en toezicht en handhaving. Naast heldere communicatie en handhaving is het ook belangrijk om zoveel mogelijk de (omgevings)voorwaarden te scheppen waardoor men zich aan de maatregelen kan houden. Dit is meer dan een vluchtige opmerking. Het OMT heeft eerder voorgerekend dat als men in hoge mate opvolging geeft aan de basisregels – waaronder de meest essentiële bronisolatiemaatregel 'bij klachten blijf je thuis, en laat je testen' – de virusverspreiding al fors kan reduceren. Helaas toont gedragsonderzoek keer op keer hoe moeilijk het gevonden wordt deze basisregels op te volgen. Bijvoorbeeld: opvolging van 'blijf thuis bij klachten' was bij laatste peiling van de gedragsunit 55%, en 'testen bij klachten' slechts 30%. Omdat elke aanvullende maatregel bovenop deze basisregels een belangrijke beperking oplevert in het handelen van iedereen, benadrukt het OMT – wederom – dat elke verzwaring van maatregelen begint met benadrukking van en opvolging van de basisregels!

Als op voorhand duidelijk is dat de opvolging aan basisregels ter discussie zal worden gesteld en beperkt zal zijn, dan zal afname van de verspreiding van het virus en belasting voor de zorg onvoldoende geborgd zijn en is het tevens nodig beperkende maatregelen zoals benoemd onder C3 in te stellen.

Vooreerst is het van essentieel belang dat de basismaatregelen nageleefd worden. Hieronder wordt verstaan:

- bij klachten: blijf thuis en laat je testen. Dit geldt ook voor mensen die gevaccineerd zijn. Voor leerlingen en studenten levert dit advies soms ongewenste lesuitval op, wat kan leiden tot het niet opvolgen van dit advies. Daarom is het nodig dat voor deze groep de mogelijkheid van het op afstand volgen van lessen (hybride onderwijs) weer mogelijk wordt gemaakt.
- bij een positieve test: ga in isolatie, dus vermijd contact met anderen, ook als zij gevaccineerd zijn. Volg de adviezen van de GGD op.
- regelmatig handen wassen.
- het dringend advies om 1,5 meter afstand te houden. Hiertoe zouden omgevingsinterventies die dit faciliteren, zoals looproutes, weer een belangrijke bijdrage kunnen leveren.

- zorg voor voldoende ventilatie.
- ten aanzien van contacten van iemand met COVID-19 staat het beleid voor deze contacten beschreven in het LCI-protocol BCO. Huisgenoten en overige nauwe contacten die geen infectie hebben doorgemaakt of zijn gevaccineerd, gaan in quarantaine. Huisgenoten en overige nauwe contacten die wél een infectie hebben doorgemaakt of zijn gevaccineerd; zij hoeven niet in quarantaine, maar krijgen een dringend testadvies (zie verder).

3. Ten minste 50% van werktijd thuiswerken.

Omdat een belangrijk percentage van infecties opgedaan wordt op het werk, adviseert het OMT het huidige advies om 'thuis te werken als het kan' beter en meer uniform opvolging te doen geven. Hiertoe adviseert het OMT om het advies uit te drukken in een percentage en denk daarbij aan ten minste 50% van de werktijd, met spreiding in bezetting. Het advies om bij binnenlandse reizen drukte onderweg te vermijden en buiten te spits te reizen, is hierop een goede aanvulling.

4. Uitbreiden van situaties waarin een mondneusmasker gedragen wordt.

Het OMT adviseert om de verplichting tot het dragen van mondneusmaskers weer in te voeren in ruimtes waar men gedurende enige tijd bijeen staat in een binnenruimte, zoals publieke ruimtes (bijv. bibliotheken, detailhandel), en in het OV in stations en op de perrons. Bij contactberoepen zien we de laatste tijd consistent een relatief hoog percentage positieve testen; ook voor contactberoepen zou een mondneusmasker gebruikt moeten worden.

5. Uitbreiding toepassing coronatoegangsbewijs.

Daarnaast betreffen een aantal adviezen de uitbreiding van toepassing van het coronatoegangsbewijs (CTB). Breder inzetten van het CTB is een gerichte maatregel die effect kan hebben op de transmissie, de doorgifte van het virus. Voor de onderbouwing ervan verwijst het OMT naar haar eerdere adviezen hierover, maar hecht eraan hier op te merken dat het gebruik van CTB een gunstige invloed heeft op te verwachten ziekenhuisopnames, ook nu recent is gebleken dat vaccinatie de transmissie van het virus recent weliswaar minder lijkt te onderdrukken dan eerder het geval was. De prevalentie van besmettingen is immers nog steeds hoger in het ongevaccineerde deel van de bevolking, en de kans op transmissie bij een besmetting na vaccinatie is kleiner. Hierbij vindt het OMT het van belang dat er onderscheid wordt gemaakt in activiteiten en situaties die incidenteel en vrijwillig zijn, en situaties die een meer permanent karakter hebben zoals opleiding, werk en zorg (voor onderwijs, werk en zorg zie verderop in de brief).

Het OMT adviseert in de volgende situaties het CTB ook in te gaan zetten:

- in kunst- en cultuurbeoefening (vanaf 18 jaar);
- buitenterrassen bij horeca;
- doorstroomlocaties (zoals musea, kermis, etc.);
- sportbeoefening (vanaf 18 jaar), met name daar waar het binnensport betreft, waaronder ook sportscholen;
- publiek bij amateurwedstrijden.

Wat betreft de activiteiten rondom sportbeoefening benadrukt het OMT dat de sportkantines en toepassing van CTB aldaar, in haar beoordeling al onder de koppeling van CTB en horeca viel.

Dergelijke uitbreiding van toepassing van CTB is alleen effectief indien de afspraken ook gehandhaafd worden, waarbij naast CTB ook de identiteit van de persoon gecontroleerd moet worden.

Inzet CTB in werksettings en in de zorg

C2. Adviesaanvraag VWS: Daarnaast verzoekt het kabinet het OMT te reflecteren op een aantal maatregelen, waarvoor een wijziging van wet- en regelgeving noodzakelijk is en langere doorlooptijd kent. In dat kader denkt het kabinet aan de volgende opties:

- *Een bredere inzet van het CTB in werksettings en in de zorg.*
  In dat kader verzoek ik u in te gaan op de volgende vragen:

<u>In werksituaties algemeen</u>

- *Ziet het OMT een toename van besmettingen met COVID19 in werksituaties? Zowel in de sectoren waar een CTB verplicht is voor bezoekers en klanten als in andere werksituaties?*
- *Verwacht het OMT een effect op de virusverspreiding door het gebruik van het CTB voor werknemers, zowel in CTB-plichtige sectoren als andere sectoren, bovenop de reeds verplichte beheersmaatregelen voor een gezonde en veilige werkomgeving die een werkgever conform de Arbowet verplicht is te nemen, zoals bijvoorbeeld het nemen van bronmaatregelen?*

Door controle van het CTB mogelijk te maken in de werksituatie, kan transmissie op de werkvloer gereduceerd worden.

Voor de beantwoording van deze vragen is voorafgaand aan het OMT het Arbo Managementteam (AMT) bijeengeroepen. Het AMT heeft aan de hand van de arbeidshygiënische strategiemethodiek een inschatting gemaakt van het mogelijke effect van de invoering van het CTB voor werknemers op de virusverspreiding.

Het AMT is van mening dat het invoeren van een CTB voor werknemers niet nodig wordt geacht in werkomstandigheden, waarbij er voldoende andere (subsidiaire) mogelijkheden zijn tot risicoreductie, zoals thuiswerken, thuisblijven bij klachten en gespreid werken én als deze mogelijkheden worden benut. Bij een goede naleving van de eerdergenoemde beheersmaatregelen, zou het risico op werkgebonden virusverspreiding (theoretisch) voldoende beperkt kunnen worden.

Desondanks blijkt uit epidemiologische cijfers, dat er sinds de versoepelingen sprake is van een toename van het aantal werksituatiegerelateerde infecties. Vergeleken met een maand geleden zien we in de surveillance van het aantal clusters, een absolute stijging van 49 naar 137, en een procentuele stijging van 3,2% naar 4,5%. Van ongeveer een derde van de positief geteste personen is vanuit het BCO bekend waar deze zijn opgelopen. Hoewel van deze infecties de meeste zijn oplopen in de thuissituatie (54,0%), en bezoek in de thuissituatie (15,8%), is ook 9% van deze infecties opgelopen in de werksituatie.

Deze discrepantie tussen het AMT-advies – geredeneerd vanuit de arbeidshygiënische strategie – en de epidemiologische bevindingen op dit moment, is waarschijnlijk een gevolg van onvoldoende naleving van de beheersmaatregelen die op dit moment van kracht zijn.

Het OMT is dan ook van mening dat nu deze discrepantie al maanden blijft voortduren, er geen bezwaar zou kunnen zijn om onder bepaalde omstandigheden een CTB voor werknemers in te voeren.

Hierbij wil het OMT wel benadrukken, dat deze afweging op een zorgvuldige wijze dient te gebeuren aan de hand van een nauwgezette risico-inventarisatie, criteria van proportionaliteit en subsidiariteit, en met betrokkenheid van de personeelsvertegenwoordiging.

In de zorg
Kan het OMT, gegeven de huidige vaccinatiegraad en in acht nemend haar eerdere adviezen (werkgroep Langdurige Zorg van 24 juni jl. en 125e advies van 6 september jl.), adviseren over:

- *Het risico op besmetting dat medisch kwetsbare patiënten lopen door ongevaccineerde zorgverleners. Is aan te geven welke settings in de zorg en bij welke patiënten/cliënten er sprake is van een verhoogd risico?*
- *Kan de inzet van CTB voor bezoekers en werknemers in zorgsettings meerwaarde hebben voor kwetsbare patiënten?*
- *Is de inzet van persoonlijke beschermingsmiddelen, voorzorgsmaatregelen of veelvuldig testen (bij iedereen of alleen niet-gevaccineerden) gelijkwaardig aan de inzet van CTB in het wegnemen van het risico op besmetting door werknemers en bezoekers in een zorginstelling?*
- *Adviseert het OMT het opnieuw instellen van een mondkapjesplicht voor bezoekers en personeel in zorginstellingen?*

Risico op besmetting door zorgverleners
Hoewel er patiëntengroepen zijn die door onderliggend lijden een verhoogd risico hebben op ernstig beloop van COVID-19 (zoals beschreven in het 125e OMT-advies), is het streven in de gezondheidszorg om besmetting van patiënten door zorgmedewerkers altijd zoveel als mogelijk is te voorkomen. Daarom geldt vanaf risiconiveau zorgelijk (dat is sinds najaar 2020) voor alle gezondheidszorgmedewerkers het advies om bij verpleging, verzorging of behandeling binnen 1,5 meter van de patiënt een medisch mondneusmasker te dragen. Dit advies geldt ook voor gevaccineerde medewerkers, want ook zij kunnen – zonder klachten te hebben – geïnfecteerd zijn en coronavirus verspreiden.

Het is niet bekend hoe groot het risico is dat kwetsbare patiënten COVID-19 oplopen door contact met ongevaccineerde zorgmedewerkers en in welke situaties dat gebeurt. Het is namelijk meestal niet bekend door wie een patiënt besmet is geraakt met coronavirus. En als een zorgmedewerker de vermoedelijke bron is, is meestal niet bekend of deze zorgmedewerker wel of niet gevaccineerd was en of deze adequaat, volgens de geldende richtlijnen, persoonlijke beschermingsmiddelen heeft gebruikt.

CTB in de zorg?
Het is niet duidelijk of de inzet van het CTB voor zorgmedewerkers meerwaarde heeft voor de gezondheid van kwetsbare patiënten.
Besmetting van zorgmedewerker naar patiënt kan worden voorkomen door het dragen van een mondneusmasker en/of het houden van 1,5 meter afstand. Bij goede naleving van de basismaatregelen en andere preventieve maatregelen lijkt de meerwaarde van het CTB bij het voorkómen van infecties klein.
Voor de gezondheid van kwetsbare patiënten is naast het voorkómen van infecties ook de continuïteit van zorg van groot belang. Toepassing van het CTB en dagelijks testen zou bij ongevaccineerde medewerkers tot demotivatie en mogelijk zelfs vertrek uit de zorg kunnen leiden, terwijl er al personeelskrapte is.

Bij inzet van het CTB voor bezoekers in de zorg(instellingen) geldt dat niet-gevaccineerde bezoekers voor elk bezoek getest worden en zij mogen bij een positieve test niet op bezoek komen. Het is niet bekend hoeveel infecties bij kwetsbare patiënten hierdoor voorkomen worden.

Voor de gezondheid van kwetsbare patiënten is naast het voorkómen van infecties ook het contact met hun naasten van groot belang. Met name in de langdurige zorg- waar patiënten lange tijd wonen- kan het veelvuldig testen voor ongevaccineerde partners, ouders of kinderen van patiënten een grote belasting vormen. Het weigeren van bezoekers of begeleiders zonder CTB kan de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg voor kwetsbare patiënten negatief beïnvloeden.

Daarom adviseert het OMT om in de zorg geen CTB in te voeren, maar in te zetten op aanscherping en betere naleving van de basismaatregelen en gebruik van mondneusmaskers door alle gevaccineerde en ongevaccineerde medewerkers en bezoekers.

Mondneusmaskers
Voor zorgmedewerkers – zowel in als buiten het ziekenhuis – geldt nog steeds het advies om bij verpleging, verzorging of medische behandeling van patiënten binnen 1,5 meter preventief een medisch mondneusmasker te dragen. Het OMT adviseert om dit advies opnieuw onder de aandacht te brengen van de medewerkers en beter toe te zien op de naleving van dit advies. In instellingen of op afdelingen waar veel zeer kwetsbare personen verblijven (dit zijn patiënten met onderliggend lijden die niet gevaccineerd zijn of een ernstig verzwakte afweer hebben) kunnen de medewerkers continu preventief medische mondneusmaskers gebruiken om introductie van coronavirus en andere luchtwegvirussen te voorkomen.

Wat betreft een wettelijke mondneusmaskersplicht voor bezoekers van openbare ruimtes in zorginstellingen adviseert het OMT om hierin de regelgeving voor openbare binnenruimtes te volgen. Daarnaast kunnen zorginstellingen op grond van de Wkkgz hun bezoekers verplichten om mondkapjes te dragen. Dit gebeurt ook al op veel plaatsen. Tevens adviseert het OMT aan zorginstellingen om de basismaatregelen opnieuw onder de aandacht te brengen bij hun bezoekers en weer een gezondheidscheck uit te voeren. Hiervoor zijn al eerder door de sector adviezen opgesteld: 210409-Handleiding-Bezoek-en-sociaal-contact-9-april.pdf (verenso.nl)

C3. Zou het OMT daarnaast advies kunnen geven over of en onder welke omstandigheden een of meerdere van de volgende maatregelen noodzakelijk zijn?

- *Aanscherpen sluitingstijden*
- *Sluiten van sectoren en evenementenverbod*
- *Herintroduceren placeringsplicht*
- *Aanscherpen maximale groepsgrootte*
- *De herintroductie van de 1.5 meter als maatregel.*
- *Hierbij kan gedacht worden aan zowel het generiek inzetten van de 1.5 meter als gericht en specifiek in bepaalde settings en regio's. Hoe kijkt het OMT daarbij aan tegen de combinatie van 1,5 meter en CTB?*
- *Inzet van 2G*
- *In het 126e advies van het OMT, wordt gewezen op de mogelijkheid om een verzwaard CTB in te zetten in bepaalde situaties of settingen. Hierbij noemt het OMT het alleen toegang geven aan personen die immuun zijn op basis van vaccinatie of doorgemaakte infectie. Is het OMT van mening dat de inzet van 2G, gelet op de huidige epidemiologische situatie, te adviseren is in bepaalde settings? Zo ja, welke settings zouden zich daarvoor lenen?*

Het OMT heeft de verschillende voorstellen gewogen en acht ze momenteel (d.i. donderdag 28 oktober) nog niet opportuun voor directe uitvoering, zonder eerst de overweging gemaakt te hebben van de maatregelen geadviseerd onder C1.

Naast de onder C1 benoemde adviezen, zullen deze maatregelen bij invoering zeker een toegevoegde waarde hebben. Zie ook de opmerking gemaakt onder C1, wat betreft opvolging basisregels.

De vraag is wat te doen als komende week en de week erop blijkt dat de geadviseerde aanvullende maatregelen die hierboven zijn beschreven, onvoldoende opvolging krijgen en geen stabiliserend effect resulteren, en duidelijk is dat de verspreiding van het virus niet tot staan gebracht is. Het OMT adviseert om dit niet af te wachten, maar nu al de noodzakelijke voorbereidingen te treffen voor eventueel verzwarende maatregelen om contacten breed te beperken door bijvoorbeeld: restrictie van openingstijden en herinvoeren van placeringsplicht en de 1,5 meter veilige afstand, sluiten van niet-essentiële sectoren, verbreding van inzet van coronatoegansbewijs (bijvoorbeeld ook voor de situaties waarin nu alleen mondneusmaskers worden geadviseerd zoals contactberoepen, detailhandel en sommige publieke ruimtes) en in situaties het beperken van CTB door gebruik te maken van 2G. In hoeverre dergelijke verzwarende maatregelen dan generiek genomen moeten worden, of toegespitst op specifieke groepen of regio's, gebieden of wijken acht het OMT buiten haar domein, en is aan de politiek. Voor uitvoering acht het OMT bovenstaande maatregelen momenteel, d.i. donderdag 28 oktober, (nog) niet proportioneel, en adviseert eerst het effect van eerder genoemde maatregelen ten minste 2-3 weken af te wachten. Indien er geen negatieve trend ontstaat in het aantal infecties en ziekenhuisopnames, zal het OMT over aanvullende en veel verdergaande maatregelen adviseren, zoals bijvoorbeeld het beperken van het aantal bezoekers thuis en bovenstaande. Uiteraard zal dit eerder gebeuren als de epidemiologische duiding daartoe noopt.

Onderwijs
Adviesaanvraag VWS: Kan het OMT reflecteren op de huidige maatregelen in het onderwijs (zoals zelftest beleid bij niet geïmmuniseerde leerlingen en medewerkers, hygiëne en ventilatiemaatregelen en testen met prioriteit voor medewerkers met klachten), zijn deze voldoende? Als dat niet het geval is welke maatregelen zijn dan extra nodig? Is het in het Mbo en Ho noodzakelijk om – mede gegeven effecten voor toegang (van onder andere kwetsbare groepen studenten) tot en kwaliteit van het onderwijs – het corona toegangsbewijs in te voeren.

Wat betreft het onderwijs adviseert het OMT het primair en voortgezet onderwijs als nu te continueren. Ten aanzien van het middelbaarberoepsonderwijs en hoger onderwijs (mbo, hbo, en universiteit) adviseert het OMT de invoering van het CTB om transmissie van SARS-CoV-2 te verminderen.
Echter, invoering van het CTB in het onderwijs kan voor een deel van de studenten betekenen dat zij zich dagelijks moeten laten testen om deel te nemen aan fysiek onderwijs. Dit zal mogelijk niet haalbaar blijken. Een alternatief hiervoor kan zijn dat studenten (zonder CTB) zich tweemaal per week verplicht laten testen, danwel gebruik maken van zelftesten onder directe supervisie.

Uiteraard blijven alle basismaatregelen essentieel, voor leerlingen en studenten, en onderwijspersoneel. Zoals eerder benoemd adviseert het OMT om hybride onderwijs weer mogelijk te maken, zodat leerlingen en studenten die klachten hebben of een quarantaineadvies hebben gekregen, de mogelijkheid hebben om thuis te blijven en tegelijkertijd zo weinig mogelijk onderwijs missen. Mondneusmasker gebruik in het mbo en ho kan bijdragen aan een verlaging van de transmissie, en kan overwogen worden als de specifieke situatie daarom vraagt, zoals het noodzakelijkerwijze opeen verblijven in krappe ruimten.

In *verband met tijdige voorbereidingen aanvullend de vraag of het OMT adviseert de huidige adviezen over zelftesten voor leerlingen/studenten en docenten de komende winter te continueren en zo ja, in welke omstandigheden het OMT voorziet dat dit kan wijzigen?*

Zie hierboven.

Leraren in het onderwijs kunnen bij klachten terecht in de zogenaamde prio-straten van de GGD. Daar wordt, in het verlengde van het eerdere advies van het OMT over prio-straten voor de zorg, getest met PCR. Nadeel hierbij is de doorlooptijd van maken afspraak tot uitslag lang is wat leidt tot veel verlies uren. Deelt het OMT dat testen met antigeen in de prio-straten, wellicht behalve voor de zorg, in het huidige epidemiologische beeld voldoende waarborgen biedt?

Het OMT zal hier in een volgend advies op terugkomen.

Testen personeel
Adviesaanvraag VWS: Het beleid is nu dat personen bij klachten thuis blijven en een test laten doen bij de GGD. Dit geeft, nu er ook steeds meer luchtwegklachten door andere virussen veroorzaakt worden, steeds meer problemen door uitval van personeel.
Ziet het OMT mogelijkheden om zowel recht te doen aan adequate virusopsporing als aan het beperken van de uitval door thuiszittend personeel, bijvoorbeeld door de inzet van zelftesten bij milde klachten en/of gevaccineerden (waarna bij een positieve zelftest een confirmatietest bij de GGD nodig is)?

Het OMT zal hier in een volgend advies op terugkomen.

BCO
Adviesaanvraag VWS: Is gegeven de huidige stand van kennis over kans op besmetting van gevaccineerden en vervolgens de kans op transmissie een aanpassing van het BCO advies voor gevaccineerden nodig, bijvoorbeeld om bij nauwe contacten met een besmette index een zelftest of test bij de GGD te doen?

De huidige adviezen voor huisgenoten en nauwe contacten die naar verwachting afweer tegen SARS-CoV-2 hebben opgebouwd door infectie en/of vaccinatie, zijn gebaseerd op gegevens over de attack rate van gevaccineerde contacten en de bescherming tegen transmissie door vaccinatie.
Ten opzichte van eerdere OMT-adviezen (116 en 117) over de vaccineffectiviteit tegen infectie en de transmissie zijn er aanwijzingen dat de vaccinatie-effectiviteit tegen transmissie (d.i., doorgeven van een besmetting) licht gedaald is. Uit de Nederlandse gegevens en de literatuur is een afname van vaccineffectiviteit tegen infectie met de deltavariant, en na langere tijd sinds vaccinatie beschreven. Mogelijk wordt de afname van vaccineffectiviteit tegen transmissie versterkt door het seizoenseffect. De kans voor gevaccineerde contacten om een infectie op te lopen en zelf besmettelijk te worden, blijft wel duidelijk lager dan die voor ongevaccineerde contacten: wat dit betreft wordt berekend dat vaccinatie voor 63% beschermt tegen overdracht.
Daarom acht het OMT het niet nodig om aan gevaccineerde contacten een quarantaine-advies te geven. Wel is het van belang om infecties bij zowel huishoud- als nauwe contacten op te sporen. Het OMT adviseert daarom voor contacten die volledig gevaccineerd zijn of door doorgemaakte infectie naar verwachting een afweer hebben tegen SARS-CoV-2 het volgende testadvies:

- huishoudcontacten: zo spoedig mogelijk en op dag 5 nadat de index getest is
- nauwe contacten: op dag 5 na het contact met de besmettelijk index
- voor huishoud- en nauwe contacten: altijd testen bij klachten (ook als men eerder negatief is getest).

Datum
1 november 2021

Ons kenmerk
0120/2021 LCI/JvD/at/nn

Het OMT adviseert de quarantaineregels voor kinderen van 4-12 jaar op dit moment niet te versoepelen en zal hierover, als dit wel mogelijk is, verder adviseren.

Tot een nadere mondelinge toelichting ben ik gaarne bereid.

Hoogachtend,

Prof. dr. J.T. van Dissel
Directeur CIb

Productie 7

STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 46176
5 november 2021

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, van 4 november 2021, kenmerk 3275786-1018948-WJZ, houdende wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met de verbrede inzet van coronatoegangsbewijzen en een uitbreiding van de mondkapjesverplichting

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,

Handelende in overeenstemming met de Ministers van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, van Infrastructuur en Waterstaat en van Economische Zaken en Klimaat en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;

Handelende in overeenstemming met het gevoelen van de ministerraad;

Gelet op de artikelen 58e, eerste lid, 58h, eerste lid, 58i, 58j, eerste lid, onder a, en 58ra, eerste lid, van de Wet publieke gezondheid;

Besluit:

ARTIKEL I

De Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 1.1 worden in de alfabetische volgorde drie begripsbepalingen ingevoegd, luidende:

– *instelling voor beroepsonderwijs:* instelling waar beroepsonderwijs of een opleiding als bedoeld in de Wet educatie en beroepsonderwijs wordt verzorgd of geëxamineerd;
– *instelling voor hoger onderwijs:* instelling voor hoger onderwijs als bedoeld in de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek;
– *publieke binnenruimte:* publieke plaats, met uitzondering van een erf behorend bij een voor het publiek openstaand gebouw;

B

Na hoofdstuk 1 wordt een hoofdstuk toegevoegd, luidende:

HOOFDSTUK 2A. MONDKAPJES PUBLIEKE BINNENRUIMTEN, ONDERWIJSINSTELLINGEN EN CONTACTBEROEPEN

Artikel 2a.1 Mondkapjesplicht in publieke binnenruimten

1. Personen van dertien jaar en ouder dragen een mondkapje in publieke binnenruimten.

2. Het eerste lid geldt niet voor:
   a. personen als bedoeld in artikel 6.6, eerste lid;
   b. personen in door het college van burgemeester en wethouders aangewezen stemlokalen als bedoeld in artikel J 4 van de Kieswet of andere locaties die worden gebruikt ten behoeve van de uitvoering van een verkiezing als bedoeld in de Kieswet dan wel de Tijdelijke wet verkiezingen covid-19.

Artikel 2a.2 Mondkapjesplicht in beroepsonderwijs en hoger onderwijs

1. Personen in een instelling voor beroepsonderwijs of een instelling voor hoger onderwijs of een andere binnenruimte die door een van deze onderwijsinstellingen voor onderwijsactiviteiten wordt gebruikt, dragen een mondkapje.

2. Het eerste lid geldt niet:
   a. voor personen op een vaste zit- of staanplaats die deelnemen aan een onderwijsactiviteit of een onderwijsactiviteit verzorgen;
   b. indien het dragen van een mondkapje een belemmering vormt voor deelname aan dan wel verzorging van een onderwijsactiviteit;
   c. voor personeel van een instelling voor beroepsonderwijs of een instelling voor hoger onderwijs, indien deze een vaste zit- of staanplaats innemen;
   d. voor personen die etenswaren of dranken nuttigen, indien deze een vaste zit- of staanplaats innemen.

3. Van een belemmering als bedoeld in het tweede lid, onder b, is in ieder geval sprake bij activiteiten met betrekking tot lichamelijke opvoeding, zang, toneel en dans.

Artikel 2a.3 Mondkapjesplicht contactberoepen

1. De beoefenaar van een contactberoep en de klant of patiënt aan wie diensten worden verleend, dragen beiden een mondkapje gedurende het contact.

2. Het eerste lid geldt niet voor:
   a. personen tot en met twaalf jaar;
   b. sekswerkers en hun klanten;
   c. klanten en patiënten die een behandeling krijgen aan hun gezicht, voor zover het contactberoep niet op gepaste wijze uitgeoefend kan worden op het moment dat de klant een mondkapje draagt.

Artikel 2a.4 Uitzondering beperking of ziekte

1. De verplichtingen in dit hoofdstuk gelden niet voor personen die vanwege een beperking of een ziekte geen mondkapje kunnen dragen.

2. De verplichtingen in dit hoofdstuk gelden niet voor:
   a. begeleiders van personen met een verstandelijke beperking, voor zover deze personen van het door begeleiders dragen van een mondkapje ernstig ontregeld raken;
   b. personen die spreken met iemand die vanwege een auditieve beperking moet kunnen spraakafzien.

Artikel 2a.5 Uitzondering sport, wellness, sauna's cultuur en media

De verplichtingen in dit hoofdstuk gelden niet voor personen tijdens het:
a. beoefenen van sport, waaronder het zwemmen in een zwembad, voor zover het dragen van een mondkapje de beoefening van de sport belemmert;
b. verblijf in wellnesscentra en sauna's, voor zover het dragen van een mondkapje het verblijf belemmert;
c. beoefenen van podiumkunsten en acteren, voor zover het dragen van een mondkapje de beoefening van de podiumkunsten of het acteren belemmert;
d. poseren voor beeldende kunst, voor zover het gaat om het op beeld vastleggen van personen;
e. deelnemen aan de opname van audiovisueel media-aanbod dat verzorgd wordt door aanbieders van mediadiensten, als bedoeld in artikel 1.1, eerste lid, van de Mediawet 2008, voor zover het gaat om personen die in beeld of aan het woord komen.

Artikel 2a.6 Uitzondering identificatieplicht

De verplichtingen in dit hoofdstuk gelden niet voor personen aan wie gevraagd wordt krachtens een wettelijke bepaling hun mondkapje af te zetten om zich te identificeren met een document als bedoeld in artikel 1 van de Wet op de identificatieplicht, op het moment van identificatie.

Artikel 2a.7 Uitzondering zorglocaties

De verplichtingen in dit hoofdstuk gelden niet voor personen in zorglocaties.

Artikel 2a.8 Uitzondering veilige uitoefening werkzaamheden

De verplichtingen in dit hoofdstuk gelden niet indien het dragen van een mondkapje de goede en veilige uitoefening van werkzaamheden in het kader van beroep of bedrijf onmogelijk maakt.

Artikel 2a.9 Uitzondering in locaties met coronatoegangsbewijzen

De verplichtingen in dit hoofdstuk gelden niet voor personen in locaties waar toepassing wordt gegeven aan de artikelen 4.2, eerste lid, 4.3, eerste lid, 4.4, eerste lid en 5.2, eerste lid, met uitzondering van personen die uitsluitend gebruikmaken van de afhaalfunctie van een eet- en drinkgelegenheid, als bedoeld in artikel 4.2, vierde lid, onder f.

C

Artikel 4.2 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het derde lid komt te luiden:

3. In afwijking van het eerste lid:
   a. mogen personen tot en met twaalf jaar zonder geldig coronatoegangsbewijs en personen tot en met dertien jaar zonder geldig identiteitsbewijs toegelaten worden;
   b. mogen personen tot en met zeventien jaar zonder geldig coronatoegangsbewijs toegelaten worden in een eet- en drinkgelegenheden behorend bij een sportaccommodatie.

2. Het vijfde lid vervalt.

D

Artikel 4.3 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid wordt als volgt gewijzigd:

a. In de aanhef wordt na 'de vertoning' ingevoegd 'of de beoefening'.

b. In onderdeel b wordt na 'vertoning' ingevoegd 'of beoefening'.

2. Het tweede lid komt te luiden:

2. In afwijking van het eerste lid, aanhef en onder a, mogen bij de vertoning van kunst en cultuur, personen tot en met twaalf jaar zonder geldig coronatoegangsbewijs en personen tot en met dertien jaar zonder geldig identiteitsbewijs toegelaten worden en bij de beoefening van kunst en cultuur mogen personen tot en met zeventien jaar zonder geldig coronatoegangsbewijs toegelaten worden.

3. In het derde lid vervalt 'doorstroomlocaties,' en wordt 'de vertoning van kunst en cultuur in het kader van onderwijsactiviteiten in het primair en voortgezet onderwijs' vervangen door 'de vertoning of de beoefening van kunst en cultuur in het kader van onderwijsactiviteiten'.

E

Na artikel 4.3 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 4.4 Sportlocaties en coronatoegangsbewijzen

1. Een publieke binnenruimte van een locatie voor de beoefening van sport wordt slechts voor publiek opengesteld, indien de beheerder er zorg voor draagt dat, met inachtneming van artikel 6.30:
   a. publiek alleen wordt toegelaten met een geldig coronatoegangsbewijs;
   b. het vereiste van een geldig coronatoegangsbewijs en geldig identiteitsdocument duidelijk zichtbaar en leesbaar voor het publiek en een toezichthouder is aangegeven bij de toegang tot de locatie voor de beoefening van sport.

2. In afwijking van het eerste lid, aanhef en onder a, mogen personen tot en met zeventien jaar zonder geldig coronatoegangsbewijs toegelaten worden, met dien verstande dat bij sportwedstrijden van topsporters, slechts personen tot en met twaalf jaar zonder geldig coronatoegangsbewijs en personen tot en met dertien jaar zonder geldig identiteitsbewijs toegelaten mogen worden.

3. In dit artikel wordt verstaan onder topsporters:
   a. topsporters die uitkomen in de Dutch Basketball League mannen;
   b. topsporters die uitkomen in de Vrouwen Basketball League;

c. topsporters die uitkomen in de Eredivisie Rolstoelbasketbal;
d. topsporters die uitkomen in de Eredivisie Volleybal vrouwen;
e. topsporters die uitkomen in de Eredivisie Volleybal mannen;
f. topsporters die uitkomen in de Eredivisie Waterpolo vrouwen;
g. topsporters die uitkomen in de Eredivisie Waterpolo mannen;
h. topsporters die uitkomen in de Eredivisie Handbal vrouwen;
i. topsporters die uitkomen in de Eredivisie Handbal mannen;
j. topsporters die uitkomen in de Hoofdklasse Hockey vrouwen;
k. topsporters die uitkomen in de Hoofdklasse Hockey mannen;
l. topsporters die uitkomen in de Korfbal League;
m. topsporters die uitkomen in de Hoofdklasse Honkbal;
n. topsporters die uitkomen in de Hoofdklasse Softbal';
o. topsporters die uitkomen in de Eredivisie Beachvolleybal;
p. topsporters die uitkomen in het hoogste niveau van rugby;
q. topsporters die uitkomen in het hoogste niveau van ijshockey;
r. topsporters die uitkomen in het hoogste niveau van zaalvoetbal;
s. topsporters die uitkomen in het hoogste niveau van badminton;
t. topsporters die uitkomen in het hoogste niveau van squash;
u. topsporters die uitkomen in het hoogste niveau van tafeltennis;
v. voetballers behorende tot de A-selectie van clubs die uitkomen in de Eredivisie, Vrouwen Eredivisie en Eerste divisie;
w. voetballers die uitkomen in internationale voetbaltoernooien die worden georganiseerd door de UEFA of de FIFA;
x. voetballers van vertegenwoordigende elftallen van de KNVB;
y. topsporters die uitkomen in het hoogste niveau van cricket;
z. andere topsporters die zijn gelieerd aan een instelling voor topsport.

4. Het eerste lid geldt niet voor sport in het kader van onderwijsactiviteiten.

F

Artikel 5.2 wordt als volgt gewijzigd:

1. Aan het tweede lid wordt toegevoegd 'en mogen bij sportwedstrijden van sporters, anders dan topsporters als bedoeld in artikel 4.4, derde lid, personen tot en met zeventien jaar zonder geldig coronatoegangsbewijs toegelaten worden als deelnemer'.

2. In het derde lid wordt 'evenementen waarbij sprake is van doorstroom van de deelnemers, sportwedstrijden van amateurs' vervangen door 'georganiseerde jeugdactiviteiten, sportwedstrijden van sporters, anders dan topsporters als bedoeld in artikel 4.4, derde lid, in de buitenlucht'.

3. Onder vernummering van het vierde en vijfde lid tot vijfde en zesde lid wordt een lid ingevoegd, luidende:

4. Het eerste lid, aanhef en onder e, geldt niet voor sportwedstrijden van sporters, anders dan topsporters als bedoeld in artikel 4.4, derde lid.

G

Artikel 6.6, eerste lid, wordt als volgt gewijzigd:

1. In onderdeel b vervalt 'vanaf de securitycheck'.

2. Er wordt, onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel b door een puntkomma, een onderdeel toegevoegd, luidende:

c. een station, halteplaats, of een andere bij het openbaar vervoer behorende voorziening en de daarbij behorende perrons, trappen, tunnels en liften, met uitzondering van de daar gelegen besloten plaatsen.

ARTIKEL II

Deze regeling treedt in werking met ingang van 6 november 2021.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

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

De Minister van Justitie en Veiligheid,
F.B.J. Grapperhaus

De Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,
K.H. Ollongren

TOELICHTING

1. Algemeen

Strekking

Deze regeling wijzigt de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 (Trm). Deze regeling is gebaseerd op de ingevolge de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 geldende bepalingen van de Wet publieke gezondheid (Wpg).

Pijlers van de bestrijding van de epidemie

Vanwege het virus golden over de periode van ruim een jaar reeds ingrijpende maatregelen, die zijn gebaseerd op drie pijlers:
– een acceptabele belasting van de zorg – ziekenhuizen moeten kwalitatief goede zorg kunnen leveren aan zowel covid-19-patiënten als aan patiënten binnen de reguliere zorg;
– het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving;
– het zicht houden op en het inzicht hebben in de verspreiding van het virus.

Deze pijlers zijn ook voor de maatregelen van deze regeling uitgangspunt. Daarnaast geldt als uitgangspunt het sociaal- maatschappelijk perspectief gericht op het beperken van economische en maatschappelijke schade op korte termijn, aandacht voor structurele maatschappelijke en economische schade en het voorkomen dat de lasten onevenredig neerslaan bij bepaalde groepen, zoals ook beschreven bij de invoering van de maatregelen op 9 juli 2021[1], de verlenging op 13 augustus 2021 en de wijziging van de regeling per 25 september 2021.[2]

2. Epidemiologische situatie

Het Outbreak Management Team (OMT) heeft naar aanleiding van de 128e bijeenkomst geadviseerd over het algemene beeld van de epidemiologische situatie, de ontwikkeling van het reproductiegetal en de verwachting voor de komende weken, ook ten aanzien van de verwachte ziekenhuis- en intensivecare- (IC-)bezetting en mede gelet op de ontwikkeling van de vaccinatiegraad en de verwachtingen ten aanzien van de verschillende virusvarianten. Aan dat advies wordt het volgende ontleend.

In de afgelopen zeven kalenderdagen (20 tot 27 oktober 2021) is het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positieve personen gestegen met 56% in vergelijking met de zeven dagen ervoor. In de afgelopen zeven kalenderdagen werden landelijk 239 personen per 100.000 inwoners gemeld na een positieve test voor SARS-CoV-2, vergeleken met 156 per 100.000 inwoners in de week daarvoor.

Het aantal meldingen nam toe in alle regio's, maar er is wel een grote regionale variatie in het aantal positieve testen, van 132 tot 384 per 100.000 inwoners. De regio's met het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners (≥300) betroffen Zuid-Holland Zuid, Limburg-Noord, IJsselland, Hollands Midden, Gelderland-Zuid, en Gelderland-Midden. Dit beeld is consistent met de hogere virusvrachten die zijn vastgesteld in rioolwatermonsters. Het aantal meldingen nam in alle leeftijdsgroepen verder toe in de afgelopen week. Het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners (>250) betrof de leeftijdsgroepen 25 tot en met 29 en 30 tot en met 39 jaar. Het aantal meldingen per 100.000 inwoners was 200-250 in de leeftijdsgroepen 0 tot en met 12, 13 tot en met 17, 18 tot en met 24 en 40 tot en met 49 jaar. In de leeftijdsgroepen vanaf 50 jaar lag het aantal meldingen tussen de 147 en 181 per 100.000 inwoners.

Het aantal testen bij de gemeentelijke gezondheidsdienst- (GGD-)testlocaties laat een geleidelijke stijging zien in de afgelopen weken, over de laatste week 16% hoger ten opzichte van de zeven dagen ervoor. Het bijbehorende percentage positieve testen in de GGD-teststraten was 15,7% gemiddeld in de afgelopen zeven kalenderdagen, in vergelijking met 12,4% in de week ervoor. Het is van belang te beseffen dat het aantal bij de GGD geteste personen momenteel een mix is van personen mét en personen zónder klachten, al dan niet naar aanleiding van een nauw contact getest (in het kader van bron- en contactonderzoek (BCO)), en al dan niet getest naar aanleiding van een tevoren positief bevonden zelftest (de zogenaamde confirmatietesten). Na exclusie van confirmatietesten was 9,3% van alle testen positief in de afgelopen zeven dagen, vergeleken met 7,4% de week ervoor. Hoeveel zelftesten thuis uitgevoerd worden, is onbekend. Bij deelnemers aan Infectieradar met covid-achtige

[1] Stcrt. 2021, 35720.
[2] Stcrt. 2021, 38789.

klachten geeft ongeveer 60% van de deelnemers in de laatste weken aan dat men een test uitvoert of uit laat voeren. Van hen gebruikt ongeveer 60% alleen een zelftest, ongeveer 25% laat zich testen bij de GGD, en ongeveer 15% doet beide, al dan niet naar aanleiding van een positieve zelftest. Van alle personen die zich in de afgelopen week lieten testen bij de GGD, was dat bij 8% naar aanleiding van een positieve zelftest; 88% van positieve zelftesten werd bevestigd positief bij de GGD-bemonstering. Positieve confirmatietesten van zelftesten bedroegen 45% van alle positieve testen bij de GGD. Bij personen getest in het kader van het coronatoegangsbewijs (CTB) was het percentage positieve testen 0,4% in de afgelopen kalenderweek, vergeleken met 0,2% in de kalenderweek ervoor.

De geschatte opkomst voor ten minste één vaccinatie bedroeg tot en met 24 oktober 2021 87,3% voor de volwassen bevolking, en 83,8% had de volledige vaccinatieserie afgerond. Voor de bevolking vanaf 12 jaar is dit respectievelijk 85,2% en 81,8%. Voor de leeftijdsgroepen van jonger dan 40 jaar ligt de vaccinatiegraad op dit moment nog onder de 75%.

De instroom en bezetting op verpleegafdelingen en IC in de ziekenhuizen nam toe. In de afgelopen kalenderweek werden 603 opnames in het ziekenhuis geregistreerd, waarvan 115 op de IC, vergeleken met respectievelijk 440 en 83 de week daarvoor (bron: stichting NICE). Het gemiddeld dagelijkse aantal opnames op verpleegafdelingen was in de afgelopen week 100 ten opzichte van 63 de week daarvoor, en 18 ten opzichte van 15 op de IC (bron: LCPS, 21-27 oktober 2021). Op 27 oktober 2021 was de bedbezetting 659 in de kliniek en 200 op de IC. De eerder vastgestelde hoge vaccineffectiviteit tegen zowel ziekenhuisopname als IC-opname in Nederland persisteert in de meest recente data tot en met afgelopen week (95% en 97%). Deze is consistent iets lager in de oudste leeftijdsgroep: gemiddeld 90% voor ziekenhuisopname en 95% voor IC-opname, respectievelijk, voor de bevolking vanaf 70 jaar. Het aantal besmettingen in verpleeghuizen en woonzorgcentra voor ouderen laat een stijging zien die overeenkomstig is met de toename van de thuiswonende bevolking vanaf 70 jaar.

Reproductiegetal en prognose ziekenhuizen en IC

De meest recente schatting van het reproductiegetal Rt, zoals berekend op basis van de meldingen van positief geteste personen, is voor 11 oktober 2021 op basis van de Osiris-data (meldingen via de GGD'en): gemiddeld 1,19 (95%-interval 1,16-1,23) besmettingen per geval. De schatting op basis van het aantal nieuwe ziekenhuisopnames per dag kent een aanzienlijk grotere onzekerheid, omdat deze berekend wordt op veel geringere aantallen, maar ook deze waarde is voor 9 oktober 2021 boven de 1, namelijk 1,19 (95%-interval 0,19-1,49). Bijna alle infecties in Nederland worden momenteel veroorzaakt door de deltavariant.
Op basis van de recente toename in meldingen is de verwachting dat de komende week het aantal ziekenhuis- en IC-opnames verder gaat stijgen, met schattingen tot circa 175-200 ziekenhuisopnames per dag, en tot circa 30-40 IC-opnames per dag.

Op basis van een transmissiemodel dat wekelijks gefit wordt op het aantal waargenomen IC-opnames per dag, en waar onder andere de beschikbare informatie over vaccinaties (COVID-vaccinatie Informatie- en Monitoringssysteem, GGD'en), de effectiviteit van vaccins, en de geschatte opbouw van immuniteit door doorgemaakte infectie in de bevolking wordt meegenomen, wordt ook een toename verwacht van het aantal ziekenhuisopnames per dag en het aantal IC-opnames per dag. De toenames in opnames, voorspeld bij de modellering uitgaande van de huidige maatregelen, komen daarbij iets uit onder die zoals boven berekend op basis van de huidige (toename in) meldingen.

Belangrijk is dat de onzekerheid groot is over het tijdstip waarop een piek in de opnames en bedbezetting bereikt wordt en dat de piekwaarde van de IC-bezetting aanzienlijk kan variëren binnen wat mogelijk geacht wordt door een seizoenseffect en effect van vaccinatie op transmissie en infectie. Bijvoorbeeld, het OMT is op de hoogte gesteld van de uitkomsten van vier scenario's die verschillen in het aantal contacten dat mensen in hun vrije tijd met elkaar hebben zonder anderhalve meter afstand te houden of zonder de inzet van CTB's. Voor elk van deze scenario's bestrijkt de onzekerheidsmarge een groot bereik aan mogelijke waarden; zowel waarden die vallen binnen de beschikbare zorgcapaciteit als waarden die uitkomen boven de beschikbare zorgcapaciteit. Deze modelprognose geeft bovendien een optimistisch beeld in de zin dat de vaccineffectiviteit tegen transmissie als constant wordt verondersteld, terwijl er ook aanwijzingen zijn dat deze daalt in de loop van de tijd, en in de zin dat de vaccinatiegraad binnen leeftijdsgroepen homogeen wordt verondersteld, terwijl de vaccinatiegraad zowel geografisch als in sociale groepen sterk kan variëren. Door dit laatste kunnen soms in korte tijd grotere pockets van infecties ontstaan, die het aantal meldingen en opnames omhoogstuwen. Door al deze onzekerheden kunnen de prognoses met betrekking tot de piekbelasting van de zorg achterblijven bij de realiteit: het voorspelde moment van de piekbelasting is mogelijk te vroeg, de voorspelde hoogte te laag.

3. Hoofdlijnen van deze regeling

De doelstellingen van het kabinet zijn ongewijzigd: een acceptabele belasting van de zorg, het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving en het zicht houden op het virus. Het OMT adviseert om zo spoedig mogelijk maatregelen te nemen om de toename van de ziekenhuisopnames en daarmee IC-opnames te keren en deze in de tijd te spreiden zodat de zorgcapaciteit in brede zin voor zowel patiënten binnen de reguliere zorg als voor covid-19-patiënten geborgd blijft.

Het kabinet ziet in dit advies aanleiding om aanvullende maatregelen te nemen.
Deze bestaan onder meer in verbreding van de inzet van CTB's en het opnieuw invoeren van een mondkapjesplicht.

Verbreden inzet coronatoegangsbewijzen

Het gebruik van CTB's wordt verbreed. Sinds 25 september zijn CTB's verplicht gesteld voor risicovolle settings waar personen dicht op elkaar (in elkaars ademcirkel) verblijven, zoals bij eet- en drinkgelegenheden (inclusief de bijbehorende dansvoorzieningen en ook als de eet- en drinkgelegenheid onderdeel is van een andere locatie zoals een koffiebar in een boekenwinkel, een sportkantine, een bar in een casino of een restaurant in een hotel), voor evenementen (waaronder publiek bij professionele sportwedstrijden en topcompetities) alsmede bij de vertoning van kunst en cultuur (ook in een bioscoop, theater, concertzaal of poppodium). Van deze CTB-plicht waren onder meer doorstroomlocaties en buitenterrassen uitgezonderd. Gezien de huidige epidemiologische situatie en verwachtingen voor de aankomende tijd, stelt het kabinet CTB's ook verplicht in de volgende situaties:

- doorstroomlocaties in de kunst- en cultuur (zoals musea);
- evenementen waarbij sprake is van doorstroom van deelnemers (zoals bepaalde sportevenementen en kermissen);
- buitenterrassen;
- publiek bij amateursport in de publieke binnenruimte van een sportlocatie (met uitzondering van jeugd tot 18 jaar);
- sportbeoefening in de publieke binnenruimte van een sportlocatie (met uitzondering van jeugd tot 18 jaar);
- kunst- en cultuurbeoefening (met uitzondering van jeugd tot 18 jaar).

Het OMT geeft in zijn advies naar aanleiding van de 128e bijeenkomst aan dat er zo spoedig mogelijk aanvullende maatregelen nodig zijn om de toename van de ziekenhuis- en daarmee IC-opnames te keren en deze in de tijd te spreiden zodat de zorgcapaciteit in brede zin voor zowel patiënten binnen de reguliere zorg als voor covid-19-patiënten geborgd blijft.

Het breder inzetten van het CTB is een gerichte maatregel die effect kan hebben op de transmissie, de doorgifte van het virus. Voor de onderbouwing ervan verwijst het OMT naar zijn eerdere adviezen hierover, maar hecht eraan op te merken dat het gebruik van CTB's een gunstige invloed heeft op te verwachten ziekenhuisopnames, ook nu recent is gebleken dat vaccinatie de transmissie van het virus minder lijkt te onderdrukken dan eerder het geval was. De prevalentie van besmettingen, is immers nog steeds hoger in het ongevaccineerde deel van de bevolking, en de kans op transmissie bij een besmetting na vaccinatie is kleiner. Hierbij vindt het OMT het van belang dat er onderscheid wordt gemaakt in activiteiten en situaties die incidenteel en vrijwillig zijn, en situaties die een meer permanent karakter hebben, zoals opleiding, werk en zorg.

Het OMT adviseert in de volgende situaties het CTB ook in te gaan zetten:

- in kunst- en cultuurbeoefening (vanaf 18 jaar);
- buitenterrassen bij horeca;
- doorstroomlocaties (zoals musea, kermis, etc.);
- sportbeoefening (vanaf 18 jaar), met name daar waar het binnensport betreft, waaronder ook sportscholen;
- publiek bij amateurwedstrijden.

Wat betreft de activiteiten rondom sportbeoefening benadrukt het OMT dat de sportkantines en toepassing van CTB's aldaar, in zijn beoordeling al onder de koppeling van CTB's en horeca viel. Dergelijke uitbreiding van toepassing van CTB is alleen effectief indien de afspraken ook gehandhaafd worden, waarbij naast het CTB's ook de identiteit van de persoon gecontroleerd moet worden, aldus het OMT.

CTB's worden verplicht voor (binnen- en buiten) doorstroomlocaties in de cultuursector (zoals musea, beeldentuinen, monumenten en presentatie-instellingen). Verder zal ook voor (binnen- en buiten) evenementen waarbij sprake is van doorstroom van deelnemers (zoals kermissen) de inzet van CTB worden verplicht. Dit heeft tot gevolg dat ook voor deze evenementen de voorwaarden uit artikel 5.2

Trm zullen gelden, waaronder de verplichting dat bijvoorbeeld een kermis op een afgesloten locatie plaats dient te vinden. Het lokaal gezag beoordeelt of en op welke wijze, onder de gestelde voorwaarden, evenementen doorgang kunnen vinden. Personen tot en met 17 jaar die deelnemen aan georganiseerde jeugdactiviteiten (ook wanneer sprake is van een evenement) en hun begeleiders, zijn uitgezonderd van de CTB-plicht. Onder georganiseerde jeugdactiviteiten worden onder meer scoutingactiviteiten en sinterklaasintochten verstaan. Daarnaast geldt er een CTB-plicht voor bij een eet- en drinkgelegenheid behorende terrassen in de buitenlucht die aan de bovenzijde of aan drie zijden open zijn.

De inzet van CTB's wordt verder verplicht voor de beoefening van kunst en cultuur (binnen en buiten) en de publieke binnenruimte van een locatie voor de beoefening van sport. Dit betekent dat voor onder meer de fanfare (binnen en buiten), fitness en voetbaltraining (binnen) een CTB-plicht geldt. Ook het publiek bij sportbeoefening dient voor de binnenruimten in het bezit te zijn van een CTB. Aangezien de beoefening van sport en kunst en cultuur van significante waarde is voor de mentale en fysieke ontwikkeling van jongeren, heeft het kabinet besloten om een uitzondering te maken voor personen tot en met 17 jaar. Hiermee wordt de drempel voor de beoefening van zowel sport als kunst en cultuur zo laag mogelijk gehouden voor deze doelgroep. Voor de eet- en drinkgelegenheden en andere gebouwen (zoals kleedkamers) behorende bij de sportlocatie wordt dezelfde leeftijdsgrens gehanteerd. Ook in deze gevallen geldt een CTB-plicht voor personen van 18 jaar en ouder. Afhaal (met mondkapje) voor gebruik anders dan in de eet- en drinkgelegenheid blijft net als in andere eet- en drinkgelegenheden zonder CTB mogelijk. Bij multifunctionele accommodaties geldt dat de eet- en drinkgelegenheid afgescheiden moet zijn.

Rekening houdend met het feit dat de meeste sportverenigingen en -clubs in grote mate afhankelijk zijn van vrijwilligers voor onder meer de controle en uitvoering van de CTB-plicht, is een uitzondering gemaakt voor sportbeoefening búíten en de toeschouwers (bijvoorbeeld bij een training) hierbij. De CTB-plicht in publieke binnenruimten van sportlocaties geldt alleen voor het daar aanwezige publiek. Publiek zijn personen die ergens aanwezig zijn, met uitzondering van de daar al dan niet tegen betaling werkzame personen (artikel 1.1 Trm). Personen die beroeps- of bedrijfsmatig werkzaamheden verrichten zijn generiek uitgezonderd van de CTB-verplichting.[3] Voor de buitensporters én de toeschouwers (allebei publiek) buiten geldt wel een CTB-plicht als zij de toiletten, kleedkamer of sportkantine (op de sportlocatie) betreden. Ook voor sportwedstrijden (zijnde evenementen) van amateurs búíten geldt dat de deelnemers (onder andere de sporters en de toeschouwers) aan het evenement zijn uitgezonderd van de CTB-plicht.

Voor wedstrijden van topsporters geldt een afwijkend regime. Ten aanzien van professionele sportwedstrijden (binnen en buiten) blijft namelijk het regime bij evenementen gelden. De deelnemers (onder andere het publiek bij een wedstrijd) aan het evenement blijven CTB-plichtig vanaf dertien jaar en niet achttien jaar, zoals bij sportwedstrijden van amateurs geldt. De topsporters zelf zijn niet CTB-plichtig, omdat zij aldaar werkzaam zijn en personen die beroeps- of bedrijfsmatig werkzaamheden verrichten generiek uitgezonderd zijn van de CTB-verplichting.[4]

De CTB-plicht in het kader van sport, kunst en cultuur geldt voor zover dit plaatsvindt op locaties voor de beoefening van kunst en cultuur en binnenlocaties voor de beoefening van sport. Dit betekent onder meer dat voor een rondje hardlopen door de stad, gitaarspelen in het park en voetballen op het buitenveld van een voetbalclub of op een openbaar veldje geen CTB-plicht geldt. Dit is immers in de openbare ruimte dan wel buiten. Evenmin is sportbeoefening in een penitentiaire inrichting CTB-plichtig, aangezien dit een besloten plaats betreft.

Om te beoordelen of sprake is van sport dient naar de omstandigheden van het geval gekeken te worden. Voor die beoordeling kan bekeken worden of het hoofddoel van de activiteit, sportbeoefening dan wel vermaak betreft. Zo zijn bijvoorbeeld locaties voor paintball, ballenbakken en lasergamen aan te merken als spellocaties en niet als sportlocaties. Voor deze en andere spellocaties (waar ook dierenparken en attractieparken tot behoren) geldt geen verplichte inzet van CTB.

CTB's kunnen op dezelfde manier als voorheen worden verkregen: middels volledige vaccinatie, een herstelbewijs of een testbewijs. Voor de testbewijzen geldt dat de hiervoor afgenomen test niet ouder dan 24 uur mag zijn vanaf het moment van afname tot deelname of toegang. Vaccinatiebewijzen zijn niet eerder dan 14 dagen na volledige vaccinatie geldig, voor het Janssenvaccin wordt een wachttijd van 28 dagen gehanteerd. Voor personen die niet over een herstel- of vaccinatiebewijs beschikken is voldoende testcapaciteit beschikbaar gesteld. Testen voor het verkrijgen van een coronatoegangsbewijs is gratis.

[3] Artikel 58ra, achtste lid, Wpg.
[4] Artikel 58ra, achtste lid, Wpg.

Mondkapjesplicht

De bestaande mondkapjesplicht wordt uitgebreid. De mondkapjesplicht geldt reeds in, kort gezegd (de voertuigen van) het openbaar vervoer, in vliegtuigen en op luchthavens vanaf de security. Vanaf 6 november 2021 moet ook weer een mondkapje worden gedragen op stations, halteplaatsen, of andere bij het openbaar vervoer behorende voorzieningen en de daarbij behorende perrons, trappen tunnels en liften en op de gehele luchthaven, bij contactberoepen door zowel klant als aanbieder, en in alle publieke binnenruimten zoals detailhandel en de wachtruimte van een gemeentehuis. Hierbij zijn situaties waar de inzet van CTB's is voorgeschreven, zoals in de horeca, uitgezonderd. Deze uitzondering geldt ook voor personeel. In het geval van afhaal in een eet- en drinkgelegenheid voor gebruik elders is er geen CTB voorgeschreven en geldt de mondkapjesplicht wel. De mondkapjesplicht geldt, alleen bij verplaatsing, ook in onderwijsinstellingen van het middelbaar beroepsonderwijs, hoger beroepsonderwijs en wetenschappelijk onderwijs. Voor besloten plaatsen zoals religieuze instellingen en kantoren is er geen mondkapjesplicht.

Het OMT adviseert in het advies naar aanleiding van de 128e bijeenkomst om de verplichting tot het dragen van mondkapjes weer in te voeren in ruimtes waar men gedurende enige tijd bijeen staat in een binnenruimte, zoals publieke ruimtes, en in het openbaar vervoer, op stations en op de perrons. Bij contactberoepen ziet het OMT de laatste tijd consistent een relatief hoog percentage positieve testen; ook voor contactberoepen zou een mondkapje gebruikt moeten worden.

Gelet op het toenemende aantal besmettingen, acht het kabinet het noodzakelijk dat in beginsel mondkapjes worden gedragen op een aantal plaatsen waar personen gedurende enige tijd bijeen staan. De mondkapjesplicht gaat verspreiding van het virus tegen en is van belang op het moment dat sprake is van verregaande verspreiding van het virus. Niet-medische mondkapjes kunnen tegelijkertijd de overdracht van andere luchtwegvirussen enigszins tegengaan, wat de druk op huisartsenpraktijken en GGD-teststraten kan verminderen (OMT-advies naar aanleiding van de 80e OMT-bijeenkomst van 13 oktober 2020). Het gebruik van niet-medische mondkapjes kan de toenemende druk op de zorg daarmee beperken.

4. Noodzakelijkheid en evenredigheid

Grond- en mensenrechten

De noodzaak om maatregelen te treffen volgt uit het recht op gezondheidszorg zoals dit voortvloeit uit artikel 22 van de Grondwet. Dit artikel waarborgt dat het kabinet maatregelen treft ter bevordering en bescherming van de volksgezondheid. Dit sociale grondrecht komt overeen met wat in internationale verdragen is bepaald (artikel 12 van het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten, artikel 11 van het Europees Sociaal Handvest, artikel 35 van EU-Handvest). Er is dus een grond- en mensenrechtelijke opdracht voor het kabinet om op te treden ter bescherming van de volksgezondheid.

De maatregelen die worden genomen zijn allen gestoeld op hoofdstuk Va Wpg. Hiermee wordt voldaan aan de eis dat beperkingen alleen mogen plaatsvinden indien daar een wettelijke basis voor is. De grondrechtelijke aspecten van deze grondslagen zijn uitgebreid toegelicht in de memorie van toelichting van zowel de Tijdelijke wet maatregelen covid-19[5] als de Tijdelijke wet coronatoegangsbewijzen.[6]

In de strijd tegen het virus kunnen de maatregelen die genomen moeten worden, raken aan diverse mensenrechten. De verplichting tot het dragen van een mondkapje raakt het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van betrokkenen (artikel van de 10 Grondwet en artikel 8 EVRM). Het uitbreiden van de CTB-plicht raakt aan het recht op privacy en het recht op lichamelijke integriteit indien een test wordt ondergaan om een CTB te verkrijgen (artikel 10 en 11 van de Grondwet en artikel 8 EVRM). Tevens worden het recht op bewegingsvrijheid en het recht op eigendom geraakt door de CTB-plicht (respectievelijk artikel 2 van het Vierde Protocol bij het EVRM en artikel 1 van het Eerste Protocol bij het EVRM). Al deze grondrechten hebben echter met elkaar gemeen dat ze niet absoluut zijn. Beperkingen daarop zijn toegestaan indien zij een wettelijke basis hebben en in een democratische samenleving noodzakelijk zijn. De inperking van grondrechten wordt afgewogen tegen de grondwettelijke plicht van de regering om de volksgezondheid te beschermen.

Beperkingen van grondrechten dienen volgens vaste jurisprudentie betreffende het EVRM en andere

[5] Kamerstukken II 2019/20, 35 526, nr. 3.
[6] Kamerstukken II 2020/21, 35 807, nr. 3.

internationale mensenrechtenverdragen noodzakelijk en proportioneel te zijn. De maatregelen die worden genomen, zijn gebaseerd op het OMT-advies naar aanleiding van de 128e bijeenkomst. Zoals in paragraaf 3 is toegelicht komen de maatregelen in overwegende mate overeen met het OMT-advies. Uit dit advies mag het kabinet aannemen dat de maatregelen geschikt zijn. Uit het OMT-advies volgt ook de noodzaak om geschikte maatregelen te nemen. Ten overvloede wordt opgemerkt dat het OMT niet per maatregel specifiek kan aantonen wat de bijdrage is aan de het verminderen van het aantal besmettingen. Op het vraagstuk van proportionaliteit wordt in het onderstaande ingegaan.

Proportionaliteit

In paragraaf 3 is toegelicht welke onderdelen van de Trm bij de inwerkingtreding van deze wijzigingsregeling aangescherpt worden. Met deze regeling wordt een deel van de maatregelen getroffen die in deze fase noodzakelijk zijn. Daarbij speelt een aantal overwegingen een rol. Dit betreft in de eerste plaats het advies van het OMT (zie ook paragraaf 2 en 3), maar er is ook rekening gehouden met het maatschappelijk beeld volgens de inzichten van en reflecties op de maatregelen van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en reflecties op de maatregelen van de Ministeries van Financiën, Economische Zaken en Klimaat en Sociale Zaken en Werkgelegenheid (de 'Trojka') en met uitvoeringstoetsen van de nationale politie, gemeenten (via de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)) en veiligheidsregio's, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de gedragsunit van het RIVM, de Nederlandse Voedsel en Waren Autoriteit (NVWA) en het Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie (NKC). Hieronder wordt daarop ingegaan.

Sociaalmaatschappelijke reflectie en maatschappelijk beeld

Het SCP geeft aan dat enkele sectoren, waaronder de culturele sector, de horeca en evenementenbranche hard zijn geraakt door de crisis en bijbehorende maatregelen. De vrijetijdsbesteding die deze gelegenheden bieden, zijn voor veel mensen belangrijke activiteiten die bijdragen aan ontplooiing, ontspanning, plezier en ontmoeting. Het vasthouden aan de bezoekersnormen en sluitingstijden van de horeca brengt financiële gevolgen voor de getroffen sector mee. Het SCP geeft aan dat er twijfels bestaan over de effectiviteit van deze maatregelen. Het SCP noemt het van belang dat het doel en de effectiviteit van bestaande maatregelen helder worden onderbouwd en inzichtelijk worden gemaakt. Het refereert aan een onderzoek van de RIVM gedragsunit waaruit blijkt dat met name de hygiënemaatregelen nog altijd goed worden nageleefd. Afstand houden van anderen kan in de praktijk echter niet altijd worden gerealiseerd. Ook het geldende thuiswerkadvies blijkt steeds lastiger in praktijk te brengen. Bijna zes op de tien deelnemers van het onderzoek zegt dat het lukt om voldoende afstand te houden, ruim vier op de tien lukt dat niet.

Volgens het SCP is het te verwachten dat de mensen die het hardst zijn geraakt door de crisis, in het najaar en de winter nog niet of onvoldoende hersteld zijn. Verdere negatieve gevolgen en ervaringen komen daar bovenop, stelt het SCP, en kunnen bovendien ook negatieve invloed hebben op het draagvlak en de naleving vanuit deze groep. Het SCP stelt dat hoe restrictiever het pakket aan maatregelen is en hoe langer dit voortduurt, des te lager het (gemiddeld) psychisch welbevinden van burgers en des te hoger de (gemiddelde) gevoelens van eenzaamheid zullen zijn. De hoge bezettingsgraad van coronapatiënten in de ziekenhuizen leidt tevens tot uitgestelde zorg met nadelige gevolgen voor zowel de gezondheid als de kwaliteit van leven. Daarbij is een aantal groepen in de samenleving harder geraakt door de coronacrisis dan andere groepen. Het SCP wijst erop dat de sociaal-maatschappelijke gevolgen van de crisis zich minder snel herstellen dan de besmettingscijfers. Het is belangrijk de ontwikkeling in sociaal-maatschappelijke effecten in het oog te houden en rekening te houden met een mogelijk verhoogde vraag naar ondersteuning vanuit het sociaal domein en de geestelijke gezondheidzorg, ook in de periode na de crisis.

Ten behoeve van draagvlak in de samenleving, vertrouwen in de instituties en het bereiken van ongevaccineerde kwetsbare groepen adviseert het SCP dat er sprake is van heldere en transparante communicatie en toegankelijke informatievoorziening. Daarbij beveelt het SCP ook aan dat er in de communicatie voldoende aandacht wordt besteed aan de betekenis van de gedeelde (en eigen) verantwoordelijkheid van mensen voor hun eigen gezondheid en die van anderen. Bij alle communicatie, zowel over maatregelen als het vaccinatiebeleid, is het belangrijk aandacht te hebben voor hoe informatie iedereen bereikt, en welke kanalen daarvoor kunnen worden gebruikt. De meer fundamentele boodschap over de uitlegbaarheid van besluiten en het belang van een betrouwbare overheid wordt volgens het SCP ook bevestigd door onderzoek van het RIVM naar de voorkeuren van mensen over mogelijke opschaling van maatregelen dit najaar. Hieruit komt naar voren dat er moet worden gekozen voor effectieve maatregelen en voor maatregelen die tot weinig negatieve (langetermijn)effecten leiden. Het advies is te kiezen voor generieke maatregelen in plaats van maatregelen die een specifieke groep of specifiek gebied raken. Tot slot beveelt het SCP aan te waken voor stigmatisering van bevolkingsgroepen waarbij voorkomen wordt dat gehele groepen – zoals op dit moment niet-gevaccineerden – worden weggezet als onwillig, onwetend of onverantwoordelijk. Het SCP

adviseert de verschillende perspectieven en zorgen van mensen te erkennen en nadrukkelijk mee te nemen in de communicatie en informatievoorziening. Volgens het SCP zou dit kunnen voorkomen dat tegenstellingen tussen gevaccineerden en niet-gevaccineerden verder worden verscherpt en tot grotere spanningen in de samenleving leiden.

Sociaal-maatschappelijke en economische reflectie Trojka

De sociaal-maatschappelijke en economische reflectie van de Trojka geeft prioriteit aan het inzetten op maatregelen die tijdig, gericht en effectief bijdragen aan het tegengaan van overbelasting van de zorg. De Trojka adviseert onder meer het volgende.

De Trojka adviseert in te zetten op maatregelen met zo laag mogelijke sociaal-maatschappelijke en economische kosten, zoals betere naleving van maatregelen, het thuiswerkadvies, het advies om een veilige afstand te houden en het opnieuw verplichten van mondkapjes.

De Trojka beveelt aan om in te zetten op het versterken van de naleving van het CTB, daar waar mensen kwetsbaar zijn of een lage immuniteitsgraad kennen. Zij adviseren dat de (lokale) overheid en ondernemers in CTB-sectoren gezamenlijk zouden kunnen optrekken ten behoeve van de naleving, waarbij ook het opleggen van sancties niet moet worden uitgesloten. Ook het inzetten op gedragsinterventies zou de naleving van de basisregels versterken daarmee kan worden voorkomen dat er zwaardere (sectorale) maatregelen worden genomen.

De sociaal-maatschappelijke en economische effecten van het verbreden van CTB's binnen de huidige door de wet aangewezen sectoren zijn relatief beperkt vanwege de beperkte schaal van doorstroomlocaties en terrassen. Op individueel niveau heeft het verbreden van de CTB inzet echter wel impact. Het gebruik van mondkapjes kan helpen in settings waar afstand houden moeilijk is of waar het CTB-regime niet van toepassing is. De inzet van mondkapjes heeft bovendien beperkte sociaal-maatschappelijke en economische effecten.

De Trojka stelt dat een verbreding van CTB's (en ook de beoogde verdere verbreding) ook het gevoel van een tweedeling in de maatschappij vergroot. Tot slot geeft de Trojka aan dat de sociaal-maatschappelijke en economische kosten van regionale maatregelen verhoudingsgewijs kleiner zijn vanwege de kleinere schaal van ingrijpen.

Uitvoeringstoets

Nationale Politie, openbaar ministerie, buitengewoon opsporingsambtenaren (Rijk)

Door de politie en het openbaar ministerie (OM) is voorop gesteld dat een verdieping en verbreding heeft plaatsgevonden van het maatschappelijk ongenoegen en dat er signalen van polarisatie zijn. Er is kenbaar gemaakt dat dit bij nieuwe maatregelen kan toenemen en kan leiden tot demonstraties en burgerlijke ongehoorzaamheid. Dit kan gevolgen hebben voor de openbare orde. Verder merken de politie en het OM op dat bij het opnieuw invoeren van strafrechtelijke bepalingen voor individuen (bijvoorbeeld mondkapjesplicht) het laatst geldende beleid wordt toegepast. Dit betekent dat de strafrechtelijke handhaving zich richt op individuen in de openbare ruimte en dat bij ondernemers of organisatoren de nadruk ligt op bestuurlijk toezicht en handhaving. Strafrechtelijke handhaving vindt daar alleen plaats bij excessen. Meer specifiek geldt voor de handhaving van maatregelen die zich richten op degenen die niet gevaccineerd zijn, dat dit niet strafrechtelijk kan worden gehandhaafd omdat ter bewijsvoering dan de vaccinatiestatus (medische status) moet blijken.

Wat betreft de CTB's merken de politie en het OM op dat uitbreiding binnen de huidige door de wet aangewezen sectoren mogelijk is. Ook daarbij geldt dat ondernemers in beginsel zelf verantwoordelijk zijn voor de naleving en dat toezicht en handhaving primair bestuurlijk zijn. De inzet van de politie is daar alleen aan de orde als er een noodzaak is om als sterke arm op te treden. Daarbij stellen de politie en het OM wel dat het toezicht lokaal nog zou kunnen worden geïntensiveerd. Verder zou de naleving van de plicht van een CTB wat hen betreft kunnen worden bevorderd door het gebruik (of het in bezit hebben) van een QR-code (of polsbandje) van een ander als overtreding strafbaar te stellen. Het betreft dan een lex specialis ten opzichte van artikel 225 van het Wetboek van Strafrecht (zonder opzetvereiste), wat eenvoudig en met een transactie af te handelen is. Handhaving hierop zou dan ook plaats kunnen vinden door aangewezen buitengewone opsporingsambtenaren en de politie.

Ten aanzien van eventuele mogelijke regionale maatregelen vragen de politie en het OM aandacht voor goede communicatie en een duidelijke geografische afbakening. Verschillen tussen gemeenten zijn juridisch lastig verdedigbaar en waar de grenzen van regio's lopen is niet algemeen bekend. Omdat de politie-inzet potentieel door het hele land kan plaatsvinden, krijgen handhavers bovendien te maken met diverse regels. Voor handhavers is dit een onwerkbare situatie waardoor onvoldoende

gehandhaafd kan worden en de geloofwaardigheid van de overheid op het spel staat.

VNG en veiligheidsregio's

De VNG en veiligheidsregio's stellen dat vanuit naleving en handhaafbaarheid heldere en uitlegbare regels (voor zowel gevaccineerden als niet-gevaccineerden) van belang zijn. Verder wijzen zij op mogelijke spanningen in de samenleving tussen gevaccineerden en niet-gevaccineerden en waarschuwen zij voor polarisatie en uitsluiting, met name onder jeugdigen. Dit kan tot problemen bij de handhaving leiden, maar ook problemen voor de openbare orde en veiligheid opleveren. De VNG en veiligheidsregio's pleiten er in dat kader voor essentiële functies voor iedereen toegankelijk te houden. Voor andere functies geldt wat hen betreft dat het doel en de effecten van de maatregelen in relatie tot het draagvlak in het oog moeten worden gehouden.

De VNG merkt op dat er bij een bredere inzet van CTB's meer van toezicht en handhaving door gemeenten wordt gevraagd, terwijl de grenzen bereikt lijken te zijn. Gevraagd wordt of het Rijk hier iets in kan betekenen. In elk geval door in de communicatie duidelijk te maken dat de verantwoordelijkheid primair bij de sectoren ligt en toezicht en handhaving het sluitstuk zijn, maar ook bijvoorbeeld door de rijksinspecties in te zetten. Vanuit de veiligheidsregio's is de wens uitgesproken CTB's alleen binnen uit te breiden. Uitbreiding buiten, zoals op terrassen en sportvelden, ligt wat hen betreft minder voor de hand. Verder zouden zij graag zien dat georganiseerde jeugdactiviteiten, wijkvoorzieningen, dagbesteding en activiteiten voor kwetsbaren, uitvaarten en trouwplechtigheden uitgezonderd blijven.

De VNG en veiligheidsregio's stellen dat de uitvoerbaarheid van CTB's bij sport lastig is. De amateursport is veelal afhankelijk van vrijwilligers, sportvelden kennen meestal meerdere ingangen en mensen komen en gaan. Er ontstaan bovendien afbakeningsproblemen met sporten in de openbare ruimte, doorstroom en spel. De afbakeningsproblemen ten aanzien van de openbare ruimte gelden ook voor de beoefening van kunst en cultuur. Voor wat betreft de horeca pleiten de VNG en veiligheidsregio's ervoor de afhaalfunctie in stand te houden. Ook in verband met mogelijke afbakeningsproblemen tussen winkels en horeca.

De VNG en veiligheidsregio's zijn voorstander van landelijke maatregelen en tegenstander van lokale maatregelen. Lokale maatregelen leiden volgens hen tot een waterbedeffect en zijn ook niet uitvoerbaar en onwenselijk. De vaccinatiegraad loopt in steden binnen wijken en stadsdelen sterk uiteen en er kan onbegrip ontstaan door de verschillen. Dit kan leiden tot een afnemende bereidheid om de regels na te leven en wellicht ook meer verzet en protesten opleveren. Dit heeft gevolgen voor het toezicht en de handhaving, maar ook voor de openbare orde en veiligheid.

Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid

De Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (ISZW) vraagt aandacht voor de formulering van het advies inzake de veilige afstand. Voorkomen moet worden dat de algemene notie dat de veilige afstand gewenst is, verloren gaat op het moment dat anderhalve meter niet mogelijk is. De herinvoering van het thuiswerkadvies, de mondkapjesplicht en het advies inzake de veilige afstand betekenen voor de ISZW dat zij kan terugvallen op de oude handelingskaders. Dit betekent dat handhaving mogelijk is, maar wel beperkt. Vanuit handhavingsperspectief verdienen maatregelen op landelijk niveau volgens de ISZW de voorkeur. Met name bij sectoren met veel (deels internationale) arbeidsmobiliteit en kortdurende arbeidslocaties compliceren niet-verplichtende, voorwaardelijke of lokale maatregelen te veel. Tot slot benadrukt ISZW dat van belang is dat toezichthouders die gezamenlijk op pad gaan en hun eigen coronabeleid op elkaar afstemmen.

Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit

De Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) stelt dat regionale maatregelen kunnen leiden tot verschillen in de manier waarop toezicht kan worden gehouden. Het is dan van belang dat dergelijke keuzes uitlegbaar zijn. De NVWA voorziet daarnaast een groter risico op agressie of ander ongewenst gedrag in regio's. Dit kan terugslaan op de inspecteurs.

RIVM coronagedragsunit

De gedragsunit van het RIVM merkt in het algemeen op dat heldere, consistentie en herhaalde communicatie over het nut en de noodzaak van naleving van de (basis)maatregelen zelftesten en naleving, ook voor gevaccineerde mensen, essentieel is. Voor het draagvlak en de naleving is bovendien van belang dat maatregelen noodzakelijk, effectief én haalbaar zijn en dat rekening is gehouden met rechtvaardigheid en solidariteit. Advies van de gedragsunit is dus om de maatregelen af te stemmen met burgers en uitvoerende organisaties waarbij het collectieve belang van maximale

vrijheid, deelname aan de maatschappij voor iedereen én toegankelijkheid van zorg vooropstaat.

Meer specifiek geeft de gedragsunit aan dat bij een hoge dreiging veel mensen de voorkeur geven aan kort en hard ingrijpen met een effectief pakket, boven mild maar langdurig ingrijpen. De gedragsunit verwacht in dat kader dat het aanscherpen van het thuiswerkadvies, het binnenlands reisadvies, de anderhalve meter afstand en het uitbreiden van de mondkapjesplicht naar verwachting op meer draagvlak en naleving zullen kunnen rekenen dan (sterk) sociaal beperkende maatregelen. De verwachting van de gedragsunit is echter wel dat de naleving daarbij mogelijk lager is dan in eerdere fases. Verder acht de gedragsunit ook het uitbreiden van de CTB's in de reeds aangewezen sectoren uitlegbaar. Voor kort en krachtig lokaal ingrijpen geldt dat de gedragsunit meent dat dit valt uit te leggen als mogelijke opschalingsstrategie, in nauw overleg met de lokale overheden en organisaties.

Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie

Het Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie (NKC) signaleert in het algemeen dat een deel van de samenleving het gevoel heeft dat er te ruim is versoepeld. Het adviseert dit sentiment in de communicatie te benoemen en aan te geven waarom dit destijds een verantwoorde stap was. Verder komen een aantal maatregelen die in september zijn vervallen, nu weer terug. Het NKC stelt dat dit kan worden ervaren als jojo-beleid en adviseert daar rekening mee te houden. Deze ronde van verzwaringen is volgens het NKC ook in zoverre anders dan de eerdere verzwaringen, omdat nu iedereen die gevaccineerd wil worden, gevaccineerd is. Een deel van de gevaccineerden zal in verband daarmee ervaren dat de huidige verzwaringen veroorzaakt worden door de niet-gevaccineerden en dus eigenlijk onnodig zijn. Het NKC waarschuwt dat dit kan leiden tot polarisatie. Als het kabinet zou kiezen voor verzwaringen die voornamelijk gevolgen hebben voor niet-gevaccineerden, wordt dat volgens het NKC door een deel van de samenleving ervaren als maatschappelijke uitsluiting en ook dat leidt tot polarisatie. Het NKC meent dus dat het raadzaam is om in de communicatie zo verbindend mogelijk te zijn, mogelijke spanningen te benoemen en dilemma's te schetsen. Tot slot is voorstel van het NKC om in de communicatie het gemeenschappelijke doel te benoemen en te benoemen wat burgers, sectoren en de overheid (kunnen) doen om een bijdrage te leveren aan het verder voorkomen van een opleving van het virus.

Ten aanzien van de aanscherping van het thuiswerkadvies, het binnenlands reisadvies en de anderhalve meter merkt het NKC op dat dit herkenbare adviezen zijn, die daardoor goed communiceerbaar zijn. Het draagt ook bij aan het versterken van het urgentiegevoel in de samenleving. Extra communicatie is volgens het NKC wel nodig om de naleving te bevorderen.
Voor de mondkapjesplicht geldt eveneens dat dit een herkenbare maatregel is. Dit mede doordat de verplichting op dezelfde locaties geldt. Daardoor is de maatregel ook makkelijk communiceerbaar. Het NKC heeft bovendien vastgesteld dat ongeveer 40% van de samenleving vindt dat de mondkapjesplicht weer op meer plekken zou moeten gelden. De naleving was tot slot goed. Het NKC verwacht dan ook dat de naleving ook nu weer snel hoog zal zijn.

Afweging

Het kabinet ziet in het advies van het OMT aanleiding om aanvullende maatregelen te nemen. Bij de besluitvorming ten aanzien van het maatregelenpakket zijn verschillende factoren meegewogen. Zo dienen maatregelen effectief te zijn in het tegengaan van de verspreiding van het virus in relatie tot het huidige epidemiologische beeld, dienen deze zo spoedig mogelijk ingevoerd te kunnen worden en op relatief korte termijn effect te hebben. Daarnaast dient er in het pakket een balans gevonden te worden tussen enerzijds het niet onnodig treffen van gevaccineerden en anderzijds het niet "bestraffend' zijn voor ongevaccineerden. Daarbij dienen maatregelen – gelet op een te voorkomen tweedeling in de samenleving – op zoveel mogelijk draagvlak te kunnen rekenen zodat deze geen polarisatie en radicalisering aanwakkeren. Zoals altijd worden bij deze afweging de sociaal-maatschappelijke en economische effecten meegewogen in de besluitvorming.

Dit heeft geleid tot een pakket aan maatregelen dat enerzijds bestaat uit aanvullende maatregelen ten behoeve van verhoging van de beschikbare IC-capaciteit en de vaccinatiegraad. Anderzijds heeft het kabinet gekozen voor een verzwaring van het maatregelenpakket ten behoeve van het beperken van het verspreidingsrisico. Deze verzwaring bestaat uit aanscherping van adviezen en de met deze regeling geregelde verbreding van de inzet van CTB's en het opnieuw invoeren van een mondkapjesplicht (zie paragraaf 3). Met de nieuwe maatregelen wil het kabinet op proportionele wijze de doelstellingen behalen. Cruciaal hierbij zijn een goede naleving, communicatie en toezicht en handhaving.

5. Regeldruk

De uitbreiding van de verplichtstelling van het CTB voor buitenterrassen bij de horeca, de beoefening van kunst en cultuur en sport, doorstroomlocaties in de cultuursector en evenementen waarbij sprake is van doorstroom van deelnemers, zorgt voor een toename van de regeldruk voor burgers, bedrijven/instellingen en professionals die actief zijn in deze sectoren. De effecten van deze regeling op de regeldruk zijn reeds beschreven in de memorie van toelichting bij het voorstel van de Tijdelijke wet coronatoegangsbewijzen.[7] Voor de burger bestaat de regeldruk uit het verkrijgen van een testuitslag en het tonen van een toegangsbewijs, tegelijk met het identiteitsbewijs. Het gaat om een tijdsinvestering van gemiddeld zestig tot tachtig minuten per persoon. De organisatie die verantwoordelijk is voor de activiteit of de voorziening dient het toegangsbewijs en eventueel het identiteitsbewijs te lezen. Daarvoor zal een proces voor toegangscontrole moeten worden ingericht. Daar is per organisatie, naar schatting, eenmalig een uur voor nodig door een administratief medewerker en een half uur door een medewerker die een controle kan uitvoeren op het ontworpen proces. In totaal bedraagt de eenmalige toename van de regeldruk per organisatie € 66. Daarnaast is een additionele toegangscontrole nodig, die naar inschatting gemiddeld twintig seconden extra per persoon zal vergen. Ook voor uitvoerders van testen is er sprake van regeldruk door de inzet van toegangsbewijzen.

Deze regeling legt een verplichting op tot het dragen van een mondkapje in publieke binnenruimten, stationsgebouwen en luchthavens, in onderwijsinstellingen en voor contactberoepen. Om aan deze verplichting te voldoen, moeten mondkapjes gekocht worden. Er wordt uitgegaan van zo'n vijftien miljoen burgers die verplicht zijn een mondkapje te dragen (alle personen van dertien jaar en ouder). Een mondkapje is op dit moment al verplicht in het openbaar vervoer en is al lange tijd verplicht geweest. Daarom wordt geschat dat twaalf miljoen mensen al in het bezit zijn van één of meerdere mondkapjes. Dit betekent dat drie miljoen mensen nog mondkapjes aan moeten schaffen. Bij een wasbaar mondkapje wordt uitgegaan van twee mondkapjes per persoon. De prijs van een mondkapje wordt geschat op € 1,–. De gevolgen voor de regeldruk zijn als volgt:

Regeldruk	P	Q	Totaal
Aanschaf mondkapjes	€ 2	6.000.000	€ 12.000.000

Artikelsgewijs

Artikel I

Onderdeel A

Dit onderdeel voegt drie begripsbepalingen toe aan artikel 1.1.

Bij publieke binnenruimten gaat het om een specifieke categorie publieke plaatsen als bedoeld in artikel 58a Wpg, te weten de publieke plaatsen met uitzondering van erven behorend bij een voor het publiek openstaand gebouw. Het gaat daarbij om voor het publiek openstaande gebouwen, lokalen, voertuigen en vaartuigen. Te denken valt aan cafés, restaurants, musea, de voor het publiek openstaande ruimten en zittingszalen in gerechtsgebouwen ten behoeve van openbare zittingen, winkels, bioscopen, theaters, overdekte speelhallen, speeltuinen en klimhallen, winkelcentra en gebouwen in dierentuinen en attractieparken. Ook voor publiek toegankelijke voer- en vaartuigen zijn publieke binnenruimten, zoals treinen, veerponten, vliegtuigen en luchtballonnen. Voertuigen die voor privégebruik worden gebruikt vallen buiten de definitie, omdat deze niet voor het publiek openstaan. Gebouwen en plaatsen als bedoeld in artikel 6, tweede lid, van de Grondwet zijn van het begrip publieke plaats uitgezonderd in artikel 58a, eerste lid, Wpg.

Voor de begripsbepalingen van instelling voor beroepsonderwijs en instelling voor hoger onderwijs is aangesloten bij de desbetreffende sectorwetgeving. Voor het hoger beroeps- en universitair onderwijs is dit de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek en voor het beroepsonderwijs de Wet educatie en beroepsonderwijs.

Onderdeel B

Dit onderdeel voegt een hoofdstuk toe aan de Trm op grond waarvan een mondkapjesplicht geldt in publieke binnenruimten, uitgezonderd bepaalde personen of locaties.

[7] Kamerstukken II 2020/21, 35 807, nr.3.

Op grond van artikel 2a.1 geldt in de eerste plaats een plicht tot het dragen van een mondkapje in publieke binnenruimten. Deze verplichting geldt voor personen vanaf dertien jaar. Personen tot en met twaalf jaar zijn niet verplicht een mondkapje te dragen in de in artikel 2.a.1, eerste lid, genoemde plaatsen.

De verplichting om mondkapjes in het openbaar vervoer en anders bedrijfsmatig personenvervoer te dragen, wordt specifiek geregeld in artikel 6.6. Dit volgt uit het feit dat in artikel 2a.1, tweede lid, is bepaald dat het eerste lid van dat artikel niet geldt voor situaties als bedoeld in artikel 6.6, eerste lid. Zo wordt dubbeling voorkomen.

Van 22 tot en met 24 november 2021 is het mogelijk om in een aantal gemeenten[8] te stemmen tijdens de herindelingsverkiezingen. De maatregelen met betrekking tot de hygiëne en het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen die specifiek nodig zijn voor verkiezingen, zijn primair geregeld in de Tijdelijke wet verkiezingen covid-19. Artikel 9, vierde lid, van die wet voorziet in een grondslag om persoonlijke beschermingsmiddelen voor te schrijven in stemlokalen en op andere locaties die gebruikt worden voor de organisatie en uitvoering van de verkiezingen. In lijn met de landelijke maatregelen, zal een mondkapjesplicht worden opgenomen in de Tijdelijke regeling verkiezingen covid-19 waarbij het toezicht op de naleving van deze plicht ligt bij de leden van het stembureau, gemeentelijk stembureau (voor vervroegd stemmen), hoofdstembureau en centraal stembureau. Om te voorkomen dat er een dubbele verplichting ontstaat op het dragen van een mondkapje, worden personen in door het college van burgemeester en wethouders aangewezen stemlokalen of andere locaties die worden gebruikt ten behoeve van de uitvoering van een verkiezing als bedoeld in de Kieswet dan wel de Tijdelijke wet verkiezingen covid-19 uitgezonderd in deze regeling.

Ook in instellingen voor beroepsonderwijs en instellingen voor hoger onderwijs is iedereen verplicht tot het dragen van een mondkapje in de onderwijsinstelling en in binnenruimten waar door of namens onderwijsinstellingen een onderwijsactiviteit wordt georganiseerd (artikel 2a.2). Hierop zijn vier uitzonderingen geformuleerd: geen mondkapje hoeft te worden gedragen door leerlingen, studenten en personeel op het moment dat zij op een vaste zit- of staanplaats deelnemen aan een onderwijsactiviteit dan wel deze verzorgen op een vaste zit- of staanplaats of indien het gaat om een onderwijsactiviteit waarbij het dragen van een mondkapje een belemmering vormt. Van een belemmering kan in ieder geval sprake zijn bij lichamelijke opvoeding, zang, toneel en dans. Daarnaast kan dit ook aan de orde zijn bij bepaalde vormen van praktijkonderwijs. In onderwijsinstellingen geldt geen leeftijdsgrens van dertien jaar en ouder voor het verplicht dragen van een mondkapje. Tot slot hoeft er geen mondkapje gedragen te worden tijdens het nuttigen van etenswaren en dranken, voor zover de persoon een vaste zit- of staanplaats inneemt.

Op grond van artikel 2a.3 geldt een mondkapjesplicht bij de uitoefening van een contactberoep. Een contactberoep is een beroep waar de aard van het beroep het niet mogelijk maakt om anderhalve meter afstand in acht te nemen tot de klant of patiënt (artikel 1.1). Hierdoor kan het virus gemakkelijker worden overgedragen. Daarom geldt de verplichting tot het dragen van een mondkapje. Deze verplichting geldt voor zowel de beoefenaar van het contactberoep als de klant of patiënt. Hoewel zorgverleners een contactberoep uitoefenen, zijn zij op grond van deze regeling vrijgesteld een mondkapje te dragen in zorglocaties (artikel 2a.7). In zorglocaties kunnen wel regels omtrent mondkapjes gelden op grond van de regels die de zorgaanbieder voorschrijft in de zorglocatie. De mondkapjesplicht voor contactberoepen en hun klanten en patiënten geldt niet in woningen (artikel 58j, eerste lid, onder a, tweede zin, Wpg).

Op grond van het tweede lid hoeven verder kinderen tot en met twaalf jaar ook in deze gevallen geen mondkapje te dragen (onderdeel a). Verder is bepaald dat een sekswerker en diens klant geen mondkapje hoeven te dragen tijdens het klantcontact (onderdeel b), omdat dit praktisch niet werkbaar is. Tot slot wordt een uitzondering gemaakt voor klanten of patiënten waarvoor het praktisch niet mogelijk is een mondkapje te dragen tijdens de uitoefening van het contactberoep, omdat zij een behandeling krijgen aan hun gezicht (onderdeel c). Deze uitzondering geldt alleen voor zover een mondkapje de uitoefening van het contactberoep op een gepaste wijze in de weg staat.

Artikel 2a.4 zondert personen uit die vanwege een beperking of ziekte geen mondkapje kunnen dragen, opzetten of daarvan ernstig ontregeld kunnen raken. Voorbeelden zijn personen die een verminderde arm-of handfunctie hebben en daardoor geen mondkapje op kunnen zetten, personen van wie de ademhaling te veel belemmerd wordt vanwege een longaandoening en personen met zintuigelijke beperkingen die gebarentaal spreken. Ook kan gedacht worden aan personen die vanwege een verstandelijke beperking of psychische aandoening ontregeld raken als zijzelf een

[8] Uden en Landerd (wordt: Maashorst), Boxmeer, Cuijk, Grave, Mill en Sint Hubert en Sint Anthonis (wordt: Land van Cuijk), Heerhugowaard en Langedijk (wordt: Dijk en Waard), en Purmerend en Beemster (wordt: Purmerend).

mondkapje dragen. Bij deze laatste groep is het ook mogelijk dat zij ontregeld raken als hun begeleider een mondkapje draagt. In dat geval hoeft ook de begeleider geen mondkapje te dragen. Hetzelfde geldt voor personen die samen zijn met iemand die afhankelijk is van non-verbale visuele signalen, bijvoorbeeld iemand die afhankelijk is van liplezen. Ook deze personen hoeven geen mondkapje te dragen. Personen die zich beroepen op een van de uitzonderingen zullen de beperking of ziekte desgevraagd op enigerlei wijze aannemelijk moeten maken (of hun begeleider indien zij daartoe niet in staat zijn, bijvoorbeeld vanwege een verstandelijke beperking).

Personen die een sport beoefenen zijn ook uitgezonderd van het dragen van een mondkapje (artikel 2a.5, onder a), voor zover het dragen daarvan een belemmering vormt voor het goed kunnen uitoefenen van de sport. Deze uitzondering geldt ook voor recreatief zwemmen en wellness- en saunabezoek (artikel 2a.5, onder b). Hierbij gaat het om het gebruik van stoomcabines, stortbaden en hamams en soortgelijke faciliteiten die zich niet redelijkerwijs laten combineren met het gebruik van een mondkapje, niet om bijvoorbeeld verplaatsingen en verblijf in een kleedkamer, waaraan een mondkapje niet in de weg staat. Ook is er een uitzondering voor personen die podiumkunsten beoefenen of acteren (artikel 2a.5, onder c). Onder 'podiumkunsten' valt onder andere toneel, dans, muziek(theater), cabaret en musical. Onder 'muziek' valt zowel de beoefening van instrumenten, indien het dragen van een mondkapje daarbij belemmerend werkt, als zang. Met 'acteren' wordt bedoeld het uitbeelden van een rol in een cinematografische setting, zoals films en televisieseries. Deze uitzondering geldt alleen voor zover een mondkapje de personen belemmert in de beoefening van podiumkunsten. Personen zijn ook uitgezonderd op het moment dat zij poseren voor beeldende kunst, voor zover het gaat om het op beeld vastleggen van personen (artikel 2a.5, onder d). Dit betreft bijvoorbeeld iemand die poseert voor een fotografisch kunstwerk. Tot slot zijn personen uitgezonderd die deelnemen aan de opname van media-aanbod in de zin van de Mediawet 2008 (artikel 2a.5, onder e). Het gaat dan om elektronische producten met beeld- of geluidsinhoud die bestemd zijn voor afname door het algemene publiek of een deel ervan. Dit begrip omvat zowel radio en televisieprogramma's die worden verzorgd door de omroepen als programmering van mediadiensten op aanvraag (online videocontent). Met 'deelnemen' wordt gedoeld op personen die feitelijk in beeld of op geluid komen, met uitzondering van publiek. Hierbij kan gedacht worden aan presentatoren, kandidaten, deskundigen, juryleden en figuranten. De uitzondering geldt niet voor personen die achter de schermen meehelpen aan de opname, zoals een cameraman, geluidsman of regisseur. Verder geldt de uitzondering alleen gedurende de opname. Volledigheidshalve wordt vermeld dat de mondkapjesplicht van artikel 2a.1 niet geldt bij de opname van media-aanbod in besloten ruimten, maar alleen in publieke binnenruimten.

Op grond van artikel 2a.7 zijn ook personen uitgezonderd die zich bevinden in een zorglocatie. De zorglocatie zelf kan namelijk het beste beoordelen of en zo ja welke beschermingsmiddelen passend zijn. In zorglocaties, zoals ziekenhuizen, verpleeghuizen en tandartsenpraktijken geldt het beleid van de betreffende zorglocatie. Zorgaanbieders zijn op basis van andere wetten, zoals de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, verplicht om maatregelen te treffen waaronder goede en veilige zorg geboden kan worden. Ook als werkgever zijn zij op basis van de Arbeidsomstandighedenwet verplicht om goede bescherming te bieden aan hun werknemers. De invulling van die verantwoordelijkheden zijn uitgewerkt in richtlijnen. Op grond van deze verantwoordelijkheden en de zeggenschap over de zorglocatie, kan de zorgaanbieder het dragen van mondkapjes of andere beschermingsmiddelen voorschrijven in de zorglocatie. Gelet hierop moeten zorgverleners, patiënten en bezoekers de aanwijzingen van de beheerder van de zorglocatie over het gebruik van mondkapjes of andere persoonlijke beschermingsmiddelen opvolgen.

Daarnaast zijn personen uitgezonderd die gevraagd worden zich te identificeren op grond van een wettelijke bepaling (artikel 2a.6). Een mondkapjesplicht maakt het moeilijker om vast te stellen of de persoon die het mondkapje draagt dezelfde is als de persoon die op een identiteitsbewijs is weergeven. Deze controle kan bijvoorbeeld plaatsvinden door de politie of nodig zijn bij aankoop van leeftijdsgebonden producten, zoals tabak of alcoholhoudende drank. Om de vaststelling van de identiteit niet onmogelijk of erg lastig te maken, bepaalt artikel 2a.6 dat deze personen uitgezonderd zijn van de plicht tot het dragen van een mondkapje wanneer hun gevraagd wordt het mondkapje af te zetten op het moment dat zij zich moeten identificeren. Dit betekent dat de betrokken persoon direct na de vaststelling van de identiteit het mondkapje weer moet dragen.

Verder regelt artikel 2a.8 dat een mondkapje ook niet gedragen hoeft te worden als dit de goede en veilige uitoefening van werkzaamheden in het kader van beroep of bedrijf onmogelijk maakt. Wanneer uit arbeidsomstandighedenwetgeving en de daarin vervatte arbeidshygiënische strategie (artikel 3 Arbeidsomstandighedenwet) onomwonden volgt dat een mondkapje geen veilig en passend beschermingsmiddel is, moet het mogelijk zijn andere beschermingsmiddelen te gebruiken, zoals een spatscherm. In die gevallen kan een beroep worden gedaan op artikel 2a.8.

Tot slot regelt artikel 2a.9 dat personen geen mondkapje hoeven te dragen in locaties waar CTB's

worden toegepast. De mondkapjesplicht geldt wel in locaties, of delen van locaties, waar uitsluitend sprake is van verkoop, aflevering of verstrekking van etenswaren of dranken voor gebruik anders dan in de eet- en drinkgelegenheid (afhaal).

Onderdeel C

Voor eet- en drinkgelegenheden bij sportaccommodaties geldt dat personen vanaf 18 jaar een CTB moeten tonen. Dit sluit aan bij de CTB plicht voor toegang tot de sportlocatie zelf.

Beheerders van eet- en drinkgelegenheden zijn ook verplicht een CTB te vragen aan publiek op de bij een eet- en drinkgelegenheid behorende terrassen in de buitenlucht die aan de bovenzijde of aan drie zijden open is. Deze uitbreiding van het gebruik van coronatoegangsbewijzen wordt bereikt doordat het vijfde lid van artikel 4.2 vervalt.

Onderdeel D

De inzet van CTB's wordt uitgebreid naar de beoefening van kunst en cultuur. Daarom is aan het eerste lid van artikel 4.3, op grond waarvan locaties voor de vertoning van kunst en cultuur slechts opengesteld mogen worden voor publiek met de inzet van CTB's, toegevoegd 'of de beoefening'.

Daarnaast zijn in een locatie voor de vertoning van kunst en cultuur personen tot en met twaalf jaar uitgezonderd van de inzet van CTB's, terwijl in een locatie voor de beoefening van kunst en cultuur personen tot en met zeventien jaar uitgezonderd zijn van de inzet van CTB's. Dit verschil is tot uiting gebracht in het tweede lid.

De uitzondering op de inzet van CTB's in doorstroomlocaties voor kunst en cultuur vervalt. In het derde lid is deze uitzondering verwijderd. In het derde lid is een uitzondering toegevoegd voor de beoefening van kunst en cultuur in het kader van onderwijsactiviteiten.

Onderdeel E

De inzet van CTB's wordt uitgebreid naar de beoefening van sport in publieke binnenruimten. Daarom is een artikel toegevoegd op grond waarvan de publieke binnenruimten van locaties voor de beoefening van sport slechts opengesteld mogen worden voor publiek als het publiek alleen toegelaten wordt met een geldig CTB. Alleen publiek als bedoeld in artikel 1.1 hoeft een CTB te tonen. Publiek zijn personen die ergens aanwezig zijn, met uitzondering van de daar al dan niet tegen betaling werkzame personen. Topsporters[9], vrijwilligers, arbitrage en trainers vallen bijvoorbeeld niet onder het begrip publiek en hoeven geen CTB te tonen. Het gaat hier om een voorwaarde voor de openstelling van een publieke plaats als bedoeld in artikel 58a, eerste lid, Wpg. Enerzijds betekent dit, kort gezegd, dat niet in een handomdraai een locatie voor sportbeoefening kan worden omgezet van een publieke in een besloten plaats, waar de CTB-plicht niet geldt. Anderzijds betekent dit dat voor toegang tot werkelijk besloten sportlocaties, zoals bijvoorbeeld voor gedetineerden in de penitentiaire inrichting waarin zij verblijven, geen CTB-plicht geldt op grond van deze regeling.

Een uitzondering op de inzet van CTB's geldt ten aanzien van personen tot en met zeventien jaar en sport in het kader van onderwijsactiviteiten (tweede en vierde lid).

Onderdeel F

De inzet van CTB's wordt eveneens uitgebreid ten aanzien van evenementen.

Personen tot en met twaalf jaar zijn uitgezonderd van de inzet van CTB's en kunnen dus deelnemer zijn aan een evenement zonder een CTB te tonen. Ten aanzien van sportwedstrijden van andere sporters dan topsporters geldt dat personen tot en met zeventien jaar zijn uitgezonderd van de inzet van CTB's en dus deelnemer kunnen zijn aan een sportwedstrijd zonder een CTB te tonen. Ter verduidelijking van het begrip deelnemer in dit verband; bij sportwedstrijden zijn de amateursporters die de wedstrijd spelen en degenen die de wedstrijd aanschouwen deelnemer. Niet deelnemer zijn de al dan niet tegen betaling werkzame personen, zoals de professionele sporter.

Doorstroomevenementen, evenals sportwedstrijden van amateurs in publieke binnenruimten zijn niet langer uitgezonderd. Deze uitzonderingen staan om die reden niet langer (in deze vorm) in artikel 5.2, derde lid. Wel is een uitzondering opgenomen voor georganiseerde jeugdactiviteiten, zoals de

[9] Topsporters vallen, zoals in paragraaf 3 is toegelicht, daarnaast onder de uitzondering uit artikel 58ra, achtste lid, Wpg.

sinterklaasintochten en is de uitzondering voor sportwedstrijden van amateurs ingeperkt tot sportwedstrijden buiten.

Bij sportwedstrijden van amateurs (niet-topsporters) geldt de verplichte kaartverkoop niet. Dit is geregeld in het vierde lid.

Onderdeel G

De mondkapjesplicht geldt weer op de gehele luchthaven, met uitzondering van besloten plaatsen. Daarom vervalt de zinsnede 'vanaf de securitycheck'. Ook gaat de mondkapjesplicht weer gelden op stations (zowel binnen als buiten), halteplaatsen, of andere bij het openbaar vervoer behorende voorzieningen en de daarbij behorende perrons, trappen tunnels en liften.

Artikel II Inwerkingtreding

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 10 november 2021. De bepalingen over onder meer de mondkapjesplicht en de verbreding van de inzet van het CTB dienen gezien de epidemiologische situatie echter zo spoedig mogelijk in werking te treden. De inwerkingtreding van deze regeling is vastgesteld op 6 november 2021, zodat de betreffende ondernemingen zich kunnen voorbereiden op de nieuwe maatregelen. Vanwege de vereiste spoed wordt daarbij afgeweken van de zogeheten vaste verandermomenten en de minimuminvoeringstermijn van drie maanden. De regeling wordt binnen twee dagen na vaststelling aan beide Kamers der Staten-Generaal overgelegd. De regeling vervalt van rechtswege indien de Tweede Kamer binnen een week na de toezending besluit niet in te stemmen met de regeling. De Tweede Kamer heeft op 3 november 2021 gedebatteerd over een eerdere regeling met vergelijkbare strekking[10] en de toezegging die in dat debat is gedaan ten aanzien van de buitensport, krijgt in deze regeling gestalte.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
mede namens de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,
H.M. de Jonge

[10] Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, van 2 november 2021, kenmerk 3256465-1015357-WJZ.

Productie 8

STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 47013
12 november 2021

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, van 12 november 2021, kenmerk 3282720-1019939-WJZ, houdende wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met een verplichte sluitingstijd voor winkels, eet- en drinkgelegenheden en andere locaties, een gedeeltelijk evenementenverbod en enkele andere regels

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,

Handelende in overeenstemming met de Ministers van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en van Economische Zaken en Klimaat en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;

Handelende in overeenstemming met het gevoelen van de ministerraad;

Gelet op de artikelen 58e, eerste lid, 58g, eerste lid, 58h, eerste lid, 58i en 58q, eerste lid, van de Wet publieke gezondheid;

Besluit:

ARTIKEL I

De Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 1.1 wordt in de alfabetische volgorde een begripsbepaling ingevoegd, luidende:

– *winkel:* publieke plaats waar in overwegende mate goederen plegen te worden verkocht;

B

Voor artikel 4.1 worden twee artikelen ingevoegd, luidende:

Artikel 4.a1 Sluiting winkels tussen 18.00 uur en 06.00 uur

Van 13 november 2021 om 18.00 uur tot en met 4 december 2021 om 06.00 uur worden tussen 18.00 uur en 06.00 uur geen andere winkels voor publiek opengesteld dan:

a. winkels in de levensmiddelenbranche voor mens en dier, mits gesloten voor publiek tussen 20.00 uur en 06.00 uur;
b. winkels in zorg- of welzijnshulpmiddelen, mits gesloten voor publiek tussen 20.00 uur en 06.00 uur;
c. groothandels voor levering ten behoeve van personen in de uitoefening van beroep of bedrijf, mits gesloten voor publiek tussen 20.00 uur en 06.00 uur;
d. drogisterijen, mits gesloten voor publiek tussen 20.00 uur en 06.00 uur;
e. apotheken;
f. tankstations;
g. winkels op luchthavens na de securitycheck;
h. winkels die worden gebruikt ten behoeve van de uitvoering van een verkiezing als bedoeld in de Kieswet dan wel de Tijdelijke wet verkiezingen covid-19, uitsluitend voor die functie.

Artikel 4.a2 Sluiting andere publieke plaatsen tussen 18.00 uur en 06.00 uur

1. Van 13 november 2021 om 18.00 uur tot en met 4 december 2021 om 06.00 uur worden de volgende publieke plaatsen niet tussen 18.00 uur en 06.00 uur voor publiek opengesteld:
   a. pret- en dierenparken;
   b. spellocaties;

c. kinderboerderijen en speeltuinen;
d. locaties voor recreatief vervoer;
e. locaties voor zaalverhuur ten behoeve van recreatie;
f. vervoermiddelen ten behoeve van een recreatieve activiteit;
g. sauna's, zonnestudio's en wellnesscentra;
h. locaties voor niet-medische contactberoepen;
i. locaties voor cursussen en trainingen, met uitzondering van cursussen en trainingen die noodzakelijk zijn voor de uitoefening van beroep, locaties waar opgelegde educatieve maatregelen ter bevordering van de rijvaardigheid of geschiktheid worden ondergaan, locaties waar theorie-examens worden afgenomen die noodzakelijk zijn voor het mogen besturen van een vervoermiddel of voor de uitoefening van het beroep van rijinstructeur, keurmeester voor de periodieke keuring van motorrijtuigen, tachograaftechnicus of LPG-technicus, locaties waar theoretische nascholingscursussen als bedoeld in artikel 156r van het Reglement rijbewijzen plaatsvinden of locaties waar theoretische bijscholing als bedoeld in artikel 12b, eerste lid, van de Wet rijonderricht motorrijtuigen 1993 plaatsvinden.

2. Het eerste lid, onder e en i, geldt niet voor locaties die worden gebruikt ten behoeve van de uitvoering van een verkiezing als bedoeld in de Kieswet dan wel de Tijdelijke wet verkiezingen covid-19, uitsluitend voor die functie.

C

Artikel 4.2 wordt als volgt gewijzigd:

1. Aan het eerste lid wordt, onder vervanging van de punt aan het slot door een puntkomma, een onderdeel toegevoegd, luidende:

c. het publiek wordt geplaceerd.

2. In het zesde lid wordt 'tweede lid' vervangen door 'eerste lid, aanhef en onder c, en tweede lid'.

3. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:

7. In afwijking van het tweede lid wordt van 13 november 2021 om 18.00 uur tot en met 4 december 2021 om 06.00 uur in het tweede lid in plaats van '00.00 uur' gelezen '20.00 uur'.

D

Artikel 4.3 wordt als volgt gewijzigd:

1. Aan het eerste lid worden, onder vervanging van de punt aan het slot door een puntkomma, twee onderdelen toegevoegd, luidende:

c. van 13 november 2021 om 18.00 uur tot en met 4 december 2021 om 06.00 uur het publiek wordt geplaceerd in een locatie voor de vertoning van kunst en cultuur, met uitzondering van publiek in doorstroomlocaties;
d. van 13 november 2021 om 18.00 uur tot en met 4 december 2021 om 06.00 uur niet meer dan 1.250 personen als publiek per zelfstandige ruimte worden toegelaten in een locatie voor de vertoning van kunst en cultuur.

2. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:

4. Het eerste lid, aanhef en onder c, geldt niet voor een locatie voor de vertoning of de beoefening van kunst en cultuur die wordt gebruikt ten behoeve van de uitvoering van een verkiezing als bedoeld in de Kieswet dan wel de Tijdelijke wet verkiezingen covid-19.

E

Artikel 5.1 wordt als volgt gewijzigd:

1. Aan het eerste lid worden, onder vervanging van de punt aan het slot door een puntkomma, twee onderdelen toegevoegd, luidende:

g. van 13 november 2021 om 18.00 uur tot en met 4 december 2021 om 06.00 uur bij sportwedstrijden geen toeschouwers worden toegelaten;
h. van 13 november 2021 om 18.00 uur tot en met 4 december 2021 om 06.00 uur een evenement

niet wordt georganiseerd tussen 18.00 uur en 06.00 uur.

2. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:

4. Het eerste lid, aanhef en onder h, geldt niet voor sportwedstrijden zonder toeschouwers, de vertoning van kunst en cultuur en uitvaarten.

F

Aan artikel 5.2, tweede lid, worden, onder vervanging van de punt aan het slot door een puntkomma, twee onderdelen toegevoegd, luidende:

f. van 13 november 2021 om 18.00 uur tot en met 4 december 2021 om 06.00 uur deelnemers worden geplaceerd, met uitzondering van deelnemers bij evenementen waarbij sprake is van doorstroom van deelnemers;
g. van 13 november 2021 om 18.00 uur tot en met 4 december 2021 om 06.00 uur ten hoogste 1250 deelnemers worden toegelaten, met uitzondering van deelnemers bij evenementen waarbij sprake is van doorstroom van deelnemers.

G

Na paragraaf 6.3 wordt een paragraaf ingevoegd, luidende:

§ 6.5. Onderwijs

Artikel 6.10 Onderwijsactiviteiten

1. Van 13 november 2021 om 18.00 uur tot en met 4 december 2021 om 06.00 uur dragen instellingen voor beroepsonderwijs en instellingen voor hoger onderwijs er zorg voor dat per zelfstandige ruimte niet meer dan vijfenzeventig personen als publiek deelnemen aan een onderwijsactiviteit.

2. Het eerste lid geldt niet ten aanzien van ruimten waar een examen, tentamen of toets wordt afgelegd.

ARTIKEL II

Deze regeling treedt in werking op 13 november 2021 om 18.00 uur.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

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

De Minister van Justitie en Veiligheid,
F.B.J. Grapperhaus

De Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,
K.H. Ollongren

TOELICHTING

1. Algemeen

Strekking

Deze regeling wijzigt de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 (Trm). Deze regeling is gebaseerd op de ingevolge de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 geldende bepalingen van de Wet publieke gezondheid (Wpg).

Pijlers van de bestrijding van de epidemie

Vanwege het virus geldt over de periode van ruim anderhalf jaar reeds ingrijpende maatregelen, die zijn gebaseerd op drie pijlers:
– een acceptabele belasting van de zorg – ziekenhuizen moeten kwalitatief goede zorg kunnen leveren aan zowel covid-19-patiënten als aan patiënten binnen de reguliere zorg;
– het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving;
– het zicht houden op en het inzicht hebben in de verspreiding van het virus.

Deze pijlers zijn ook voor de maatregelen van deze regeling uitgangspunt. Daarnaast geldt als uitgangspunt het sociaal-maatschappelijk perspectief gericht op het beperken van economische en maatschappelijke schade op korte termijn, aandacht voor structurele maatschappelijke en economische schade en het voorkomen dat de lasten onevenredig neerslaan bij bepaalde groepen, zoals ook beschreven bij de invoering van de maatregelen op 9 juli 2021[1], de verlenging op 13 augustus 2021 en de wijziging van de regeling per 25 september 2021.[2]

2. Epidemiologische situatie

Het Outbreak Management Team (OMT) heeft naar aanleiding van de 129e bijeenkomst geadviseerd over het algemene beeld van de epidemiologische situatie, de ontwikkeling van het reproductiegetal en de verwachting voor de komende weken, ook ten aanzien van de verwachte ziekenhuis- en intensivecare- (IC-)bezetting en mede gelet op de ontwikkeling van de vaccinatiegraad en de verwachtingen ten aanzien van de verschillende virusvarianten. Aan dat advies wordt het volgende ontleend.

In de afgelopen zeven kalenderdagen (2 tot 9 november 2021) is het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positieve personen gestegen met 42% in vergelijking met de zeven dagen ervoor. In de afgelopen zeven kalenderdagen werden landelijk 439 personen per 100.000 inwoners gemeld met een positieve test voor SARS-CoV-2, vergeleken met 313 per 100.000 inwoners in de week daarvoor.

Het aantal meldingen nam toe in alle regio's, maar er is wel een grote regionale variatie in het aantal positieve testen, van 251 tot 687 per 100.000 inwoners. De regio's met het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners (≥500) betroffen Limburg-Zuid, Zuid-Holland Zuid, Limburg-Noord, Hollands Midden, Gelderland-Midden en Zeeland. Het aantal meldingen nam in alle leeftijdsgroepen verder toe in de afgelopen week en varieerde van 323 tot 503 per 100.000 inwoners. Het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners (net boven 500) betrof de leeftijdsgroepen 25 tot en met 29 en 30 tot en met 39 jaar en was 400 tot 500 in de leeftijdsgroepen 0 tot en met 12, 18 tot en met 24 en 40 tot en met 49 jaar. In de leeftijdsgroepen 13 tot en met 17 jaar en vanaf 50 jaar lag het aantal meldingen tussen de 300 en 400 per 100.000 inwoners. Het aantal meldingen vanuit verpleeghuizen en woonzorgcentra nam maar licht toe (een stijging van 4%) in de afgelopen week ten opzichte van de week ervoor. Het aantal meldingen in de thuiswonende bevolking vanaf 70 jaar nam met 35% toe.

Het aantal testen bij de GGD-testlocaties laat een geleidelijke stijging zien in de afgelopen weken, over de laatste zeven dagen met complete data (1 tot 8 november 2021) 45% hoger ten opzichte van de week ervoor. Het bijbehorende percentage positieve testen in de GGD-teststraten was 17,2% gemiddeld in de afgelopen zeven kalenderdagen, gelijk aan de week ervoor. Het is van belang te beseffen dat het aantal bij de GGD geteste personen momenteel een mix is van personen mét en personen zónder klachten, al dan niet naar aanleiding van een nauw contact getest (in het kader van bron- en contactonderzoek), en al dan niet getest naar aanleiding van een tevoren positief bevonden zelftest (de zogenaamde confirmatietesten). Na exclusie van confirmatietesten was 10,7% van alle testen positief in de afgelopen zeven dagen, vergeleken met 10,3% de week ervoor.

[1] Stcrt. 2021, 35720.
[2] Stcrt. 2021, 38789.

Hoeveel zelftesten thuis uitgevoerd worden, is onbekend. Bij deelnemers aan Infectieradar met covid-19-achtige klachten gaf ongeveer 60% van de deelnemers in de laatste weken aan dat men een test uitvoert of laat uitvoeren, in de laatste week was dat ruim 65%. In de meest recente week nam het aandeel van hen dat zich laat testen bij de GGD licht toe. Ongeveer 45% gebruikte alleen een zelftest, bijna 40% liet zich testen bij de GGD en ongeveer 15% deed beide, al dan niet naar aanleiding van een positieve zelftest. Van alle personen die zich in de afgelopen week lieten testen bij de GGD, was dat bij 9% naar aanleiding van een positieve zelftest; 87% van de positieve zelftesten werd bevestigd positief bij de GGD-bemonstering. Positieve confirmatietesten van zelftesten bedroegen 43% van alle positieve testen bij de GGD. Bij personen getest in het kader van het coronatoegangsbewijs (CTB) was het percentage positieve testen 0,7% in de afgelopen kalenderweek, vergeleken met 0,5% in de week ervoor en 0,3% in de week daarvoor. De geschatte opkomst voor ten minste één vaccinatie bedroeg tot en met 7 november 2021 87,9% voor de volwassen bevolking en 84,4% had de volledige vaccinatieserie afgerond. Voor de bevolking vanaf 12 jaar is dit respectievelijk 86,0% en 82,5%. Voor de leeftijdsgroepen van jonger dan 40 jaar ligt de vaccinatiegraad op dit moment over het geheel genomen nog onder de 75%. De instroom en bezetting op verpleegafdelingen en IC in de ziekenhuizen nam toe. In de afgelopen kalenderweek werden 1.172 opnames in het ziekenhuis geregistreerd, waarvan 205 op de IC, vergeleken met respectievelijk 965 en 146 de week daarvoor (bron: stichting NICE). In twee weken tijd is het aantal opnames bijna verdubbeld, de aantallen waren een week eerder nog 671 en 118.
Op 10 november 2021 was de bedbezetting 1.647: 1.320 in de kliniek en 327 op de IC. De oversterfte neemt recent toe en lag in de periode 21 tot en met 27 oktober 2021 op ongeveer 250 boven de bandbreedte van de verwachte aantallen. De sterfte was verhoogd in alle leeftijdsgroepen vanaf 55 jaar.

Reproductiegetal en prognose ziekenhuis- en IC-opnames

De meest recente schatting van het reproductiegetal Rt, zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is voor 25 oktober 2021 op basis van Osiris gemiddeld 1,19 (95%-interval 1,16-1,21) besmettingen per geval. De schatting op basis van het aantal nieuwe ziekenhuisopnames per dag kent een aanzienlijk grotere onzekerheid, omdat ze berekend wordt op veel geringere aantallen, maar deze waarde is voor 23 oktober 2021 vrijwel gelijk: 1,17 (95%-interval 0,98-1,37). Bijna alle infecties in Nederland worden momenteel veroorzaakt door de deltavariant.

Op basis van de recente toename in meldingen wordt (in het zogenaamde regressiemodel) een toename van het aantal ziekenhuis- en IC-opnames verwacht voor de komende week, tot maximaal circa 300 ziekenhuisopnames per dag, en 50 tot 60 IC-opnames per dag. Dit model kan slechts ongeveer een week 'vooruitkijken' en deze statistische prognose neigt tot een overschatting van het aantal opnames in de komende week.

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

Het OMT kreeg vier scenario's gepresenteerd, met verschillende percentages van het aantal contacten dat mensen in hun vrije tijd met elkaar maken zonder anderhalve meter afstand te houden of zonder CTB. Voor elk van deze scenario's bestrijkt de onzekerheidsmarge een brede range aan mogelijke waarden; zowel waarden die vallen binnen de beschikbare capaciteit als waarden die uitgaan boven de beschikbare zorgcapaciteit. Deze transmissiemodelprognose geeft een optimistisch beeld in de zin dat de vaccineffectiviteit tegen transmissie als constant wordt verondersteld, terwijl er ook aanwijzingen zijn dat deze kan dalen in de loop van de tijd, en in de zin dat vaccinatiegraad binnen leeftijdsgroepen homogeen wordt verondersteld, terwijl in werkelijkheid de vaccinatiegraad sterk kan variëren tussen gemeentes. Hierdoor kan de piekbelasting van de zorg op een te vroeg tijdstip en voor een te lage waarde uitkomen in de prognose. Deze prognose op basis van het transmissiemodel neigt momenteel dus tot een onderschatting van het aantal opnames in de komende weken. Hiermee wordt aangegeven dat de onzekerheidsmarges in de prognoses aanzienlijk zijn en dat voorzichtigheid is geboden in de interpretatie daarvan.

Om mobiliteit in Nederland te monitoren, kan geen gebruik gemaakt worden van Europese telecomdata. Verschillende andere indicatoren voor mobiliteit in Nederland geven informatie tot en met 6 november 2021 (Google community mobility reports), 7 november 2021 (mobiliteitsbeeld op basis van het Nationaal Dataportaal Wegverkeer, Translink, Eurocontrol), of 8 november 2021 (Apple

mobility trends). De laatste indicator toont een bescheiden daling van het aantal aangevraagde routes na 6 november 2021.

Uitgaande van een geleidelijke afname van bescherming tegen infectie na vaccinatie, komen we op een orde van grootte van anderhalf miljoen mensen van 12 jaar en ouder die in november 2021 niet beschermd zijn tegen een infectie die kan resulteren in ziekenhuisopname. Deze groep omvat zowel niet gevaccineerden die geen infectie hebben doorgemaakt, als gevaccineerden waarbij het vaccin niet werkt; deze groep omvat echter niet de mensen die eerder gevaccineerd zijn en nu nog wel een infectie kunnen krijgen met mild verloop waarbij geen ziekenhuisopname nodig is. Dit aantal kan veranderen bij een nieuwe berekening, als er nieuwe informatie is over de effectiviteit van vaccins tegen infectie en tegen ziekenhuisopname. Het aantal zal in de komende maanden gaan dalen door extra vaccinatie en door infecties, maar kan ook weer toenemen door afname van bescherming tegen infectie en ziekenhuisopname.

De orde van grootte van nog cumulatief te verwachten aantallen ziekenhuisopnames en IC-opnames is geschat op basis van informatie die nu (november 2021) beschikbaar is over de vaccineffectiviteit tegen infectie en tegen ziekenhuisopname en IC-opname en bij de huidige vaccinatiegraad en infectiehistorie. Uitgaande van een geleidelijke afname van bescherming tegen infectie na vaccinatie, betreft het een orde van 15.000 à 20.000 ziekenhuisopnames onder mensen van 12 jaar en ouder, waaronder 3.000 tot 4.000 IC-opnames.

Uitgaande van een geleidelijke afname van bescherming tegen infectie na vaccinatie en na herinfectie, en van afname van bescherming tegen ziekenhuisopname, betreft het een vergelijkbare orde van grootte: 20.000 à 25.000 ziekenhuisopnames onder mensen van 12 jaar en ouder, waaronder 4.000 tot 5.000 IC-opnames. Bovenstaande getallen zijn cumulatieve aantallen die de omvang aangeven van de totaal nog te verwachten ziekenhuis- en IC-opnames in de toekomst. Deze opnames hoeven zich niet noodzakelijk te presenteren tijdens deze golf, maar kunnen ook later plaatsvinden.

3. Hoofdlijnen van deze regeling

Sluitingstijden

Voor niet-essentiële detailhandel komt er een verplichte sluitingstijd. Niet-essentiële winkels dienen tussen 18.00 uur en 06.00 uur gesloten te zijn. Dit in aansluiting op het advies van het OMT hierover en het belang om contactmomenten zoveel mogelijk te beperken. Voor essentiële detailhandel is een uitzondering gemaakt in die zin dat deze winkels deels tot 20.00 uur open mogen blijven en dat daar deels geen sluitingstijden voor zijn voorgeschreven. Voor winkels in de levensmiddelenbranche voor mens en dier, drogisterijen, winkels in zorg- en welzijnshulpmiddelen en groothandels geldt dat zij vanaf 20.00 uur gesloten dienen te zijn. Voor apotheken, tankstations en de daarbij behorende winkels, winkels op luchthavens na de securitycheck en winkels die worden gebruikt ten behoeve van de uitvoering van een verkiezing als bedoeld in de Kieswet dan wel de Tijdelijke wet verkiezingen covid-19, gelden geen specifieke sluitingstijden.

Bij winkels in de levensmiddelenbranche voor mens en dier gaat het om winkels die in hoofdzaak levensmiddelen (eten en drinken) voor mensen en dieren verkopen. Gedacht moet worden aan supermarkten en dierenspeciaalzaken. Bij drogisterijen gaat het om winkels die zelfhulpgeneesmiddelen, persoonlijke verzorgingsartikelen (niet zijnde cosmetica en parfums) en schoonmaakmiddelen verkopen. Groothandels zijn winkels waar goederen worden verkocht voor levering ten behoeve van personen in de uitoefening van beroep of bedrijf. Dit is daarbij ook expliciet beperkt tot die functie. Winkels die zowel producten verkopen waarvoor een uitzondering op de sluitingstijden geldt als producten waarvoor dat niet het geval is, kunnen voor die producten waarvoor wél een uitzondering geldt van de ruimere tijden gebruik maken. Daarbij geldt wel dat het deel van de winkel waar deze producten verkocht worden van de rest van de winkel afgescheiden dient te zijn. Dat een winkel niet voor het publiek mag worden opengesteld betekent overigens dat ook afhaal niet is toegestaan. Bezorgen mag wel.

Ook publieke plaatsen waar bepaalde diensten worden verricht, dienen tussen 18.00 uur en 06.00 uur gesloten te zijn. Anders dan bij winkels is er hierbij voor gekozen die plaatsen specifiek te benoemen. Waar dus voor winkels geldt dat zij alleen na 18.00 uur geopend mogen zijn indien zij in de regeling genoemd zijn, geldt voor deze plaatsen dat zij alleen na 18.00 uur voor publiek geopend mogen zijn, indien zij geen onderdeel uitmaken van de opsomming in de regeling. Daarbij wordt opgemerkt dat het alleen om publieke plaatsen gaat. Dit betekent dat het bijvoorbeeld om beheerde kinderboerderijen en speeltuinen dient te gaan. Meer specifiek geldt voor spellocaties dat hier bijvoorbeeld casino's, speel-, arcade- en gamehallen, klimbossen, lasergamehallen en ballenbakken en binnenspeeltuinen onder worden verstaan. Dat locaties voor niet-medische contactberoepen na 18.00 uur

gesloten dienen te zijn, betekent dat niet alleen kappers, visagisten en pedicures, maar ook sekswerkers hun werkzaamheden vanaf 18.00 uur dienen te staken. Onder locaties voor niet-medische contactberoepen wordt in elk geval niet verstaan een locatie van een zorgaanbieder als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, of jeugdhulpaanbieder als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet, of aanbieder als bedoeld in artikel 1.1.1, eerste lid, van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

Bij locaties voor cursussen en trainingen kan bijvoorbeeld gedacht worden aan wijncursussen en kookworkshops. Cursussen en trainingen die benodigd zijn voor de uitoefening van beroep of bedrijf, bijvoorbeeld gericht op vaardigheden en bedrijfsveiligheid kunnen wel na 18.00 uur doorgang vinden.

Voor publieke plaatsen waar zowel diensten worden verricht die een verplichte sluitingstijd kennen als diensten waarvoor dit niet het geval is, geldt dat de ruimere openingstijden kunnen worden gehanteerd voor het deel van de locatie waar diensten worden verricht die niet in de regeling zijn opgesomd. Dit geldt ook voor de samenloop met detailhandel. Van belang is wel dat dit deel van de locatie dan van de rest afgescheiden is. Een fietsenmaker kan dus bijvoorbeeld na 18.00 uur zijn reparatiewerkzaamheden voortzetten, maar dient de fietsenwinkel en de verhuur te sluiten en ook te zorgen dat dit deel van de locatie van de reparatieplaats afgescheiden is.

Ook geldt een sluitingsplicht tussen 20.00 uur en 06.00 uur voor eet- en drinkgelegenheden (met uitzondering van de afhaalfunctie). Om te bepalen of een sluitingstijd van toepassing is in een eet- en drinkgelegenheid waar ook sport wordt beoefend, dient gekeken te worden naar waar de locatie zich hoofdzakelijk tot richt. Indien de locatie in hoofdzaak een eet- en drinkgelegenheid is, dan geldt dat deze (met uitzondering van de afhaalfunctie voor gebruik anders dan in de eet- en drinkgelegenheid) om 20.00 uur gesloten dient te zien. Indien de sportbeoefening (blijft toegestaan) daarentegen centraal staat, hetgeen het geval kan zijn bij een bowlingcentrum, geldt dat dit ook na 20.00 uur is toegestaan. Een kroeg met een dartbord of biljarttafel, waarbij niet de sport, maar het eten en drinken centraal staat, moet dus om 20.00 uur gesloten zijn.

De nieuwe maatregelen hebben ook gevolgen voor de regels die voor sport gelden. Sportbeoefening blijft toegestaan. Bij sportbeoefening op binnensportlocaties is voor personen vanaf achttien jaar al een CTB verplicht. Hier wordt nu aan toegevoegd dat er bij sport geen toeschouwers aanwezig mogen zijn. Ook hier geldt dat dit is om het aantal contactmomenten te beperken. Onder publiek wordt verstaan personen die ergens aanwezig zijn, met uitzondering van de daar al dan niet tegen betaling werkzame personen. Topsporters, vrijwilligers (zoals teambegeleiders en rijouders bij uitwedstrijden), arbitrage en trainers vallen niet onder het begrip publiek. Dit geldt zowel voor de professionele sport als de amateursport en zowel voor de wedstrijden als de trainingen en lessen.

Voor ouders die één of meer kinderen brengen of ophalen, betekent dit niet alleen dat zij een binnenruimte van een sportlocatie uitsluitend mogen betreden als zij beschikken over een CTB. Ook mogen zij (zowel binnen als buiten) niet bij een training, les of wedstrijd blijven kijken.

Er komt een evenementenverbod tussen 18.00 uur en 06.00 uur. Evenementen vóór 18.00 uur kunnen doorgaan, maar moeten om 18.00 uur zijn afgelopen. Van dit verbod zijn uitgezonderd sportwedstrijden die zonder publiek kunnen doorgaan, vertoningen van kunst en cultuur en uitvaarten. Bij vertoningen van kunst en cultuur en bij evenementen die overdag plaats vinden mogen maximaal 1250 personen aanwezig zijn. Bovendien geldt voor locaties waar een CTB gevraagd wordt een placeringsplicht voor publiek. Uitgezonderd van het maximum van 1250 en de placeringsplicht zijn doorstroomevenementen.

Om contactmomenten te reduceren, maar de dagelijkse bezigheden zoveel mogelijk ongemoeid te laten, richten de maatregelen zich hoofdzakelijk op de avonduren. Evenementen zijn daarom tussen 18.00 uur en 06.00 uur niet toegestaan. Uitzonderingen hierop zijn sportwedstrijden (zonder toeschouwers), vertoningen van kunst en cultuur én uitvaarten. Daarnaast geldt voor locaties en evenementen waar toepassing wordt gegeven aan de CTB-plicht een placeringsplicht voor publiek. Voor evenementen geldt verder dat per zelfstandige ruimte maximaal 1.250 deelnemers en bij de vertoning van kunst en cultuur maximaal 1.250 personen als publiek toegelaten mogen worden. Op de hiervoor genoemde placeringsplicht en maximumaantal personen per zelfstandige ruimte geldt een uitzondering voor evenementen waarbij sprake is van doorstroom van deelnemers (zoals kermissen) en doorstroomlocaties (zoals musea).

Gezien de significante waarde van kunst en cultuur in de samenleving is ervoor gekozen om deze vertoningen ook na 18.00 uur toe te staan. Bij kunst en cultuur gaat het naast podiumkunsten, zoals theater, dans en muziek, om beeldende kunst, letteren, film en ontwerp, zoals architectuur en digitale vormgeving. De opsomming van deze sectoren is ontleend aan hoofdstuk 3 van de Regeling op het specifiek cultuurbeleid. Wat betreft het begrip ‘podium’ geldt in dit verband dat het moet gaan om een

voorziening die bestemd of geschikt is voor de presentatie van podiumkunsten, waaronder inbegrepen voorzieningen in scholen, die het naar hun aard mogelijk maken om er podiumkunsten te presenteren. Het gaat verder om kunst en cultuur als culturele uiting en niet om recreatief tijdverdrijf, zoals recreatief dansen in een eet- en drinkgelegenheid. Indien de vertoning van kunst- en cultuur, zoals hierboven omschreven, plaatsvindt in een eet- en drinkgelegenheid dient om te bepalen of een sluitingstijd van toepassing is, gekeken te worden naar waar de locatie zich hoofdzakelijk tot richt. Indien de locatie in hoofdzaak een eet- en drinkgelegenheid is, dan geldt dat deze (met uitzondering van de afhaalfunctie voor gebruik anders dan in de eet- en drinkgelegenheid) om 20.00 uur gesloten dient te zien. Indien de locatie zich hoofdzakelijk richt op de vertoning van kunst en cultuur, geldt dat deze ook na 20.00 uur geopend mag zijn. Voorbeelden hiervan zijn concertzalen, poppodia, theaters, bioscopen, filmhuizen, bioscopen en musea.

In het middelbaar beroepsonderwijs en het hoger onderwijs wordt opnieuw een maximale groepsgrootte geïntroduceerd voor alle zelfstandige ruimten waar onderwijsactiviteiten plaatsvinden, zoals die gold tussen 30 augustus en 25 september 2021. Per zelfstandige ruimte waar een onderwijsactiviteit plaatsvindt (in instellingen voor beroepsonderwijs en hoger onderwijs en daarbuiten), mogen niet meer dan vijfenzeventig studenten daaraan deelnemen. Docenten en begeleiders worden hier niet bij meegerekend. Dit maximum geldt voor alle onderwijsactiviteiten (les, college, werkgroep, praktijkles et cetera). De maximale groepsgrootte geldt niet in gangen en andere ruimtes waar sprake is van doorstroom, omdat dit geen zelfstandige ruimtes zijn waar onderwijsactiviteiten worden verzorgd. Op die locaties geldt wel de mondkapjesplicht. Voor andere ruimten op locaties van onderwijsinstellingen, waar geen onderwijsactiviteiten worden verricht in de zin van de wet (zoals bij eet- en drinkgelegenheden op een campus) is de maximale groepsgrootte niet van toepassing. Daarvoor gelden vanzelfsprekend bijvoorbeeld wel de regels die gelden voor eet- en drinkgelegenheden. Verder geldt de maximale groepsgrootte ook niet in het geval de instelling op dat moment een examen, tentamen of toets afneemt. Examens, tentamens en toetsen zijn namelijk essentieel voor de voortgang van studie, opleiding en educatie.

4. Noodzakelijkheid en evenredigheid

De noodzaak om maatregelen te treffen volgt uit het recht op gezondheidszorg zoals dit voortvloeit uit artikel 22 van de Grondwet. Dit artikel waarborgt dat het kabinet maatregelen treft ter bevordering en bescherming van de volksgezondheid. Dit sociale grondrecht komt overeen met wat in internationale verdragen is bepaald (artikel 12 van het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten, artikel 11 van het Europees Sociaal Handvest, artikel 35 van EU-Handvest). Er is dus een grond- en mensenrechtelijke opdracht voor het kabinet om op te treden ter bescherming van de volksgezondheid.

De maatregelen die het kabinet neemt in de strijd tegen het virus raken aan diverse mensenrechten. Zo wordt het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van betrokkenen beperkt (artikel 10 van de Grondwet en artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM)) alsmede het recht op eigendom geraakt (artikel 1 van het Eerste Protocol bij het EVRM) nu bepaalde ondernemingen de sluitingstijden uit deze regeling tijdelijk dienen te hanteren. Deze grondrechten hebben met elkaar gemeen dat ze niet absoluut zijn. Beperkingen daarop zijn toegestaan indien zij een wettelijke basis hebben en in een democratische samenleving noodzakelijk zijn. De inperking van grondrechten wordt afgewogen tegen de grondwettelijke plicht van de regering om de volksgezondheid te beschermen.

Beperkingen van grondrechten dienen volgens vaste jurisprudentie betreffende het EVRM en andere internationale mensenrechtenverdragen noodzakelijk en proportioneel te zijn. De maatregelen die worden genomen, zijn gebaseerd op het OMT-advies naar aanleiding van de 129e bijeenkomst. Uit dit advies mag het kabinet aannemen dat de maatregelen geschikt zijn. Uit het OMT-advies volgt ook de noodzaak om snel geschikte maatregelen te nemen. Ten overvloede wordt opgemerkt dat het OMT niet per maatregel specifiek kan aantonen wat de bijdrage is aan het verminderen van het aantal besmettingen. Op het vraagstuk van proportionaliteit wordt in het onderstaande ingegaan.

In paragraaf 3 is toegelicht welke onderdelen van de Trm bij de inwerkingtreding van deze wijzigingsregeling aangescherpt worden. Met deze regeling wordt een deel van de maatregelen getroffen die in deze fase noodzakelijk zijn.

OMT-advies

Het OMT maakt zich zorgen over het gegeven dat het aantal infecties snel toeneemt, en dat het aantal ziekenhuis- en IC-opnames verder doorstijgt. Zoals hierboven uitgelegd, sluiten modelleringen van ziekenhuis- en IC-opnames een overbelasting van de zorg, met kans op een té hoge belasting, niet uit.

Vanuit de modelleringen komt naar voren dat er een reductie van ruim 20 tot 25% van de relevante contacten nodig is om de verspreiding van het virus te beheersen en de Rt onder de 1 te laten dalen. De opvolging van de recent ingezette maatregelen lijkt momenteel te beperkt om dit effect te kunnen bewerkstelligen. Daarnaast levert de huidige praktijk van het CTB onvoldoende afdekking van de infectierisico's en zou voor verdere risicoreductie gecombineerd moeten worden met aanvullende maatregelen zoals placering waar dat kan, in combinatie met de veilige afstand van anderhalve meter.

Het OMT is van mening dat er aanvullende maatregelen nodig zijn om transmissie te beperken om daarmee de kans op een overbelasting van de zorg te verkleinen, en te borgen dat kwalitatief goede zorg kan worden geleverd aan zowel covid-19-patiënten als aan patiënten binnen de reguliere zorg. De verspreiding vindt momenteel in alle regio, settings en onder alle leeftijdsgroepen plaats, zodat generieke maatregelen, voorafgaand aan meer specifieke maatregelen (op regio's, sectoren, of groepen) zodra CTB met placering plus de veilige afstand van anderhalve meter wettelijk geregeld zijn, voor de hand liggen.

Het OMT adviseert derhalve om bij de inzet van CTB's ook te placeren, plus een veilige afstand van anderhalve meter toe te passen. Met de huidige opvolging van de basisregels en praktijk van CTB-inzet acht het OMT een dergelijke combinatie van maatregelen gewenst. Mocht het invoeren hiervan enige tijd vergen, dan adviseert het OMT om per direct, en totdat CTB-inzet met placering plus de veilige afstand van anderhalve meter wettelijk geëffectueerd zijn, een aantal maatregelen, hieronder opgesomd, te nemen om het aantal contacten de komende weken drastisch omlaag te brengen om de incidentie van covid-19 te laten dalen en de zorg te ontlasten. Het OMT ontraadt daarbij, in het belang van de ontwikkeling van kinderen en jongeren, nu aanvullende maatregelen te treffen in het primair, voortgezet, middelbaar en hoger onderwijs. Daar gelden al aanvullende maatregelen zoals mondneusmaskers en wekelijks tweemaal testen voor ongevaccineerden. Ook in de essentiële detailhandel en voor contactberoepen vindt het OMT aanvullende maatregelen (nog) niet nodig.

Samenvattend zijn de maatregelen die het OMT per direct adviseert tótdat CTB in combinatie met placering plus de veilige afstand van anderhalve meter wettelijk doorgevoerd zijn:
– verbod op evenementen, waarbij kinderfeesten zoals de intocht van Sinterklaas (buiten), kunnen worden uitgezonderd;
– sluiten of beperkt openstellen (bijvoorbeeld gesloten van 18.00 tot 06.00 uur) van niet-essentiële detailhandel, horeca, cultuursector en sportlocaties.

Sociaalmaatschappelijke reflectie en maatschappelijk beeld en uitvoeringstoets

Het SCP verwijst naar de reflectie op 2 november 2021 en heeft daarop geen aanvullingen. Het stelt dat enkele sectoren, waaronder de culturele sector, de horeca en evenementenbranche hard zijn geraakt door de crisis en bijbehorende maatregelen. De vrijetijdsbesteding die deze gelegenheden bieden, zijn voor veel mensen belangrijke activiteiten die bijdragen aan ontplooiing, ontspanning, plezier en ontmoeting. Het SCP verwijst naar de reflectie op 28 oktober 2021. Hierin stelt het dat het invoeren van sluitingstijden voor de horeca financiële gevolgen voor de getroffen sectoren met zich brengt. Het SCP geeft daarnaast aan dat er twijfels bestaan over de effectiviteit van deze maatregelen. Het SCP noemt het van belang dat het doel en de effectiviteit van bestaande maatregelen helder worden onderbouwd en inzichtelijk worden gemaakt. Het refereert naar een onderzoek van de RIVM gedragsunit waaruit blijkt dat met name de hygiënemaatregelen nog altijd goed worden nageleefd. Afstand houden van anderen kan in de praktijk echter niet altijd worden gerealiseerd. Ook het thuiswerkadvies blijkt steeds lastiger in praktijk te brengen. Bijna zes op de tien deelnemers van het onderzoek zegt dat het lukt om voldoende afstand te houden, ruim vier op de tien lukt dat dus niet.

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

Ten behoeve van het draagvlak in de samenleving, vertrouwen in de instituties en het bereiken van

ongevaccineerde kwetsbare groepen benadrukt het SCP het belang van heldere, transparante communicatie en toegankelijke informatievoorziening. Ook bevelen zij aan dat er in de communicatie voldoende aandacht wordt besteed aan de betekenis van de gedeelde (en eigen) verantwoordelijkheid van mensen voor hun eigen gezondheid en die van anderen. Bij alle communicatie, zowel over maatregelen als over het vaccinatiebeleid, is het belangrijk aandacht te hebben hoe informatie iedereen bereikt en welke kanalen daarvoor gebruikt kunnen worden. De meer fundamentele boodschap over de uitlegbaarheid van besluiten en het belang van een betrouwbare overheid wordt volgens het SCP bevestigd door onderzoek van het RIVM naar de voorkeuren van mensen over mogelijke opschaling van maatregelen dit najaar. Hieruit komt naar voren dat er moet worden gekozen voor effectieve maatregelen, maatregelen die tot weinig negatieve (lange termijn) effecten leiden. Ook wordt hierin geadviseerd te kiezen voor generieke maatregelen die een specifieke groep of gebied raken. Tot slot doet het SCP de aanbeveling te waken voor het stigmatiseren van bevolkingsgroepen waarbij voorkomen wordt dat gehele groepen – zoals op dit moment niet-gevaccineerden – worden weggezet als onwillig, onwetend of onverantwoordelijk. Het SCP adviseert de verschillende perspectieven en zorgen van mensen te erkennen en nadrukkelijk mee te nemen in de communicatie en informatievoorziening. Volgens het SCP zou dit kunnen voorkomen dat tegenstellingen tussen gevaccineerden en niet-gevaccineerden verder worden verscherpt en tot grotere spanning in de samenleving leidt.

Sociaalmaatschappelijke en economische reflectie

Uit de sociaal-maatschappelijke en economische reflectie van de ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Economische Zaken en Klimaat en Financiën (Trojka) komt naar voren dat maatregelen om de zorg te ontlasten of besmettingen terug te dringen per definitie een maatschappelijke impact hebben. In de context van een beperkte zorgcapaciteit bestaat er dus een uitruil tussen maatregelen die iedereen treffen en maatregelen die vooral ongevaccineerden treffen. De invoering van sluitingstijden is vanuit sociaal-maatschappelijk en economisch perspectief zeer kostbaar en schadelijk. Zij adviseren in te zetten op alternatieve maatregelen die lagere sociaal-maatschappelijke en economische kosten hebben waaronder een placeringplicht of een capaciteitsmaximum voor evenementen

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

Uitvoeringstoets

Nationale Politie, Openbaar Ministerie (OM), buitengewoon opsporingsambtenaren (Rijk)

Door de politie en het OM is vooropgesteld dat een verdieping en verbreding heeft plaatsgevonden van het maatschappelijk ongenoegen en dat er signalen van zowel horizontale polarisatie (burgers onderling) als verticale polarisatie (burgers-overheid) zijn. Met het instellen van nieuwe maatregelen die door een deel van de bevolking als (vrijheids)beperkend zullen worden gezien, is de verwachting van de politie en het OM dat het maatschappelijk ongenoegen verder zal verdiepen en dat, al dan niet kortstondig, een opleving van maatschappelijk ongenoegen zal ontstaan. Zij denken daarbij aan (grote) demonstraties die mogelijk een grimmig verloop kennen. Tevens zou de tweespalt tussen gevaccineerd en niet-gevaccineerd verder kunnen verdiepen en kan er sprake zijn van meer burgerlijke ongehoorzaamheid. In het verlengde daarvan is volgens de politie en het OM van belang dat maatregelen duidelijk en goed uitlegbaar zijn en dat er zo min mogelijk uitzonderingen zijn. Dit

voorkomt discussie voor de handhavers op straat en het voorkomt daarmee escalatie. Daarbij brengen de politie en het OM in herinnering dat op een advies niet gehandhaafd kan worden. Hier ligt dus ook geen taak voor de politie, handhavers of het OM.

OM en politie stellen tot slot vast dat de toepassing van CTB's in sectoren vermoedelijk voor een langere periode aan de orde zal zijn en het toepassingsbereik ervan mogelijk uitgebreid wordt. In dat kader pleiten zij voor het strafbaar stellen van het niet of onjuist gebruiken van een CTB, analoog aan de strafbepaling voor het niet gebruiken van een mondkapje op daartoe aangewezen locaties. Dit kan openbareordeverstoringen voorkomen en maakt het bestrijden van grootschalige fraude makkelijker.

Gemeenten (VNG) en veiligheidsregio's

De VNG en veiligheidsregio's vragen, vanuit het oogpunt van naleving en handhaafbaarheid, om heldere en uitlegbare regels. Daarbij wordt aangegeven dat evident effectieve maatregelen het draagvlak en daarmee de naleving kunnen vergroten. In het kader van de openbare orde en veiligheid vragen de veiligheidsregio's aandacht voor de ingangsdatum van de maatregelen. In de eerste plaats vanwege de tijd die nodig is voor de implementatie, maar ook menen zij dat er bij een snelle inwerkingtreding rekening mee moet worden gehouden dat activiteiten al gepland staan (zoals de intocht van Sinterklaas). Het niet doorgaan hiervan kan leiden tot protesten en onrust. In het verlengde daarvan vragen zij ook vroegtijdig duidelijkheid te bieden over oud en nieuw.

Inzake de sluitingstijden merkt de VNG op dat duidelijk moet zijn wat het doel van de maatregel is. Kortere openingstijden zorgen volgens de VNG juist voor een sterkere concentratie van mensen en zij vragen zich ook af of de veiligeafstandsnorm van anderhalve meter, placering en de inzet van CTB's niet voldoende is voor deze sectoren. Vanuit oogpunt van eenduidigheid spreken de veiligheidsregio's een voorkeur uit voor een generieke regeling voor zowel eet- en drinkgelegenheden, als evenementen, als detailhandel en dienstverlening. Indien wel in de sluitingstijden wordt gedifferentieerd, is het volgens de VNG van belang dat voor alle sectoren helder is wat de sluitingstijden zijn. Een uitputtende lijst van de sectoren en sluitingstijden heeft dan voor de veiligheidsregio's de voorkeur. Onduidelijk is wat onder dienstverlening en detailhandel valt en wat essentieel en niet-essentieel is.

In algemene zin pleiten de veiligheidsregio's daarnaast om helder te maken wat nog wel mogelijk is. Bijvoorbeeld als het gaat om afhalen en bezorgen, maar ook click and collect. Tot slot vragen zij aandacht voor toezicht en handhaving. Met name indien sprake is van meerdere regimes en meerdere toezichthouders moeten hier duidelijke afspraken over zijn. In het verlengde daarvan is het van belang dat er heldere conflictregels zijn.

Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid

De Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (ISZW) merkt op dat duidelijkheid vanuit uitvoerings- en handhavingsperspectief belangrijk is. In dat kader pleit de ISZW voor zo min mogelijk verschillende regimes en differentiatie en acht zij een verschil tussen openbare en gesloten ruimtes onwenselijk (bijvoorbeeld een verschil tussen regels in een restaurant en de spoelkeuken). In de uitvoering van toezicht zullen aangescherpte maatregelen naar het oordeel van ISZW uitnodigen tot nog scherper nadenken over of een controle fysiek nodig is. Verder is het mogelijk dat inspecteurs meer agressie tegen gaan komen, met name in horeca en detailhandel.

Coronagedragsunit van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

De gedragsunit van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) merkt op dat veranderingen in draagvlak voorspellers zijn voor veranderingen in naleving. In dat kader vraagt de gedragsunit aandacht voor het creëren van draagvlak door te zorgen voor maatregelen die noodzakelijk, effectief, uitvoerbaar en handhaafbaar zijn. Het advies is de maatregelen ook af te stemmen met burgers en uitvoerende organisaties en te zorgen voor goede communicatie.

De gedragsunit meent dat het goed is in de communicatie niet alleen toe te lichten wat de achterliggende overwegingen zijn, hoe er rekening is gehouden met een eerlijke verdeling van de lusten en lasten en welke alternatieven zijn besproken, maar ook om mensen voor te bereiden op de maatregelen die zullen volgen als deze maatregelen niet het gewenste effect hebben. In het verlengde daarvan adviseert de gedragsunit een onderscheid te maken tussen ingrepen op de korte termijn om een acuut probleem op te lossen en ingrepen voor de middellange termijn. Bij niet-acute problemen is inzetten op betere naleving van de basisregels en vaccinatie van belang. Voor acute problemen geldt dat uit onderzoek blijkt dat kort en stevig ingrijpen de voorkeur heeft.

Inzake de sluitingstijden merkt de gedragsunit op dat het (zeer) waarschijnlijk is dat deze maatregelen bijdragen aan het remmen van de transmissie. Bovendien worden de lasten hiermee volgens de

gedragsunit eerlijk verdeeld over de sectoren (rechtvaardigheid) en blijft het ruimte bieden voor de positieve waarde van sport en cultuur voor welzijn. Daardoor is deze maatregel naar het oordeel van de gedragsunit goed uit te leggen.

Tot slot vraagt de gedragsunit nog expliciet aandacht voor heldere, consistente en herhaalde communicatie over het nut, noodzaak, effectiviteit en uitvoerbaarheid van naleving van de (basis)maatregelen. Ook voor gevaccineerde mensen. De gedragsunit doet in het verlengde daarvan een oproep het belang van vaccinatie te blijven uitleggen. Zeker nu ook veel mensen die gevaccineerd zijn in het ziekenhuis opgenomen worden met corona. De gedragsunit meent dat benadrukt moet worden dat vaccinatie niet alleen gaat over de bescherming van individuen, maar ook om het omlaag brengen van de circulatie van het virus in de bevolking.

Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie

Het Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie (NKC) signaleert dat er een duidelijke roep is in de samenleving dat meer maatregelen nodig zijn. Dit komt ook terug in de media. Uit de peiling van twee weken geleden blijkt dat daarvoor toen al draagvlak was en uit eerdere besmettingsgolven weet het NKC ook dat als het aantal besmettingen toeneemt, het draagvlak voor maatregelen ook groter wordt. Gezien het nieuws over de besmettingen en het advies van het OMT zal de samenleving volgens het NKC ook een verzwaring verwachten. Een deel van de samenleving heeft zelfs het gevoel dat er te ruim is versoepeld.

Tegelijkertijd is deze ronde van verzwaringen naar het oordeel van het NKC anders dan de eerdere verzwaringen. Toen gold steeds: niet iedereen die gevaccineerd wil worden, kan ook gevaccineerd zijn. Dat is nu anders. Een deel van de gevaccineerden zal ervaren dat de huidige verzwaringen veroorzaakt worden door de niet-gevaccineerden en dus eigenlijk onnodig zijn. Dit leidt tot polarisatie. Als gekozen wordt voor verzwaringen die voornamelijk gevolgen hebben voor niet-gevaccineerden dan wordt dat door een deel van de samenleving ervaren als maatschappelijke uitsluiting en ook dat leidt tot polarisatie. Het NKC acht het dus raadzaam om in de communicatie zo verbindend mogelijk te zijn, mogelijke spanningen te benoemen en dilemma's te schetsen.

Meer specifiek adviseert het NKC transparant te zijn over de filosofie en ratio achter de maatregelen en de effectiviteit en de uitgangspunten van het beleid te benoemen. Daarbij benadrukt het NKC dat het gemeenschappelijke doel voorop moet staan: het beschermen van kwetsbaren, het toegankelijk houden van de zorg voor iedereen en het houden van zicht op het virus. Het NKC meent dat dit kan worden aangevuld met het vierde uitgangspunt: het beperken van sociaaleconomische en maatschappelijke schade. Volgens het NKC is het verder van belang er rekening mee te houden dat ongevaccineerden niet één groep zijn en dus een onderscheid te maken tussen mensen die niet kunnen, die niet willen en die twijfelen.

De placeerplicht leidt volgens het NKC tot een beperking van de capaciteit en advies is dit ook te erkennen. Wat betreft de sluitingstijden meent het NKC tot slot dat het voor de communiceerbaarheid helpt als er zo min mogelijk uitzonderingen zijn.

Afweging

Naar aanleiding van de meest recente ziekenhuis- en IC-cijfers, de druk op de zorg, een verdere stijging van de besmettingscijfers, het OMT-advies naar aanleiding van de 129^{e} bijeenkomst en de daarin weergegeven aanzienlijke onzekerheid over het tijdstip waarop een piek bereikt wordt en de hoogte van de piekwaarde van de IC-bezetting wordt geconcludeerd dat de vorige week aangekondigde maatregelen niet afdoende zijn.

Daarbij heeft het kabinet het advies ontvangen om enerzijds generieke maatregelen te nemen die gevolgd worden door meer specifieke maatregelen zodra de verbreding van de CBT-inzet mogelijk is. Dit is aanleiding voor het kabinet om, met inachtneming van het OMT-advies, de sociaalmaatschappelijke reflectie, het maatschappelijk beeld en de uitvoeringstoets, te besluiten om voor een korte termijn maatregelen te treffen om het aantal contacten te beperken en het aantal besmettingen te verlagen, zodat daarmee ook de verspreiding van het virus kan worden vertraagd en tegelijkertijd de wetgevingstrajecten met spoed in gang te zetten waarin mogelijk gemaakt wordt om de CTB-inzet te verbreden.
Het kabinet geeft mede invulling aan het OMT-advies door onder meer via sluitingstijden contactmomenten met 20 tot 25% te reduceren door te focussen op de avonduren. De dagelijkse bezigheden, zoals onderwijs en werk, blijven hiermee voor een deel ongemoeid. Ook met de andere maatregelen als beschreven in paragraaf 3 wordt een forse reductie van het aantal contactmomenten en bewegingen bewerkstelligd. De maatregelen moeten in zijn totaliteit worden bezien. Dit is nu nodig omdat het

OMT concludeert dat de verspreiding van het virus in alle regio's, sectoren en onder alle leeftijdsgroepen plaatsvindt.

De strengere maatregelen lopen automatisch af op 4 december 2021 om 06.00 uur. Gezien de stand van de epidemie zullen de strengere maatregelen om contacten te beperken, ingaan op zaterdagavond 13 november 2021 om 18.00 uur ingaan. De aangekondigde maatrelen zullen vergezeld worden van een aanvullend steunpakket, waarover uw Kamer separaat wordt geïnformeerd.

5. Regeldruk

Deze regeling heeft enige gevolgen voor de regeldruk voor burgers, bedrijven, instellingen en professionals. In de eerste plaats wordt een placeerplicht ingevoerd voor die plaatsen waar coronatoegangsbewijzen moeten worden toegepast en komen er verplichte sluitingstijden voor niet-essentiële detailhandel en dienstverlening. Dit betekent voor ondernemers dat zij hun onderneming zo moeten inrichten dat het publiek kan worden geplaceerd, dat zij hun sluitingstijden moeten aanpassen en dat zij ook kenbaar moeten maken dat er een placeerplicht is en de sluitingstijden beperkt zijn. Dit levert een beperkte regeldruk op voor ondernemers. Daarnaast geldt voor evenementen dat deze tussen 18.00 uur en 06.00 uur verboden zijn, dat geplaceerde evenementen een maximum van 1.250 personen kennen en dat er geen publiek bij sport is toegestaan. De organisator van een evenement of de beheerder van een sportlocatie dient hierop zijn evenement of locatie in te richten en de deelnemers en het publiek op de hoogte te stellen van de geldende regels, hetgeen regeldruk oplevert voor de organisator en beheerders. Tot slot wordt een maximale groepsgrootte van 75 personen in het MBO, HBO en WO ingevoerd. Deze maatregel heeft gevolgen voor de regeldruk voor onderwijsinstellingen. Zij moeten bezoekers informeren over de nieuwe maatregelen en moeten deze implementeren. Verder zullen roosters moeten worden aangepast en zullen er andere organisatorische maatregelen nodig zijn om deze maatregel toe te passen. De hiervoor beschreven regeldruk is echter noodzakelijk, omdat het aantal besmettingen toeneemt en er druk op de zorg ontstaat. Het is dus van belang dat het aantal contactmomenten wordt beperkt.

Artikelsgewijs

Artikel I

Onderdeel A

Dit onderdeel voegt een begripsbepaling van winkel toe aan artikel 1.1. Een winkel is een publieke plaats waarin goederen plegen te worden verkocht. Voorbeelden zijn supermarkten en kleding-, kook- en woonwinkels. Een kapper is bijvoorbeeld geen winkel.

Onderdeel B

Op grond van artikel 4a.1 zijn alle winkels in beginsel gesloten tussen 18.00 uur en 06.00 uur van 13 november 2021 om 18.00 uur tot en met 4 december 2021 om 06.00 uur.

Op de verplichte sluiting van winkels tussen 18.00 en 06.00 uur is gericht een beperkt aantal uitzonderingen gemaakt. De uitzonderingen betreffen cruciale winkels noodzakelijk ten behoeve van doorgang van het dagelijks leven en welzijn.

Een aantal winkels is uitgezonderd, mits wel gesloten voor publiek tussen 20.00 uur en 06.00 uur. Het gaat om winkels in de levensmiddelenbranche, winkels in zorg- of welzijnshulpmiddelen, dierenwinkels en groothandels.

Andere winkels zijn uitgezonderd zonder beperking in tijd. Deze winkels mogen, onverminderd andere regelgeving, gedurende de gehele dag geopend zijn voor publiek. Het gaat om apotheken, tankstations, winkels op luchthavens en winkels die worden gebruikt voor verkiezingen, uitsluitend voor die functie.

Op grond van artikel 4.a2 zijn de daarin opgenomen locaties verplicht tussen 18.00 en 06.00 te sluiten. Deze beperkte sluitingstijden gelden van 13 november 2021 om 18.00 uur tot en met 4 december 2021 om 06.00 uur.

Onderdeel C

In locaties waar gebruik wordt gemaakt van coronatoegangsbewijzen moeten personen geplaceerd

zijn van 13 november 2021 om 18.00 uur tot en met 4 december 2021 om 06.00 uur. Daarom is in artikel 4.2, eerste lid, aanhef en onder c, bepaald dat de beheerder van een eet- en drinkgelegenheid er zorg voor draagt dat het publiek wordt geplaceerd.

Eet- en drinkgelegenheden mogen van 13 november 2021, 's avonds, tot en met 4 december 2021 om 06.00 uur slechts geopend zijn voor publiek tussen 20.00 uur en 06.00 uur. Daarom is in artikel 4.2, tweede lid, bepaald dat een eet- en drinkgelegenheid tussen 20.00 uur en 06.00 uur gesloten moet zijn voor publiek. De uitzonderingen op de verplichte sluitingstijd, zoals opgenomen in artikel 4.2, vierde en zesde lid, blijven onverkort van toepassing.

Verder is geregeld dat de placeerplicht niet geldt voor locaties die worden gebruikt ten behoeve van de uitvoering van verkiezingen (artikel 4.2, zesde lid en artikel 4.3, vierde lid). Van 22 tot en met 24 november 2021 is het in een aantal gemeenten[3] mogelijk om te stemmen tijdens de herindelingsverkiezingen. Tijdens deze herindelingsverkiezingen wordt gebruik gemaakt van locaties die kwalificeren als een eet- en drinkgelegenheid of een locatie voor de vertoning of beoefening van kunst en cultuur. Op 24, 25 en 26 november 2021 vindt het tellen van de stemmen plaats (de stemopneming). Tijdens de stemopneming vindt geen doorstroom plaats. De placeerplicht geldt voor deze locaties niet om zo te kunnen garanderen dat de stemopneming door iedereen bijgewoond kan worden op een wijze die niet aan restricties is gebonden. Hiermee kan het telproces zo transparant mogelijk plaatsvinden.

Onderdeel D

In locaties waar gebruik wordt gemaakt van coronatoegangsbewijzen moeten personen van 13 november 2021 om 18.00 uur tot en met 4 december 2021 om 06.00 uur geplaceerd zijn. Daarom is in de artikelen 4.3, eerste lid, aanhef en onder c, bepaald dat de beheerder van een locatie voor kunst en cultuur er zorgt voor draagt dat het publiek wordt geplaceerd. De placeerplicht geldt niet in doorstroomlocaties en in locaties die worden gebruikt ten behoeve van de verkiezingen (zie onderdeel C). Ook mogen per zelfstandige ruimte niet meer dan 1.250 personen als publiek worden toegelaten. Dit is neergelegd in artikel 4.3, eerste lid, aanhef en onder d.

Onderdeel E

Bij sportwedstrijden, zowel van amateurs als topsporters, is het van 13 november 2021 om 18.00 uur tot en met 4 december 2021 om 06.00 uur niet toegestaan dat toeschouwers aanwezig zijn. Dit is neergelegd in artikel 5.1, eerste lid, aanhef en onder g. Daarnaast mogen evenementen niet meer worden georganiseerd tussen 18.00 uur en 06.00 uur.

In het vierde lid is een aantal uitzonderingen op het verbod op het organiseren van evenementen tussen 18.00 uur en 06.00 uur. Dit verbod geldt niet voor sportwedstrijden zonder toeschouwers, de vertoning van kunst en cultuur en uitvaarten.

Onderdeel F

Daar waar gebruik wordt gemaakt van coronatoegangsbewijzen moeten personen geplaceerd zijn van 13 november 2021 om 18.00 uur tot en met 4 december 2021 om 06.00 uur. Daarom is in artikel 5.2, eerste lid, aanhef en onder f, bepaald dat de organisator van een evenement er zorgt voor draagt dat deelnemers worden geplaceerd. Tussen de genoemde datums is het dus niet toegestaan een ongeplaceerd evenement binnen te organiseren waarbij geen sprake is van doorstroom met maximaal drie vierde van de reguliere capaciteit van de locatie (vijfde lid).De placeerplicht geldt niet ten aanzien van deelnemers bij evenementen waarbij sprake is van doorstroom van deelnemers.

Onderdeel G

Dit onderdeel herintroduceert een maximale groepsgrootte voor bepaalde ruimtes in instellingen voor beroepsonderwijs en hoger onderwijs van 13 november 2021 om 18.00 uur tot en met 4 december 2021 om 06.00 uur. Per zelfstandige ruimte waar een onderwijsactiviteit plaatsvindt, mogen niet meer dan vijfenzeventig studenten daaraan deelnemen. Docenten en begeleiders worden hier niet bij meegerekend. Dit maximum geldt voor alle onderwijsactiviteiten (les, college, werkgroep, praktijkles etc.). De maximale groepsgrootte geldt niet in gangen en andere doorstroomruimtes, omdat dit geen zelfstandige ruimtes zijn waar onderwijsactiviteiten worden verzorgd. Voor andere ruimten op locaties van onderwijsinstellingen, waar geen onderwijsactiviteiten worden verricht in de zin van de wet,

[3] Uden en Landerd (wordt: Maashorst), Boxmeer, Cuijk, Grave, Mill en Sint Hubert en Sint Anthonis (wordt: Land van Cuijk), Heerhugowaard en Langedijk (wordt: Dijk en Waard), en Purmerend en Beemster (wordt: Purmerend).

gelden deze regels dus niet, zoals voor eet- en drinkgelegenheden op een campus. Tot slot formuleert het tweede lid een uitzondering op het maximumaantal deelnemers aan onderwijsactiviteiten voor ruimten waar de instelling op dat moment een examen, tentamen of toets afneemt. Examens, tentamens en toetsen zijn namelijk essentieel voor de voortgang van studie, opleiding en educatie.

Artikel II Inwerkingtreding

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

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
mede namens de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,
H.M. de Jonge

Productie 9

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

> Retouradres Postbus 1 3720 BA Bilthoven

Aan de Directeur-Generaal van de
Volksgezondheid
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
drs. M. Sonnema
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

Ons kenmerk
0123/2021 LCI/JvD/at/hr

Behandeld door
LCI

T (030) 274 7000
F (030) 274 4455
lci@rivm.nl

Datum 22 november 2021
Onderwerp Advies n.a.v. 130e OMT

22 november 2021: aanpassing van de adviesbrief d.d. 22 november 2021
In deze gewijzigde versie van de adviesbrief zijn enkele verduidelijkingen in de tekst toegepast.

Geachte mevrouw Sonnema,

Op 19 november 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, artsen-microbioloog, een regionaal arts-consulent, ouderengeneeskundige, artsen 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 vervolgadviezen 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 18 november 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 en de resultaten van de modellering.

Adviesvraag VWS:
Wat is het algemene beeld van de epidemiologische situatie en de ontwikkeling van de R? Wat is uw verwachting voor de komende weken?

Epidemiologische situatie

In de afgelopen 7 kalenderdagen (11-18 november) is het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positieve personen gestegen met 46% in vergelijking met de 7 dagen ervoor. In de afgelopen 7 kalenderdagen werden landelijk 716 personen per 100.000 inwoners gemeld met een positieve test voor SARS-CoV-2, vergeleken met 492 per 100.000 inwoners in de week daarvoor.
Het aantal meldingen nam toe in alle regio's, maar er is wel een grote regionale variatie in het aantal positieve testen, van 418 tot 1070 per 100.000 inwoners. De regio's met het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners (≥800) waren Limburg-Zuid, Zuid-Holland Zuid, Zeeland, Hollands Midden, Limburg-Noord, Gelderland-Zuid en Utrecht. Het regionale beeld van verhoogde incidentie van positieve testen komt overeen met de virusvrachten in de rioolwatersurveillance.

Het aantal meldingen nam in alle leeftijdsgroepen verder toe in de afgelopen kalenderweek en varieerde van 420 tot 773 per 100.000 inwoners. Het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners betrof de leeftijdsgroep 0-12 jaar. De leeftijdsgroepen onder de 50 jaar hadden hogere incidenties (meer dan ~ 600 per 100.000) dan de leeftijdsgroepen boven de 50 jaar (minder dan ~ 500 per 100.000). Het aantal meldingen vanuit verpleeghuizen en woonzorgcentra nam verder toe; 30% van de locaties had een of meerdere besmettingen in de afgelopen vier weken. Het aantal meldingen vanuit instellingen voor de gehandicaptenzorg stabiliseerde, 6% van de locaties had één of meerdere besmettingen in de afgelopen vier weken.

Het aantal testen bij de GGD-testlocaties laat een geleidelijke stijging zien in de afgelopen weken. Over de laatste 7 dagen met complete data (10-16 november) was het aantal testen 25% hoger ten opzichte van de week ervoor. Het bijbehorende percentage positieve testen in de GGD-teststraten was 20,6% gemiddeld in de afgelopen 7 kalenderdagen, vergeleken met 17,5% de week ervoor.
Het is van belang te realiseren dat het aantal bij de GGD geteste personen een mix is van personen mét en personen zónder klachten, al dan niet naar aanleiding van een nauw contact getest (d.i. in kader van BCO), en al dan niet getest naar aanleiding van een tevoren positief bevonden zelftest (de zogenaamde confirmatietesten). Na exclusie van confirmatietesten was 12,5% van alle testen positief in de afgelopen 7 dagen, vergeleken met 10,7% de week ervoor.

Van alle personen die zich in de afgelopen week lieten testen bij de GGD, was dat bij 10% naar aanleiding van een positieve zelftest; 86% van positieve zelftesten werd bevestigd positief bij de GGD-bemonstering. Positieve confirmatietesten van zelftesten bedroegen 43% van alle positieve testen bij de GGD.

Bij personen getest in het kader van het coronatoegangsbewijs (CTB) was het percentage positieve testen 1,0% in de afgelopen kalenderweek, vergeleken met 0,7% in de week ervoor, en 0,5% in de week daarvoor. Deze trend kan als proxy gezien worden om een indruk te geven van de ontwikkeling van de prevalentie van SARS-CoV-2 in de algemene bevolking. Mogelijk gaan er de laatste week vanwege de drukte bij de GGD ook mensen met klachten naar de testlocaties voor de CTB-testen.

De instroom en bezetting op verpleegafdelingen en IC in de ziekenhuizen van personen met een positieve test op SARS-CoV-2 nam toe. In de afgelopen kalenderweek werden 1476 opnames in het ziekenhuis geregistreerd, waarvan 228 op de IC, vergeleken met respectievelijk 1252 en 209 de week daarvoor (bron: stichting NICE, d.d. 18 november). Dit is een stijging van 18% instroom totaal, en van 9% op de IC. De hoogste aantallen opgenomen COVID-19-patiënten op verpleegafdelingen in het ziekenhuis betreffen personen van boven de 80 jaar, op de IC van 60-79 jaar. Op 18 november 2021 was de totale bedbezetting 2110: 1697 op de verpleegafdelingen in het ziekenhuis en 413 op de IC (bron: LCPS).

De oversterfte neemt sinds kort toe, en lag in de week van 8 t/m 14 november 2021 op ongeveer 850 personen boven het verwachte aantal. De sterfte was verhoogd in alle leeftijdsgroepen, en zowel in Wlz-zorggebruikers als in de overige bevolking (bron: CBS).

De geschatte opkomst voor ten minste één vaccinatie bedroeg t/m 14 november 2021 88,4% voor de volwassen bevolking, en 84,8% had de volledige vaccinatieserie afgerond. Voor de bevolking vanaf 12 jaar was dit respectievelijk 86,5% en 82,9%.

Uit de nieuwe data van ziekenhuisopname (NICE) verrijkt met vaccinatiestatus uit CIMS blijkt dat in alle leeftijdsgroepen de incidentie van zowel ziekenhuis- als IC-opnames per 100.000 personen veel sterker is gestegen onder de ongevaccineerde dan onder de gevaccineerde bevolking. De overall vaccineffectiviteit in de periode 20 september t/m 14 november 2021 was 92% voor ziekenhuisopname en 96% voor IC-opname. Uitgesplitst naar leeftijd was deze respectievelijk 95% en 97% voor de bevolking <70 jaar, en 86% en 94% voor de bevolking vanaf 70 jaar.

Reproductiegetal en prognose ziekenhuis- en IC-opnames

De meest recente schatting van het reproductiegetal Rt, zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is voor 4 november op basis van Osiris: gemiddeld 1,26 (95%-interval 1,24 – 1,28) besmettingen per geval. 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 lager uit voor 3 november, het is gemiddeld 1,12 (95%-interval 0,97 -1,28). Het reproductiegetal berekend op basis van nieuwe IC-opnames is nog iets lager, dat is gemiddeld 1,08 (95%-interval 0,71 – 1,50). Bijna alle infecties in Nederland worden momenteel veroorzaakt door de deltavariant. Het aandeel van de AY.4.2-deltavariant neemt langzaam toe, het aandeel van deze deltavariant naar tijdstip van monstername groeide van 0,6% in week 42, 1,2% in week 43, tot 1,5% in week 44.

Op basis van de recente toename in meldingen wordt verwacht voor de komende week dat het aantal ziekenhuis- en IC-opnames verder gaat stijgen. Deze statistische prognose geeft een orde van grootte aan voor het aantal opnames per dag in de komende week van 300 tot 400, en een orde van grootte voor het aantal IC-opnames van 50 tot 60.

De groeisnelheid van het aantal meldingen van positieve testen wijkt af van de groeisnelheid van het aantal nieuwe IC-opnames per dag. Dit maakt het moelijker om een betrouwbare prognose van het aantal verwachte IC-opnames te berekenen op basis van het aantal IC-opnames dat tot nu toe is gerapporteerd. Vergelijking tussen de gerapporteerde gegevens en simulaties met een transmissiemodel dat 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, laat onzekerheid zien over het tempo waarin de afname van bescherming tegen infectie verloopt. Deze onzekerheid vertaalt zich in een grote onzekerheid over het tijdstip waarop een piek bereikt wordt en over de piekwaarde van de IC-bezetting.

Op basis van het geschatte reproductiegetal voor meldingen van 1,26 is een daling in het aantal contacten van meer dan 26% op korte termijn vereist om de incidentie van nieuwe meldingen te stabiliseren of af te laten nemen.

Het is te vroeg om nu al een effect van de aangescherpte maatregelen van 13 november te kunnen zien, dat duurt nog zeker een week. Als proxy voor een daling in het aantal contacten worden de mobiliteitsgegevens gebruikt. De beschikbare indicatoren voor mobiliteit in Nederland zijn Google community mobility reports en Apple mobility trends. Deze indicatoren geven een daling van de mobiliteit na 13 november aan, maar deze is vooralsnog bescheiden.

Maatregelen

Het OMT constateert op grond van de huidige epidemiologische situatie en onderzoek van de gedragsunit dat de ingevoerde maatregelen op 5 november met betrekking tot thuiswerken, naleven van de basismaatregelen, dragen van mondneusmaskers in openbare ruimtes en toepassing van het CTB onvoldoende opgevolgd worden om te kunnen verwachten dat daarmee een ten minste 25% reductie van contacten en virusoverdracht bereikt wordt. Ook is er geen positieve invloed op het aantal nieuwe infecties zichtbaar.
Het 129e OMT heeft een pakket aanvullende maatregelen geadviseerd dat tot minstens 25% afname van het aantal contacten en het aantal nieuwe infecties moet leiden. De geadviseerde maatregelen zijn niet een-op-een doorgevoerd.
Op dit moment, dat is binnen één week na de invoering van de aanvullende maatregelen op 13 november, kan het OMT nog niet beoordelen wat het effect van de maatregelen is of zal zijn. Zoals hierboven vermeld zijn er grote onzekerheidsmarges in en tussen de prognoses over het verloop van de ziekenhuis- en IC-opnames op een langere termijn dan één week. Met het oog op de dreiging van een overbelasting van de zorg, niet alleen op de IC's en in de ziekenhuizen maar ook in de langdurige zorg en eerstelijnszorg, adviseert het OMT het kabinet de opvolging op de eerder ingestelde maatregelen aan te scherpen door het belang van de naleving daarvan dagelijks, blijvend en met nog grotere intensiteit dan nu te blijven benadrukken.
Verbeterde naleving van de bestaande maatregelen heeft naar mening van het OMT momenteel in potentie meer effect op de afname van het aantal contacten

dan nu, binnen een week, te kiezen voor een volgende aanpassing en uitbreiding van beperkende maatregelen. Opvolging van de basisregels, te weten bronisolatie en testen bij klachten, en de toegevoegde set van collectieve maatregelen zoals de 1,5 m-afstandsnorm en gebruik van mondneusmaskers daar waar die afstand niet aangehouden kan worden, is dé wijze om te voorkomen dat striktere maatregelen bovenop de bestaande, tot aan zelfs een mogelijke lockdown nodig zullen zijn in de komende winterperiode. En het OMT benadrukt: DE ENIGE WIJZE om dat te voorkomen! In de huidige situatie van viruscirculatie geldt dit voor zowel de niet-gevaccineerde als de gevaccineerde personen. De bevindingen van de gedragsunit stemmen niet optimistisch: in minder dan de helft van de gevallen geeft men opvolging aan de basismaatregelen. Dit punt zal het uiterste vragen van communicatie, van inrichten van de omgeving om de gedragsregels te steunen, en van controle en handhaving. Daar waar gebruik gemaakt wordt van Coronatoegangsbewijzen geldt het belang van controle en handhaving daarop, te meer, omdat het CTB een deel van de basisregels vervangt.

Komende week zal het OMT de situatie opnieuw beoordelen, en uiteraard eerder adviseren als een verslechtering van de situatie daartoe noopt.

Op de lange termijn biedt vooralsnog alleen een hoge immuniteit onder de bevolking bescherming tegen optreden van steeds weer nieuwe infectiegolven zodra een deel van de maatregelen wordt teruggedraaid, introductie van het virus op grote schaal plaatsvindt of varianten optreden, of het seizoenseffect zich tegen ons keert. De weg daaruit is een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad. Daarom blijft het eveneens essentieel om in te blijven zetten op het verhogen van de vaccinatiegraad.
Voor de middellange termijn (weken tot maanden) kan het aanzienlijk versnellen van de boostervaccinaties voor 60-plussers waarschijnlijk de druk op de zorg verlichten. Niet alleen van de ouderen die ondanks vaccinatie in het ziekenhuis worden opgenomen wegens verminderde werking van het vaccin, maar ook van de mildere beelden onder ouderen in de eerstelijnszorg en onder verpleeghuiscliënten.
Echter, op korte termijn biedt een versnelde vaccinatie geen uitkomst als de ingestelde maatregelen volgende week onvoldoende effect laten zien op het terugdringen van de infectiedruk in de algemene populatie. Indien dit effect niet binnen afzienbare termijn zichtbaar is, dan zijn er aanvullende striktere maatregelen nodig, zoals hierboven aangegeven en waarin weinig ruimte is voor nuance.

Er is echter één onderdeel van de samenleving waarbij het OMT nieuwe beperkende maatregelen wil vermijden en dat is het primair en voortgezet onderwijs. Dat vindt haar oorsprong in het toenemend wetenschappelijk bewijs voor schade aan de ontwikkeling van kinderen als zij sociale schoolcontacten en onderwijs ontberen. En dit zou mogelijk zijn als de samenleving elders meer opvolging geeft aan basisregels en meer beperkingen accepteert, en dan de kinderen daarvan vrijstelt omwille van hun ontwikkeling. Tegelijk stelt het OMT vast dat schoolkinderen, met name onder de leeftijd van 12 jaar, na de herfstvakantie vaker dan voorheen in uitbraken en clusters van coronagevallen betrokken zijn. Dat zal deels komen doordat kinderen onder de leeftijd van 12 niet gevaccineerd zijn en zonder beperkingen met elkaar contact hebben. Deze situatie vraagt om zorgvuldigheid en extra aandacht van de ouders en leerkrachten om te voorkómen dat een keten van infecties kan uitbreiden naar hen, en bijv. naar kwetsbare grootouders. Het is van groot belang dat ook

kinderen in de basisschoolleeftijd thuisblijven en testen bij klachten en dat zij in quarantaine gaan als een huisgenoot of overig nauw contact positief getest is. Ook de situatie bij schoolkinderen zal nauwlettend gevolgd worden, om na te gaan wat de relatieve bijdrage van de toename onder schoolkinderen is voor optreden van infecties in de andere leeftijdscohorten, en of er toch aanvullende maatregelen op scholen gewenst zijn.

C. Adviezen

Effectiviteit CTB
Adviesvraag VWS:
Kan het OMT nader reflecteren op de effectiviteit van de verschillende uitvoeringsmodaliteiten van CTB in relatie tot de infectiedruk en de risico's van diverse settings waar een CTB kan worden toegepast, tegen de achtergrond van de vaccinatiegraad. Hierbij wordt gedacht aan de volgende modaliteiten voor CTB:
- *3G (getest, gevaccineerd of hersteld),*
- *2G (gevaccineerd of hersteld),*
- *3G gecombineerd met 1G (iedereen getest, ook indien gevaccineerd of hersteld),*
- *2G gecombineerd met 1G (gevaccineerd of hersteld EN getest).*

Hoe verhouden de vier modaliteiten (3G, 2G, 3G gecombineerd met 1G en 2G gecombineerd met 1G) zich tot de setting waarin ze op een verantwoorde wijze kunnen worden toegepast. Denk hierbij aan factoren voor settings, zoals placeren/niet placeren; binnen/buiten; groepsgrootte; sluitingstijd.

Kunt u daarbij ook aangeven of het mogelijk is voor de inzet van de verschillende modaliteiten voor CTB aan te sluiten bij de signaalwaarden in de Aanpak Najaar (waakzaam, zorgelijk, ernstig)? Welke CTB modaliteit adviseert het OMT vanaf welk risiconiveau uit de Aanpak Najaar?

Is het mogelijk een samenvatting van uw advies in de vorm van een matrix van infectiedruk en settings te ontvangen, waarbij de inzet van de vier CTB modaliteiten is ingevuld?

Het OMT wil benadrukken dat voor het beperken van het aantal besmettingen het opvolging geven aan de basisregels en de collectieve maatregelen essentieel is. Alleen daarmee kunnen de nauwe contacten met hoogste risico op virusoverdracht verminderen. Een CTB-modaliteit is een middel om risico's te beperken bij opening van sectoren, en géén maatregel om virusverspreiding te voorkomen en een epidemie te bestrijden, zoals de basisregels en collectieve maatregelen dat wel zijn. Bij een hoge prevalentie van SARS-CoV-2 in de maatschappij, zoals momenteel het geval is, zijn de absolute risico's op verdere verspreiding, ook bij gebruik van een CTB-modaliteit, nog steeds relevant.

Om het aantal risicovolle contacten en virusoverdracht te verminderen in settings waar de basisregels niet of maar beperkt nageleefd kunnen worden, en collectieve maatregelen zoals mondneusmaskers en afstand geen oplossing bieden, is door regering en parlement besloten gebruik te maken van een CTB. Maar bij toepassing van een CTB geldt nog steeds dat iemand met klachten thuis moet blijven en zich moet laten testen, ook als deze persoon gevaccineerd is of een

SARS-CoV-2-infectie heeft doorgemaakt. Bovendien kunnen CTB alleen een risico-verminderend effect hebben als ze juist toegepast worden, gecontroleerd worden en als daarop handhaving is. Daar waar een test onderdeel is van het CTB is een essentiële randvoorwaarde een juiste timing van uitvoeren van de toegangstest, in relatie tot toegang tot de activiteit (d.i. max 24 uur).

Daarnaast is het effect van een CTB-modaliteit op het voorkómen van besmettingen en ziekenhuis- en IC-opnames sterk afhankelijk van de setting waar het wordt toegepast (d.i. aantal, duur en intensiteit van contact) en de bezoekers van die setting (zoals leeftijd, groepsgrootte, mix van gevaccineerden en niet-gevaccineerden, en de aanwezigheid van personen met verhoogd risico op ernstig verloop van COVID-19). Bijvoorbeeld: de absolute opbrengst van CTB-modaliteit is afhankelijk van de leeftijdsmix van de aanwezigen: bij een grote groep van hoogbejaarden zou je eigenlijk geen enkele toename van overdracht en bijgevolg infecties willen zien, vanwege de grote kans op uiteindelijke ziekenhuisopnames daaraan verbonden. Bij exact dezelfde groepsactiviteit door een groep jongeren geldt dit argument niet, omdat de kans op ziekenhuisopname na een besmetting bij hen zeer laag is. Dan is er hoogstens een indirect effect op ziekenhuisopname, bij doorgifte van een infectie binnen het eigen huishouden, of naar andere contacten die mogelijk verhoogd risico hebben op een ziekenhuisopname, maar dat geldt voor elke doorgifte. Eenzelfde overweging geldt ten aanzien van groepsgrootte in relatie tot de voorafkans besmet te zijn, en de kans dat zich überhaupt iemand met een besmetting onder de aanwezigen bevindt.
Toepassing van een CTB heeft alléén effect op de transmissie op de betreffende locatie. Meer op macroniveau is het van belang welk aandeel van de infecties buiten deze locaties plaatsvindt, maar ook of dat mensen die niet worden toegelaten alsnog samenkomen op andere plekken. Ook hangt het er vanaf of door toepassing van een CTB locaties geopend worden die eerder gesloten waren, dan neemt het risico immers altijd wat toe, omdat het nooit de situatie van geheel gesloten zijn kan evenaren.

Om – onder boven benoemde voorbehouden – toch een uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit van de verschillende CTB-modaliteiten is onder standaard omstandigheden door middel van modellering gekeken wat het maximaal haalbare effect van deze modaliteiten is op de reductie van het aantal infecties en ziekenhuisopnames onder de aanwezigen. Het doel hierbij is dus om een volgorde vast te stellen in de trends in het terugdringen van het aantal infecties en ziekenhuisopnames. De notitie waarin dit verder is uitgewerkt is te vinden in bijlage 1.

Vergeleken met het huidige 3G-systeem, dringt een 2G-systeem het aantal besmettingen op die locaties met ongeveer 50% terug en het aantal ziekenhuisopnames ten gevolge van besmettingen op de locatie met ongeveer 82%. Een 3G+1G-systeem zal infecties met ongeveer 35% reduceren ten opzichte van 3G, en ziekenhuisopnames ook met 35%. Afschaffen van het 3G-systeem leidt tot een toename van ongeveer 59% in infecties en ziekenhuisopnames. Een 2G+1G-systeem waarbij ook een test vereist is voor gevaccineerden en recent herstelden, leidt tot een reductie van ongeveer 79% in infecties en ongeveer 93% in ziekenhuisopnames, vergeleken met het huidige 3G-systeem. De precieze percentages zijn afhankelijk van de gebruikte waarden voor vaccineffectiviteit en testsensitiviteit. Bij de huidige waarden is 2G dus beter

dan 3G+1G, 3G+1G is beter dan 3G, en 3G is beter dan geen maatregelen in het voorkomen van besmettingen op de locatie.

Van belang is dat de volgorde niet afhangt van de prevalentie van SARS-CoV-2-besmettingen, dus ook bij halvering van het aantal besmettingen wordt dezelfde relatieve uitkomst verwacht. Uiteraard heeft dit wel gevolgen voor de absolute vermindering van het aantal gevallen, en de afweging of een toepassing van de CTB-modaliteit zinvol en proportioneel is.

Wanneer gekeken wordt naar waar de verschillen tussen de drie systemen door veroorzaakt worden, dan blijken 3G+1G en 2G bij de aangenomen testsensitiviteit ongeveer even effectief in het buiten houden van besmettelijke personen. Wat 2G hieraan toevoegt is het reduceren van de gemiddelde vatbaarheid van de mensen op de locatie: als mensen zonder bescherming door vaccinatie of recente infectie niet binnen mogen, worden er minder infecties en vooral minder ziekenhuisopnames verwacht.
Het effect van testen bij zowel 3G+1G als 2G+1G en 3G hangt af van welke test gebruikt wordt en wat de testsensitiviteit is. Voor deze berekeningen wordt uitgegaan van een antigeentest, met een sensitiviteit van 59% bij een testpopulatie die geen klachten heeft. Een PCR-test heeft een hogere gevoeligheid en dit leidt tot een hogere effectiviteit van systemen waar testen een onderdeel van is: 3G, maar vooral bij 3G+1G en bij 2G+1G. Bij hogere waarden van testsensitiviteit gaat de volgorde verschuiven: bij een sensitiviteit van meer dan ongeveer 69% is 3G+1G beter dan 2G in voorkomen van besmettingen; de sensitiviteit moet meer dan ongeveer 88% zijn om 3G+1G beter dan 2G te laten presteren tegen ziekenhuisopnames.

Het maximaal haalbare effect van 2G+1G is dus groter dan 2G alleen. Het effect van 2G is vervolgens beter dan 3G+1G, en vervolgens is 3G+1G beter dan 3G. Dit geldt voor zowel het voorkomen van infecties als van ziekenhuisopnames ten gevolge van infectie op de locatie, als de sensitiviteit van de test lager is dan ongeveer 69%. Deze resultaten moeten gezien worden als het maximaal haalbare, omdat daarbij aangenomen wordt dat de opvolging en de controle en de handhaving optimaal zijn. Ook wordt alleen het effect op de verspreiding op deze locaties zelf beoordeeld. Het bredere epidemiologische effect op de transmissie in de gehele bevolking is gerelateerd aan het aandeel van de infecties dat buiten deze locaties plaatsvindt, maar vooral aan of mensen die niet worden toegelaten alsnog elders samenkomen.

Door de Gedragsunit zijn gedragsreflecties hierbij aangeleverd, zoals gebruikelijk gebaseerd op resultaten uit het gedragsonderzoek van het RIVM en de GGD'en, wetenschappelijke literatuur, beschikbare data uit andere EU-landen en consultatie van experts. Zoals gebruikelijk houden zij rekening met de impact van maatregelen op naleving, draagvlak, welbevinden, rechtvaardigheid en vertrouwen in beleid.

> A: 2G of 2G+1G heeft negatieve effecten, maar zou uitlegbaar zijn indien a) het véél effectiever tegen ziekenhuisopnames dan 3G, b) de maatregel van tijdelijke aard is, en c) de sectoren/locaties zonder 2G dicht moeten, omdat er echt geen inclusievere strategieën zijn waarmee de sectoren opengehouden kunnen worden.
>
> B: 2G en 2G+1G hebben mogelijk negatieve effecten op naleving basismaatregelen en testgedrag.

C: substantiële positieve effecten op vaccinatie zijn onwaarschijnlijk.

D: 3G+1G en 2G+1G betekent beperken vrijheid van grote groep mensen die gevaccineerd zijn.

Gezien de vele beïnvloedende factoren is het niet mogelijk om het effect van de verschillende modaliteiten per setting in een matrix weer te geven. Afhankelijk van de setting, doelgroep en fase in de epidemie dient beoordeeld te worden welke modaliteit effectief en proportioneel is.

Kortom, het realiseren van een maximale risicobeperking door gebruik van de CTB-modaliteiten, anders dan de huidige 3G, is complex, en vraagt eigenlijk om een individuele beoordeling per setting met haar eigen bezoekersmix van gevaccineerden, personen met doorgemaakte infectie, en niet-gevaccineerden, waarbij ook de leeftijd van de deelnemers en het bij de activiteit aantal aanwezigen (voorafkans op aanwezigheid virus bij bepaalde incidentie) doorslaggevend is voor de beoordeling welke CTB-modaliteit zinvol en proportioneel is.

Rol van zelftesten in het testlandschap
Adviesvraag VWS:
Kan het OMT aangeven wat de rol van zelftesten kan zijn bij de diverse categorieën testen met of zonder klachten. Ziet het OMT mogelijkheden om ook bij klachten een zelftest advies te geven in het licht van zowel de doelen van de bestrijding van de pandemie als het beperken van de uitval door thuiszittend personeel (waarna bij een positieve zelftest een confirmatietest bij de GGD nodig blijft)?

Het OMT adviseert om zelftesten in de toekomst breder in te gaan zetten voor personen met klachten. Dit vergt echter goede voorbereidingen en duidelijke publiekscommunicatie. Daarnaast is er meer onderzoek nodig naar de sensitiviteit van zelftesten onder de huidige epidemiologische omstandigheden bij (gevaccineerde) personen zonder klachten.

Hoewel zelftesten op dit moment nog niet geadviseerd worden voor mensen met klachten, blijkt uit data van de gedragsunit en de teststraten dat deze al wel frequent (32%) worden toegepast door mensen met klachten. Tevens blijkt uit data van de gedragsunit dat 35% van de mensen met klachten zich helemaal niet laat testen. De GGD'en hebben hun maximale testcapaciteit bereikt, terwijl het testen en traceren essentieel is om COVID-19 onder controle te krijgen. Frequent en laagdrempelig zelftesten kan een belangrijke aanvulling zijn op het huidige pakket, ook voor mensen met klachten, en zou kunnen helpen de drempel voor testen te verlagen en bereidheid te verhogen.

Gegevens van recent Nederlands onderzoek van (één type) zelftest op een mid-turbinate neusswab toont een hoge sensitiviteit van deze test onder gevaccineerde en ongevaccineerde mensen met klachten en hogere virale load (CT≤30). Van de personen die zich bij de GGD hebben laten testen na een positieve zelftest, wordt bij 87% de infectie bevestigd met de professioneel afgenomen confirmatietest.
Het OMT is van mening dat plaatsbepaling van de zelftest in het huidige testlandschap het gebruik ervan bij de *juiste indicaties* kan bevorderen. De sensitiviteit van de zelftest is lager dan de PCR-test, maar de detectiekans kan

vergroot worden door de zelftest kort na het ontstaan van de klachten af te nemen en door de volgende dag opnieuw te testen. Voor bredere toepassing van zelftesten gelden de volgende kaders:

- De zelftest kan worden gebruikt door niet-kwetsbare personen met klachten passend bij COVID-19. Een positieve uitslag moet wel altijd bevestigd worden door een professioneel afgenomen test.
- Voor kwetsbare personen en/of personen met een ernstig ziektebeeld is de meest accurate (PCR) test gewenst vanwege de indicatie van een eventuele vroegbehandeling. Echter, bij lange wachttijden kan het doen van een antigeenzelftest overwogen worden om diagnostiek te bespoedigen. Elke uitslag hiervan dient bevestigd te worden met een professioneel afgenomen PCR-test.
- Ter bescherming van kwetsbare personen is de meest sensitieve (PCR) test gewenst voor mensen die met hen in nauw contact komen (beroepsmatig/persoonlijk).
- In het kader van bron- en contactonderzoek krijgt de zelftest een plaats om identificatie van positieve contacten te bespoedigen en bij klachten. Een negatieve zelftest leidt *niet* tot opheffen van quarantaine.
- Er is een gecontroleerde afname en officiële uitslag nodig voor de generatie van een QR-code in het kader van een Coronatoegangsbewijs (CTB) of Digitaal Corona Certificaat (DCC). Dit kan momenteel niet via een zelftest.

Het OMT stelt een aantal voorwaarden aan de inzet van zelftesten:

De zelftesten dienen van voldoende kwaliteit te zijn (zie bijlage). Het OMT heeft geen zicht op de kwaliteit van zelftesten die in Nederland en via het internet verkocht worden en of er op deze manier gekozen wordt voor zelftesten die kwalitatief voldoende presteren. Wanneer de zelftesten kosteloos beschikbaar worden gesteld (cq. tenminste voor specifieke groepen) dan is het mogelijk om kwalitatief goede testen te selecteren en het gebruik zo laagdrempelig mogelijk te maken. Volgens een zeer recente vignettestudie van de gedragsunit van het RIVM leidt het thuis beschikbaar hebben van zelftesten op het moment van klachten, tot een verwachtte verdubbeling van zelftesten bij klachten (20,5% naar 42,2% op dag 1 van klachten). Het percentage mensen dat verwacht zich in deze studie helemaal niet te laten testen op dag 1 van klachten daalt dan van 47,4% naar 33,5%.

Deze aanpassing in het testbeleid dient vergezeld te worden door heldere communicatie. De uitgangspunten hiervoor worden samengevat in de bijlage 2. De inpassing van de zelftesten in het testbeleid in Nederland moet eerst worden verwerkt in de desbetreffende tabel en zal beschikbaar worden gesteld op de website van het RIVM.

Bij een *positieve* zelftest is confirmatie door de GGD noodzakelijk, om zicht te houden op het virus, voor BCO door de GGD en voor registratie in het kader van een CTB of toegangsbewijs in andere vorm. Laagdrempelige inzet van zelftesten mag niet ten koste gaan van de fijnmazigheid van het netwerk van GGD-teststraten.
Het gebruik van zelftesten en mogelijke effecten hiervan zal geëvalueerd moeten worden en de plek van de zelftest kan in een later stadium van de epidemie bijgesteld worden.
In tegenstelling tot hoe de situatie momenteel is ingericht voor professionele antigeentesten is er op Europees niveau niet dezelfde data-evaluatiestructuur en overeengekomen minimale prestatiecriteria voor antigeenzelftesten. Het verdient

aanbeveling dat de mogelijkheden om een dergelijke structuur verder in te richten onderzocht worden.

Voorts gaat het OMT ervan uit dat verzuimbeleid en bedrijfs- en zorgcontinuïteit een primaire werkgeversverantwoordelijkheid zijn. Het huidige beleid is dat personen met klachten die passen bij COVID-19 thuisblijven. Zelftesten kunnen worden ingezet bij cruciale medewerkers met milde klachten die niet in contact komen met kwetsbare personen, leraren incluis. Met een negatieve zelftest kan de cruciale medewerker aan het werk, indien mogelijk met PBM. Dit gaat alleen om situaties waarbij werkzaamheden niet vanuit huis kunnen worden gedaan.

Sluitingstijd horeca

Ten slotte heeft het OMT kennisgenomen van het voorstel om de sluitingstijden in de horeca te verruimen, maar na 20 uur geen nieuwe bezoekers meer in de gelegenheden toe te laten. Omdat het risico op besmetting niet alleen afhankelijk is van het aantal en wisseling van verschillende bezoekers, maar ook van de contactduur tussen de bezoekers en de intensiteit van het contact, zal door het voorstel het aantal besmettingen toenemen. Daarom adviseert het OMT de sluitingstijd niet te verruimen, maar gelijk te houden aan de tijd dat alle bezoekers de gelegenheid c.q. het pand verlaten. Momenteel is dat op 20.00 uur bepaald.

Tot een nadere mondelinge toelichting ben ik gaarne bereid.

Hoogachtend,

Prof. dr. J.T. van Dissel
Directeur CIb

Productie 10

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

> Retouradres Postbus 1 3720 BA Bilthoven

Aan de Directeur-Generaal van de
Volksgezondheid
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
drs. M. Sonnema
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

Ons kenmerk
0125/2021 LCI/JvD/at/mdv

Behandeld door
LCI

T (030) 274 7000
F (030) 274 4455
lci@rivm.nl

Datum 25 november 2021
Onderwerp Advies n.a.v. 131e OMT

Geachte mevrouw Sonnema,

Op 24 november 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 Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde (NVK), de Nederlandse Vereniging voor Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG, verschillende experts (internist-infectioloog, viroloog, epidemioloog, artsen-microbioloog, een regionaal arts-consulent, ouderengeneeskundige, artsen 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 vervolgadviezen 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 24 november 2021 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 en de resultaten van de modellering.

Adviesvraag VWS:
Wat is het algemene beeld van de epidemiologische situatie en de ontwikkeling van de R? Wat is uw verwachting voor de komende weken?

In de afgelopen 7 kalenderdagen (17-24 november) was het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positieve personen landelijk 874 personen per 100.000 inwoners, met een variatie per regio van 566 tot 1233 per 100.000 in de afgelopen week. De regio's met het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners (≥1000) waren Limburg-Zuid, Zuid-Holland Zuid, Zeeland, Limburg-Noord, Gelderland-Zuid en Brabant-Noord.
Het aantal meldingen in de afgelopen kalenderweek nam toe in alle leeftijdsgroepen en varieerde van 487 tot 1235 per 100.000 inwoners. Het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners betrof de leeftijdsgroep 0-12 jaar. De leeftijdsgroepen onder de 50 jaar hadden hogere incidenties (meer dan 800 per 100.000) dan de leeftijdsgroepen boven de 50 jaar (minder dan 650 per 100.000). In absolute zin betrof 78% van alle meldingen kinderen boven de leeftijd van 12 jaar en volwassenen. Het aantal meldingen vanuit verpleeghuizen en woonzorgcentra nam toe; 35% van de locaties had een of meerdere besmettingen in de afgelopen vier weken.

In het ziekenhuis worden meer kwetsbare ouderen opgenomen. Dit aantal is opgelopen doordat de eerste lijn overbelast is en ziekenhuiszorg niet kan overnemen, thuiszorg en mantelzorg door ziekte uitvallen, en de uitstroom naar de langdurige zorg stokt. Tevens is er sprake van een langere ligduur door betere behandelingsmogelijkheden en is er een nog qua aantal onbekende groep die voor een andere aandoening dan COVID-19 opgenomen wordt, maar bijvoorbeeld preoperatief positief test. Al deze omstandigheden dragen bij aan de druk op de hele zorgketen.
In zorginstellingen testen met regelmaat asymptomatische of mild symptomatische personen positief al zijn ze gevaccineerd. Ofschoon deze groep aanvankelijk geen ernstige klachten aangeeft, blijkt de sterfte in de eerste maanden nadien onder hen toch verhoogd. Verder onderzoek ter karakterisering van deze gevallen volgt.

Reproductiegetal en ziekenhuis- en IC-opnames
De instroom en bezetting op verpleegafdelingen en IC in de ziekenhuizen van personen met een positieve test op SARS-CoV-2 nam verder toe. In de afgelopen kalenderweek werden 1889 opnames in het ziekenhuis geregistreerd, waarvan 297 op de IC, vergeleken met respectievelijk 1551 en 228 de week daarvoor (bron: stichting NICE, d.d. 24 november). Dit is een stijging van 22% instroom totaal, en van 30% op de IC. De hoogste aantallen opgenomen COVID-19-patiënten op verpleegafdelingen in het ziekenhuis betreffen personen van boven de 80 jaar, op de IC ligt die leeftijd lager, nl. van 60-79 jaar. Ook bij jongere leeftijdsgroepen is echter een stijging zichtbaar in opnames, ook op de IC. Op 24 november 2021 was de totale bedbezetting 2535: 2030 op de verpleegafdelingen in het ziekenhuis en 505 op de IC (bron: LCPS).

De meest recente schatting van het reproductiegetal Rt, zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is voor 8 november op basis van Osiris: gemiddeld 1,21 (95%-interval 1,20-1,23) besmettingen per geval. De schatting van het reproductiegetal op basis van het aantal nieuwe ziekenhuisopnames per dag kent een grotere onzekerheid, omdat ze berekend wordt op veel geringere aantallen, en dit reproductiegetal valt lager uit voor 6 november, het is gemiddeld 1,14 (95%-interval 1,00-1,29). Het reproductiegetal berekend op basis van nieuwe IC-opnames is vergelijkbaar, dat is gemiddeld 1,13 (95%-interval 0,77-1,53).

Op basis van het geschatte reproductiegetal voor meldingen van 1,21 is een daling in het aantal risicocontacten van 21% op korte termijn vereist om de incidentie van nieuwe meldingen te stabiliseren en een grotere daling om deze af te laten nemen.

Als proxy voor een daling in het aantal contacten worden de mobiliteitsgegevens gebruikt. De beschikbare indicatoren voor mobiliteit in Nederland zijn Google community mobility reports en Apple mobility trends. Deze indicatoren geven een daling van de mobiliteit in de periode van 13-20 november aan, maar deze is vooralsnog bescheiden.

Uit recente (16-22 november) gegevens van de Gedragsunit blijkt dat de naleving van een aantal gedragsregels (procentueel gezien) is gestegen sinds de vorige meting, te weten: testen bij klachten, het vermijden van drukke plekken, het werken thuis indien mogelijk en het houden van 1,5 meter afstand. Deze stijging is echter beperkt en blijft onder het niveau gemeten tijdens de piek in eerdere golven. De naleving van één van de basisgedragsregels is gedaald: dat is de *ventilatie van de woning*. Meer mensen geven ook aan moeite te hebben met het naleven van deze maatregel. Deze dalende trend is gaande sinds de buitentemperaturen zijn gaan dalen. De naleving van de andere gedragsregels is gelijk gebleven. De naleving is het hoogst bij het dragen van een mondkapje in het openbaar vervoer.
Ook is in de gegevens van de Gedragsunit een kleine daling te zien in het bezoek aan familie en vrienden. Het aandeel mensen dat zich zorgen maakt om het coronavirus is toegenomen.

Conclusie
Het epidemiologisch beeld laat vooralsnog geen kentering zien in het aantal meldingen en opnames, en ook de gegevens van de Gedragsunit en mobiliteitsmaten tonen geen recente aanzienlijke veranderingen.
Het is te vroeg om nu al een effect van de aangescherpte maatregelen van 13 november te kunnen zien, dat duurt nog zeker enkele dagen tot een week. De maatregelen van 4 november geven geen merkbaar effect. Dit beeld stemt niet gerust.
Tegelijkertijd neemt de druk op de zorg toe, niet alleen op de IC, maar ook in andere sectoren van de zorgketen, zoals thuiszorg, verpleeghuis, en huisarts.

C. Adviezen

Adviesvraag VWS:

Eerdere adviezen
In het advies n.a.v. 129 OMT heeft u geadviseerd om, totdat CTB met placering en/of de 1,5 meter maatregel definitief wettelijk geëffectueerd kan worden, extra maatregelen te treffen om het aantal contacten terug te brengen. Deze maatregelen, te weten adviezen over 1,5 meter, thuiswerken en bezoek thuis, vervroegde sluiting van winkels, cultuur en horeca, beperking groepsgrootte voor onderwijs en evenementen zijn op 13 november ingegaan. De 1,5 meterplicht is op 24 november ingegaan.
In het advies n.a.v. 130e OMT geeft u aan dat opvolging van de basisregels dé wijze is om te voorkomen dat striktere maatregelen bovenop de bestaande, tot aan zelfs een mogelijke lockdown, nodig zullen zijn in de komende winterperiode. Het kabinet heeft hierop de communicatiecampagne geïntensiveerd.

Maatregelen
Niet eerder waren de dagelijkse besmettingscijfers zo hoog als in de laatste weken. Ook het aantal ziekenhuisopnames is hoog en een kentering is nog niet in zicht. De prognoses laten een grote onzekerheid zien. Het aantal IC-opnames en het aantal ziekenhuisopnames zit aan de bovenkant van de prognoses, zeker de laatste dagen. We zien dat de kritiek planbare zorg onder druk komt te staan. Ik vraag u dan ook vandaag bijeen te komen om morgen een spoedadvies uit te brengen. Mogen we op korte termijn een kentering verwachten met de maatregelen in het huidige pakket of moeten we een dergelijke kentering forceren. Indien dat laatste het geval is, welke maatregelen zijn daarvoor naar de mening van het OMT noodzakelijk?

De vraag of we op korte termijn een kentering mogen verwachten met de maatregelen in het huidige pakket wordt ontkennend beantwoord. Er is in de meldingen van COVID-19-gevallen onder de bevolking, en in de ziekenhuis- en IC-opnames, die juist de laatste twee dagen zelfs een stapje omhoog lieten zien, nog geen suggestie van een afbuiging, laat staan kentering. De afgelopen week lagen de ziekenhuis- en IC-opnames binnen de onzekerheidsmarges van prognoses volgens een statistisch model dat uitgaat van doorgaande groei; de afgelopen week lagen de ziekenhuis- en IC-opnames steeds aan de bovenzijde van de onzekerheidsmarge in de modelleringen op basis van een transmissiemodel voor een scenario waarbij de IC-bedbezetting met COVID-19-patiënten onder 600 bedden blijft. Ten slotte was de op- en navolging aan gedragsmaatregelen en de verandering in mobiliteit-paramaters onvoldoende om de toename van ziekenhuis en IC-opnames op korte termijn te kunnen keren, al zaten enkele onderdelen ervan wel iets in de lift, hetgeen natuurlijk gunstig is.

Om een gewenste kentering te forceren, adviseert het OMT minimaal de hieronder genoemde maatregelen door te voeren. Deze maatregelen zijn erop gericht om minimaal 20 tot 25% van de contacten die leiden tot virusoverdracht, te voorkomen. Dit percentage van 20 tot 25% is nodig om bij een reproductiegetal van rond de 1,20-1,25 het aantal nieuwe besmettingen te stabiliseren. Meer is nodig om deze duidelijk terug te gaan brengen. Meer maatregelen zouden de daling en met name de snelheid van afname verder kunnen bevorderen, maar moeten gewogen tegenover de maatschappelijke schade die ze veroorzaken.

Tenslotte zijn er meerdere zijden aan de keuzes. De belasting van de zorg die nu de belangrijkste motivatie is voor het invoeren van maatregelen, hangt uiteraard af van de mate van afschaling van planbare zorg, reguliere zorg, van poliklinieken, verplaatsing en inzet van personeel van de ene afdeling naar een COVID-19-cohort, et cetera. Dit betekent dat hierin impliciet keuzes gemaakt worden tussen COVID-19-zorg en andere zorg, die ook tot gezondheidsschade leiden op bevolkingsniveau.

Het OMT adviseert om minimaal de volgende maatregelen door te voeren, om een reductie van het aantal contacten en daarmee de mogelijkheid tot besmettingen te bewerkstelligen. Deze maatregelen zouden voor de duur van 3 weken moeten gelden. De komende weken zal het OMT de situatie frequent opnieuw beoordelen, en uiteraard eerder adviseren als de situatie daartoe noopt.

Het OMT is voorstander van generieke maatregelen, die eenduidig te communiceren zijn en geen uitzonderingen kennen. Het OMT adviseert, met ingang van direct te laten ingaan:

- het aanhouden van de maatregelen van 13 november jl., en daar bovenop:
- op korte termijn: opvolging van de basisregels, te weten bronisolatie en testen bij klachten, en de toegevoegde set van collectieve maatregelen, zoals de 1,5 m-afstandsnorm en het gebruik van mondneusmaskers daar waar die afstand niet aangehouden kan worden, is de minst ingrijpende en daarmee aangewezen wijze om verspreiding van SARS-CoV-2 snel naar beneden te brengen; uit modellering blijkt dat als iedereen zich aan de basisregels zou houden, de verspreiding af zal nemen. Een maximale inspanning op communicatie, van inrichten van de omgeving om de gedragsregels te steunen, en van controle en handhaving moet hierop uitgevoerd worden;
- een algehele sluiting tussen 17.00 uur en 05.00 uur van alle gelegenheden, met alleen uitzondering van de essentiële winkels en essentiële dienstverlening;
- overdag het binnen en buiten verplicht aanhouden van de 1,5 m-afstandsnorm;
- breed gebruik van het CTB, met in alle binnenruimtes, inclusief in de retail, horeca, cultuur, sport, etc., een beperking van het aantal bezoekers tot 33% van de oorspronkelijke capaciteit en gebruik van mondneusmakers bij verplaatsingen binnen, bij hoge incidentie is 3G namelijk niet voldoende, en behoeft dus aanvulling met additionele maatregelen;
- het breed gebruik van het CTB, met in de horeca overdag de noodzaak tot placering, en mondneusmasker bij verplaatsingen in de zaak;
- het CTB in te voeren voor personeel in alle sectoren waar bezoekers een CTB moeten tonen (horeca, sport, cultuur, etc.);
- het beperken van binnenlandse reizen tot essentiële verplaatsingen, en zorg dragen voor verminderde drukte in de treinen en OV, bijv. door inzetten van langere treinen;
- het zo veel mogelijk thuiswerken tenzij het niet anders kan, waarbij op het werk geborgd wordt dat de 1,5 m-afstandsnorm ten alle tijden gerespecteerd wordt;
- het bezoek thuis voorlopig nog op 4 personen te houden, waarbij aandacht is voor de kinderen in het gezelschap en de rol die zij kunnen spelen in het besmetten van kwetsbare ouderen; hiertoe zal een eerder gehanteerd protocol worden aangepast;
- op langere termijn (maanden): een hoge immuniteit onder de bevolking biedt de beste garantie en bescherming 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. De weg daaruit is een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad na te streven van minstens 95%;
- op middellange termijn (weken tot maanden): om de toediening van de boostervaccinatie met maximale inspanning voort te zetten (en daarbij te overwegen bijv. ook studenten geneeskunde te doen aansluiten), waarbij de prioriteit bij de hoogste leeftijdsgroepen teruggaand tot en met de zestigers moet liggen – dit kan de druk op de zorg verlichten, niet alleen van de ouderen die ondanks vaccinatie in het ziekenhuis worden opgenomen wegens verminderde werking van het vaccin, maar ook van de mildere beelden onder ouderen in de eerstelijnszorg en onder verpleeghuiscliënten, omdat de recente ECDC-aanbeveling ook kortetermijneffecten tegen infectie vermeldt; op korte termijn biedt een versnelde boostervaccinatie geen uitkomst als alternatief voor bovenvermelde beperkende maatregelen en het biedt géén oplossing om de oplopende uitbraak nu, binnen enkele weken, te bestrijden.

Ten aanzien van het onderwijs: ofschoon in het onderwijs veel besmettingen optreden, die tot doorgifte van de infectie aan de ouders kunnen leiden, adviseert het OMT geen algemene schoolsluiting. Overall vindt ~80% van de besmettingen buiten de basisschoolleeftijd plaats, en beperking van overdracht en infecties bij kinderen hebben geen rechtstreeks effect op de belasting van de zorg, omdat COVID-19 bij kinderen zelden tot ernstige ziekte leidt. Zoals eerder aangegeven wil het OMT nieuwe beperkende maatregelen in het onderwijs het liefst vermijden, vanwege wetenschappelijk bewijs voor schade aan de ontwikkeling van kinderen als zij onderwijs ontberen. Het OMT adviseert wel de volgende aanvullende maatregelen te nemen:
- om de infectiedruk op basisscholen te verminderen en daarmee het risico van het doorsijpelen van de besmettingen naar ouders en zelfs grootouders, om kinderen in de basisschoolleeftijd, geassisteerd en onder toezicht, tweemaal per week te testen met een antigeensneltest (hier kunnen ook zelftesten voor gebruikt worden);
- te overwegen de kerstvakantie naar voren te verlengen.

Ten slotte vraagt het OMT aandacht voor Black Friday, en de risico's die aan de drukte in (winkel)centra verbonden zijn, juist nu maatregelen worden aangescherpt.

Verder zal het OMT de komende dagen aandacht besteden aan het actualiseren van de adviezen voor personen ouder dan 70 jaar.

Tot een nadere mondelinge toelichting ben ik gaarne bereid.

Hoogachtend,

Prof. dr. J.T. van Dissel
Directeur CIb

Productie 11

STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 48461
26 november 2021

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, van 26 november 2021, kenmerk 3282685-1019928-WJZ, houdende wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met enkele verzwaringen, waaronder een verplichte sluitingstijd

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,

Handelende in overeenstemming met de Ministers van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en van Economische Zaken en Klimaat en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;

Handelende in overeenstemming met het gevoelen van de ministerraad;

Gelet op de artikelen 58e, eerste lid, 58f, vijfde lid, 58h, eerste lid, 58i, 58j, eerste lid, onder a, en 58q, eerste lid, van de Wet publieke gezondheid;

Besluit:

ARTIKEL I

De Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 1.1 wordt in de alfabetische volgorde een begripsbepaling ingevoegd, luidende:

> *kuchscherm:* voorwerp dat op grond van zijn ontwerp bestemd is om ten minste geplaatst te worden tussen personen teneinde de verspreiding van virussen en ziektekiemen tegen te gaan;

B

Artikel 2.9 komt te luiden:

> **Artikel 2.9 Kuchscherm**
>
> De veiligeafstandsnorm geldt niet voor personen die op een terras in de buitenlucht behorende bij een eet- en drinkgelegenheid aan weerszijden van een tussen zitplaatsen geplaatst kuchscherm zitten en hun gezicht aan de voor hen bestemde zijde van het kuchscherm houden.

C

Artikel 2a.2 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het opschrift wordt ‘beroepsonderwijs en hoger onderwijs’ vervangen door ‘onderwijsinstellingen’.

2. Het eerste lid komt te luiden:

> 1. Personen in een onderwijsinstelling of een andere binnenruimte die door een onderwijsinstelling voor onderwijsactiviteiten wordt gebruikt, dragen een mondkapje.

3. In het tweede lid, onder c, wordt ‘voor personeel van een instelling voor beroepsonderwijs of een instelling voor hoger onderwijs’ vervangen door ‘voor personen in een onderwijsinstelling’.

4. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:

> 4. Het eerste lid geldt niet voor leerlingen van instellingen voor primair onderwijs.

D

In artikel 2a.9 wordt ‘, als bedoeld in artikel 4.2, vierde lid, onder f’ vervangen door ‘als bedoeld in artikel 4.2, vierde lid, aanhef en onder f, en personen die niet geplaceerd zijn’.

E

Na hoofdstuk 2 wordt een hoofdstuk ingevoegd, luidende:

HOOFDSTUK 3 GROEPSVORMING

Artikel 3.1 Groepsvorming boven vier personen

1. Op een openbare plaats, een erf behorende bij een publieke plaats en een erf behorende bij een besloten plaats, niet zijnde een woning, is het tussen 17.00 uur en 05.00 uur niet toegestaan zich in groepsverband op te houden met meer dan vier personen tijdens het in georganiseerd verband:
   a. sporten;
   b. beoefenen van kunst en cultuur;
   c. deelnemen aan een jeugdactiviteit.

2. Het eerste lid geldt niet voor trainers en begeleiders van de activiteiten, genoemd in het eerste lid, en groepsverbanden die noodzakelijk zijn voor de continuering van de dagelijkse werkzaamheden van instellingen, bedrijven en andere organisaties.

F

Artikel 4.a1 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het opschrift vervalt ‘tussen 18.00 uur en 06.00 uur’.

2. De aanhef komt te luiden:

Tot en met 19 december 2021 om 05.00 uur worden tussen 17.00 uur en 05.00 uur geen andere winkels voor publiek opengesteld dan:

3. In de onderdelen a, b, c en d wordt ‘06.00 uur’ telkens vervangen door ‘05.00 uur’.

4. Onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel g door een puntkomma vervalt onderdeel h.

G

Artikel 4.a2 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het opschrift vervalt ‘tussen 18.00 uur en 06.00 uur’.

2. In de aanhef van het eerste lid wordt ‘Van 13 november 2021 om 18.00 uur tot en met 4 december 2021 om 06.00 uur’ vervangen door ‘Tot en met 19 december 2021 om 05.00 uur’ en wordt ‘18.00 uur en 06.00 uur’ vervangen door ‘17.00 uur en 05.00 uur’.

H

Artikel 4.1 komt te luiden:

Artikel 4.1 Algemene voorwaarden voor openstelling publieke plaatsen

1. Een publieke plaats wordt slechts voor publiek opengesteld, indien de beheerder er zorg voor draagt dat:
   a. hygiënemaatregelen worden getroffen;
   b. stromen van publiek worden gescheiden; en
   c. degene die geplaceerd is, uitsluitend van de aangewezen plaats gebruikmaakt;
   d. in doorstroomlocaties slechts één persoon per 5 m^2 voor publiek toegankelijke oppervlakte wordt binnengelaten.

I

Artikel 4.2 wordt als volgt gewijzigd:

1. Aan het eerste lid wordt, onder vervanging van de punt aan het slot door een putkomma, een onderdeel toegevoegd, luidende:

d. de zitplaatsen zo worden neergezet dat het publiek op de veilige afstand van elkaar zit.

2. Het zevende lid wordt als volgt gewijzigd:

a. 'van 13 november 2021 om 18.00 uur tot en met 4 december 2021 om 06.00 uur' wordt vervangen door 'tot en met 19 december 2021 om 05.00 uur'.

b. '20.00 uur' wordt vervangen door '17.00 uur' en wordt in plaats van '06.00 uur' gelezen '05.00 uur'.

3. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:

8. Artikel 4.1, onder c, en het eerste lid, onder d, gelden niet ten aanzien van de bij een eet- en drinkgelegenheid behorende terrassen in de buitenlucht die aan de bovenzijde of aan drie zijden open zijn, indien de beheerder er zorgt voor draagt dat tussen het geplaceerde publiek kuchschermen worden geplaatst die voldoen aan de volgende voorwaarden:
   a. het kuchscherm heeft een hoogte van ten minste 1,80 meter van de vloer gemeten;
   b. de onderkant van het kuchscherm bevindt zich op ten hoogste 50 centimeter van de vloer gemeten;
   c. het kuchscherm dat is geplaatst tussen twee zitplaatsen, heeft een breedte van ten minste 92 centimeter;
   d. het kuchscherm dat is geplaatst tussen drie of meer zitplaatsen, heeft een breedte van ten minste 1,85 meter;
   e. het oppervlak van het kuchscherm is zodanig dat dit ten behoeve van de hygiëne kan worden schoongemaakt;
   f. het kuchscherm bestaat uit deugdelijk materiaal, is van een deugdelijke constructie en is zodanig geplaatst, bevestigd of ingericht en wordt zodanig gebruikt dat het gevaar dat zich een ongewilde gebeurtenis voordoet, zoals verschuiven, omvallen, kantelen en getroffen worden door het kuchscherm of onderdelen daarvan zoveel mogelijk wordt voorkomen.

J

Artikel 4.3 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid wordt als volgt gewijzigd:

a. In onderdeel c wordt 'van 13 november 2021 om 18.00 uur tot en met 4 december 2021 om 06.00 uur' vervangen door 'tot en met 19 december 2021 om 05.00 uur'.

b. Onderdeel d komt te luiden:

d. tot en met 19 december 2021 om 05.00 uur niet meer dan 1.250 personen als publiek per zelfstandige ruimte worden toegelaten in een locatie voor de vertoning van kunst en cultuur.

c. Er wordt, onder vervanging van de punt aan het slot door een puntkomma, een onderdeel toegevoegd, luidende:

e. de locatie tot en met 19 december 2021 om 05.00 uur niet voor publiek opengesteld wordt tussen 17.00 uur en 05.00 uur.

2. Het derde lid komt te luiden:

3. Het eerste lid geldt niet voor de beoefening van kunst en cultuur in het kader van onderwijsactiviteiten, het eerste lid, aanhef en onder a en b, geldt niet voor de vertoning van kunst en cultuur in het kader van onderwijsactiviteiten en de vertoning van kunst en cultuur behorende bij de reguliere exploitatie van bibliotheken.

K

Artikel 4.4 wordt als volgt gewijzigd:

1. Aan het eerste lid wordt, onder vervanging van de punt aan het slot door een puntkomma, een onderdeel toegevoegd, luidende:

c. de locatie tot en met 19 december 2021 om 05.00 uur niet voor publiek opengesteld wordt tussen 17.00 uur en 05.00 uur, met uitzondering van openstelling voor topsporters als bedoeld in artikel 4.4, derde lid.

2. Aan het derde lid worden, onder verlettering van onderdeel z tot onderdeel cc, drie onderdelen toegevoegd, luidende:

z. topsporters die uitkomen in de Marathon Cup;
aa. topsporters die uitkomen in de Trachitol Cup;
bb. topsporters die uitkomen op het NK marathonschaatsen;

L

Artikel 5.1 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid wordt als volgt gewijzigd:

a. In onderdeel g wordt '4 december 2021 om 06.00 uur' vervangen door '19 december 2021 om 05.00 uur'.

b. In onderdeel h wordt 'van 13 november 2021 om 18.00 uur tot en met 4 december 2021 om 06.00 uur' vervangen door 'tot en met 19 december 2021 om 05.00 uur' en wordt '18.00 uur en 06.00 uur' vervangen door '17.00 uur en 05.00 uur'.

c. Er wordt, onder vervanging van de punt aan het slot door een puntkomma, een onderdeel toegevoegd, luidende:

i. de daar aanwezige personen de bij of krachtens artikel 58f van de wet gestelde regels in acht kunnen nemen.

2. In het tweede lid wordt na 'uitvaarten' ingevoegd ', evenementen in doorstroomlocaties'.

3. Het derde lid vervalt, onder vernummering van het vierde tot derde lid.

4. In het derde lid (nieuw) wordt na 'sportwedstrijden' ingevoegd 'van topsporters als bedoeld in artikel 4.4, derde lid,' en vervalt ', de vertoning van kunst en cultuur'.

M

Artikel 5.2, eerste lid, wordt als volgt gewijzigd:

1. In onderdeel f wordt '4 december 2021 om 06.00 uur' vervangen door '19 december 2021 om 05.00 uur' en wordt na 'geplaceerd' ingevoegd 'op de veilige afstand van elkaar'.

2. Onderdeel g komt te luiden:

g. tot en met 19 december 2021 om 05.00 uur:
1°. bij doorstroomevenementen slechts één persoon per 5 m^2 voor deelnemers toegankelijke oppervlakte wordt binnengelaten;
2°. ten hoogste 1.250 deelnemers worden toegelaten, met uitzondering van deelnemers bij evenementen waarbij sprake is van doorstroom van deelnemers.

N

In artikel 6.10, eerste lid, wordt '4 december 2021 om 06.00 uur' vervangen door '19 december 2021 om 05.00 uur'.

ARTIKEL II

Indien de Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, van 22 november 2021, kenmerk 3282122-1019861-WJZ, houdende wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met het toevoegen van mogelijkheden voor het verkrijgen van een coronatoegangsbewijs en

enkele herstelpunten en de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Bonaire, de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Sint Eustatius en de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Saba in verband met het opnemen van een grondslag voor het blokkeren van coronatoegangsbewijzen en wijzigingen ten aanzien van testverplichtingen in werking treedt, wordt in artikel 5.2, zevende lid (nieuw), van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 '4 december 2021 om 06.00 uur' vervangen door '19 december 2021 om 05.00 uur'.

ARTIKEL III

Deze regeling treedt in werking met ingang van 28 november 2021 om 05.00 uur.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

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

De Minister van Justitie en Veiligheid,
F.B.J. Grapperhaus

De Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,
K.H. Ollongren

TOELICHTING

1. Algemeen

Strekking

Deze regeling wijzigt de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 (Trm). Deze regeling is gebaseerd op de ingevolge de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 geldende bepalingen van de Wet publieke gezondheid (Wpg).

Pijlers van de bestrijding van de epidemie

Vanwege het virus geldt over de periode van ruim anderhalf jaar reeds ingrijpende maatregelen, die zijn gebaseerd op drie pijlers:
– een acceptabele belasting van de zorg – ziekenhuizen moeten kwalitatief goede zorg kunnen leveren aan zowel covid-19-patiënten als aan patiënten binnen de reguliere zorg;
– het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving;
– het zicht houden op en het inzicht hebben in de verspreiding van het virus.

Deze pijlers zijn ook voor de maatregelen van deze regeling uitgangspunt. Daarnaast geldt als uitgangspunt het sociaal-maatschappelijk perspectief gericht op het beperken van economische en maatschappelijke schade op korte termijn, aandacht voor structurele maatschappelijke en economische schade en het voorkomen dat de lasten onevenredig neerslaan bij bepaalde groepen.

2. Epidemiologische situatie

Het Outbreak Management Team (OMT) heeft naar aanleiding van de 131e bijeenkomst geadviseerd over het algemene beeld van de epidemiologische situatie, de ontwikkeling van het reproductiegetal en de verwachting voor de komende weken, ook ten aanzien van de verwachte ziekenhuis- en intensivecare- (IC-)bezetting en mede gelet op de ontwikkeling van de vaccinatiegraad en de verwachtingen ten aanzien van de verschillende virusvarianten. Aan dat advies wordt het volgende ontleend.

Verloop van de epidemie

In de afgelopen zeven kalenderdagen (17 tot 24 november 2021) was het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positieve personen landelijk 874 personen per 100.000 inwoners, met een variatie per regio van 566 tot 1.233 per 100.000 inwoners in de afgelopen week. De regio's met het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners (≥1.000) waren Limburg-Zuid, Zuid-Holland-Zuid, Zeeland, Limburg-Noord, Gelderland-Zuid en Brabant-Noord.

Het aantal meldingen in de afgelopen kalenderweek nam toe in alle leeftijdsgroepen en varieerde van 487 tot 1.235 per 100.000 inwoners. Het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners betrof de leeftijdsgroep 0 tot 12 jaar. De leeftijdsgroepen onder de 50 jaar hadden hogere incidenties (meer dan 800 per 100.000 inwoners) dan de leeftijdsgroepen boven de 50 jaar (minder dan 650 per 100.000 inwoners). In absolute zin betrof 78% van alle meldingen kinderen boven de leeftijd van 12 jaar en volwassenen. Het aantal meldingen vanuit verpleeghuizen en woonzorgcentra nam toe; 35% van de locaties had een of meerdere besmettingen in de afgelopen vier weken.

In het ziekenhuis worden meer kwetsbare ouderen opgenomen. Dit aantal is opgelopen doordat de eerste lijn overbelast is en ziekenhuiszorg niet kan overnemen, thuiszorg en mantelzorg door ziekte uitvallen, en de uitstroom naar de langdurige zorg stokt. Tevens is er sprake van een langere ligduur door betere behandelingsmogelijkheden en is er een nog qua aantal onbekende groep die voor een andere aandoening dan covid-19 opgenomen wordt, maar bijvoorbeeld preoperatief positief test. Al deze omstandigheden dragen bij aan de druk op de hele zorgketen.

In zorginstellingen testen met regelmaat asymptomatische of mild symptomatische personen positief, ondanks dat zij gevaccineerd zijn. Ofschoon deze groep aanvankelijk geen ernstige klachten aangeeft, blijkt de sterfte in de eerste maanden nadien onder hen toch verhoogd. Verder onderzoek ter karakterisering van deze gevallen volgt.

Reproductiegetal en ziekenhuis- en IC-opnames

De instroom en bezetting op verpleegafdelingen en IC in de ziekenhuizen van personen met een positieve test op SARS-CoV-2 nam verder toe. In de afgelopen kalenderweek werden 1.889 opnames

in het ziekenhuis geregistreerd, waarvan 297 op de IC, vergeleken met respectievelijk 1.551 en 228 de week daarvoor (bron: stichting NICE, 24 november 2021). Dit is een stijging van 22% instroom in het ziekenhuis in totaal, en van 30% op de IC. De hoogste aantallen opgenomen covid-19-patiënten op verpleegafdelingen in het ziekenhuis betreffen personen van boven de 80 jaar. Op de IC ligt die leeftijd lager, namelijk van 60 tot 79 jaar. Ook bij jongere leeftijdsgroepen is echter een stijging zichtbaar in opnames, ook op de IC. Op 24 november 2021 was de totale bedbezetting 2535: 2.030 op de verpleegafdelingen in het ziekenhuis en 505 op de IC (bron: LCPS).

De meest recente schatting van het reproductiegetal Rt, zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is voor 8 november 2021 op basis van Osiris gemiddeld 1,21 (95%-interval 1,20-1,23) besmettingen per geval. De schatting van het reproductiegetal op basis van het aantal nieuwe ziekenhuisopnames per dag kent een grotere onzekerheid, omdat ze berekend wordt op veel geringere aantallen, en dit reproductiegetal valt lager uit voor 6 november 2021, het is gemiddeld 1,14 (95%-interval 1,00-1,29). Het reproductiegetal berekend op basis van nieuwe IC-opnames is vergelijkbaar, dat is gemiddeld 1,13 (95%-interval 0,77-1,53).

Op basis van het geschatte reproductiegetal voor meldingen van 1,21 is een daling in het aantal risicocontacten van 21% op korte termijn vereist om de incidentie van nieuwe meldingen te stabiliseren en een grotere daling om deze af te laten nemen.

Als proxy voor een daling in het aantal contacten worden de mobiliteitsgegevens gebruikt. De beschikbare indicatoren voor mobiliteit in Nederland zijn Google community mobility reports en Apple mobility trends. Deze indicatoren geven een daling van de mobiliteit in de periode van 13 tot 20 november 2021 aan, maar deze is vooralsnog bescheiden.

Uit recente gegevens (16 tot 22 november 2021) van de Gedragsunit van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) blijkt dat de naleving van een aantal gedragsregels (procentueel gezien) is gestegen sinds de vorige meting, te weten: testen bij klachten, het vermijden van drukke plekken, het thuiswerken indien mogelijk en het houden van anderhalve meter afstand. Deze stijging is echter beperkt en blijft onder het niveau dat is gemeten tijdens de piek in eerdere golven. De naleving van één van de basisgedragsregels is gedaald: de ventilatie van de woning. Meer mensen geven ook aan moeite te hebben met het naleven van deze maatregel. Deze dalende trend is gaande sinds de buitentemperaturen zijn gaan dalen. De naleving van de andere gedragsregels is gelijk gebleven. De naleving is het hoogst bij het dragen van een mondkapje in het openbaar vervoer.

Ook is in de gegevens van de Gedragsunit van het RIVM een kleine daling te zien in het bezoek aan familie en vrienden. Het aandeel mensen dat zich zorgen maakt om het coronavirus is toegenomen.

3. Hoofdlijnen van deze regeling

Maatregelen

Het kabinet heeft besloten tot het nemen van aanvullende maatregelen, bovenop het maatregelenpakket dat sinds 12 november 2021 van kracht is.

De sluitingstijden worden verruimd en gaan gelden tussen 17.00 uur en 05.00 uur. Met deze regeling worden de sluitingstijden voor niet-essentiële detailhandel en bepaalde diensten, eet- en drinkgelegenheden en evenementen vervroegd. Deze gaan ook gelden voor onder meer sport (met uitzondering van topsporters) en de beoefening én vertoning van kunst en cultuur. Op locaties waar nu een coronatoegangsbewijs (CTB) dient te worden getoond zal aanvullend de veilige afstand gaan gelden, wat neer komt op ook een bezoekersnorm gelden van 1 persoon op 5 m^2 bij doorstroomlocaties gaan gelden. Bovendien geldt er vanaf zondag 28 november 2021 in deze locaties bij verplaatsingen in de locatie een mondkapjesplicht.

Deze maatregelen worden van kracht vanaf zondag 28 november 2021 om 05.00 uur.

Detailhandel en dienstverlening

Per 13 november 2021 zijn de openingstijden beperkt voor niet-essentiële detailhandel en locaties waar bepaalde dienstverlening plaatsvindt. Met deze regeling worden hier, in aansluiting op het advies van het OMT om contactmomenten verder en zoveel mogelijk te reduceren, aanpassingen in aangebracht. Er gaat daarom een sluitingstijd gelden tussen 17.00 uur en 05.00 uur. Voor winkels in de levensmiddelenbranche voor mens en dier, drogisterijen, winkels in zorg- en welzijnshulpmiddelen en groothandels blijft een sluitingstijd van 20.00 uur gelden. Voor apotheken, tankstations en de daarbij behorende winkels, winkels op luchthavens na de securitycheck blijven de reguliere sluitingstijden

gelden. Ook afhalen is tijdens de bovengenoemde sluitingstijden niet toegestaan.

In de wijzigingsregeling van 12 november 2021 van de Trm zijn specifieke publieke plaatsen benoemd waar bepaalde dienstverlening plaatsvindt. Voor deze plaatsen geldt dat ook zij tussen 17.00 uur en 05.00 uur gesloten dienen te zijn.
In het kader van de openingstijd vanaf 05.00 uur geldt dat dit geen verruiming is ten opzichte van de tijden die op grond van wet- en regelgeving of vergunningen gelden. Deze laatste is hierin, ook voor afhaal, leidend.

Voor doorstroomlocaties, waaronder alle winkels, geldt dat hier maximaal 1 persoon per 5 m^2 toegelaten mag worden.

Sport en kunst en cultuur

Met de nieuwe maatregelen worden ook de regels voor sport en kunst en cultuur aangepast. Voor sport blijft overeind dat er op binnensportlocaties voor personen vanaf achttien jaar een CTB verplicht is en dat er geen publiek aanwezig mag zijn. Daar wordt met deze regeling aan toegevoegd dat sportlocaties, zowel binnen als buiten, tussen 17.00 en 05.00 uur gesloten dienen te zijn. Dit geldt zowel voor de wedstrijden als de trainingen en lessen.

Dit betekent dat onder meer zwemlessen en voetbaltrainingen, maar ook volleybal- en hockeywedstrijden tussen 05.00 uur en 17.00 uur zonder toeschouwers zijn toegestaan, maar om 17.00 uur afgelopen dienen te zijn. Op deze tijden wordt alleen een uitzondering gemaakt voor wedstrijden van topsporters. Zij kunnen hun wedstrijden en trainingen wel na 17.00 uur doorgang laten vinden. Daar geldt echter nog altijd dat er geen toeschouwers aanwezig mogen zijn.

Voor locaties voor de vertoning of de beoefening van kunst en cultuur geldt eveneens dat personen vanaf achttien jaar verplicht zijn een CTB te tonen. Verder geldt voor deze locaties dat het publiek moet worden geplaceerd (tenzij er sprake is van doorstroom) en dat er een maximum van 1.250 personen per zelfstandige ruimte is. Met deze regeling wordt daaraan toegevoegd dat deze locaties tussen 17.00 en 05.00 uur voor publiek gesloten dienen te zijn.

Verder geldt voor deze locaties dat deze ingericht moeten zijn op de maximale anderhalve meter capaciteit, wat overeenkomt met een maximum aantal personen van een derde van de reguliere capaciteit of één persoon per 5 m^2 in doorstroomlocaties. Dit maximum wordt naast het bestaande maximum van 1.250 personen per zelfstandige ruimte geïntroduceerd. Als de maximale anderhalve meter capaciteit meer is dan 1.250 personen, dan kunnen deze personen alleen worden toegelaten als het maximum van 1.250 personen per zelfstandige ruimte daarmee niet overschreden wordt.

De bestaande uitzondering voor de beoefening van kunst en cultuur in het kader van onderwijsactiviteiten wijzigt niet. Dit is dus ook na 17.00 uur toegestaan. Voor de vertoning van kunst en cultuur in het kader van onderwijsactiviteiten en de vertoning van kunst en cultuur behorende bij de reguliere exploitatie van bibliotheken gelden de aangescherpte sluitingstijden wel. Na 17.00 uur kunnen die vertoningen dus niet meer plaatsvinden.

Groepsvormingsverbod tussen 17.00 en 05.00 uur

Gezien het advies van het OMT om contactmomenten zoveel mogelijk te beperken, geldt ook voor de beoefening van sport en kunst en cultuur in georganiseerd verband dat dit tussen 17.00 uur en 05.00 uur buiten alleen is toegestaan met maximaal vier personen. Trainers en begeleiders zijn hiervan uitgezonderd. Bij kunst- en cultuurbeoefening en sportbeoefening in georganiseerd verband kan gedacht worden aan vioolles, toneelles, fitness en bootcamp. Yogales onder begeleiding van een instructeur of repetitie van een brassband in het park zijn daarom alleen mogelijk na 17.00 uur met maximaal vier personen, exclusief begeleider of instructeur. Buitenspelen, zoals een balletje trappen op een openbaar voetbalveldje, en hardlopen op de openbare weg is na 17.00 uur wel toegestaan met meer dan vier personen. Ook voor georganiseerde jeugdactiviteiten, zoals scouting, geldt dat deze na 17.00 uur buiten alleen zijn toegestaan met maximaal vier personen. Ook hier zijn begeleiders uitgezonderd van het maximaal aantal personen. Er geldt een algemene uitzondering op het groepsvormingsverbod voor groepsverbanden die noodzakelijk zijn voor de continuering van de dagelijkse werkzaamheden van instellingen, bedrijven en andere organisaties. Hieronder vallen bijvoorbeeld professionele sporters bij trainingen in de openbare ruimte of acteurs bij een opname voor een productie.

Horeca

Gezien voor eet- en drinkgelegenheden naast de CTB-verplichting opnieuw de veiligeafstandsnorm

gaat gelden, wordt het net zoals eerder bij de openstelling van de buitenterrassen per 28 april 2021, onder voorwaarden toegestaan om op buitenterrassen kuchschermen te plaatsen. Voor personen die zich aan weerszijden van de schermen bevinden, geldt in dat geval een uitzondering op de veiligeafstandsnorm, zolang zij hun gezicht aan de voor hen bestemde zijde van het kuchscherm houden. Een kuchscherm is een voorwerp dat op grond van zijn ontwerp bestemd is om ten minste geplaatst te worden tussen personen teneinde de verspreiding van ziektekiemen tegen te gaan. De instructie van TNO waarin is opgenomen waaraan een kuchscherm moet voldoen wordt opnieuw van kracht. Deze eisen zijn in artikel 4.2, achtste lid Trm opgenomen.

Evenementen

Ook de tijden voor het evenementenverbod worden met deze regeling aangepast. Evenementen zijn met deze regeling tussen 17.00 uur en 05.00 uur verboden. Evenementen vóór 17.00 uur kunnen dan dus doorgaan (ten overvloede: binnen de kaders van de gewone lokale regels voor evenementen), maar moeten om 17.00 uur zijn afgelopen. Ongeplaceerde evenementen zijn geheel verboden. Van dit verbod zijn verder alleen nog sportwedstrijden van topsporters zonder publiek uitgezonderd. De uitzondering voor vertoningen van kunst en cultuur vervalt met deze regeling. Daarvoor geldt dus dat zij ook alleen nog tussen 05.00 en 17.00 uur plaats kunnen vinden. Verder worden er met deze regeling aanvullende bezoekersnormen ingevoerd. Er geldt voor evenementen een norm van 100% van de capaciteit op anderhalve meter afstand of een norm van 1 persoon op 5 m^2 als sprake is van doorstroom. Dit komt bovenop de verplichting het publiek te placeren en het maximum van 1.250 personen per zelfstandige ruimte. Uitgezonderd van de placeringsplicht en het maximum van 1.250 personen blijven de doorstroomevenementen. Daar geldt dan dus echter wel het maximum van 1 persoon per 5 m^2.

Onderwijs

Voor het onderwijs geldt dat dit, gezien het maatschappelijke belang van onderwijs, onder de huidige omstandigheden in fysieke vorm kan blijven plaatsvinden. Wel worden in het onderwijs aanvullende mitigerende maatregelen genomen. Ook geldt wordt de mondkapjesplicht uitgebreid tot alle onderwijsinstellingen met uitzondering van basisscholen, speciale scholen voor basisonderwijs en scholen voor speciaal onderwijs.

4. Noodzakelijkheid en evenredigheid

De noodzaak om maatregelen te treffen volgt uit het recht op gezondheidszorg zoals dit voortvloeit uit artikel 22 van de Grondwet. Dit artikel waarborgt dat het kabinet maatregelen treft ter bevordering en bescherming van de volksgezondheid. Dit sociale grondrecht komt overeen met wat in internationale verdragen is bepaald (artikel 12 van het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten, artikel 11 van het Europees Sociaal Handvest, artikel 35 van het EU-Handvest). Er is dus een grond- en mensenrechtelijke opdracht voor het kabinet om op te treden ter bescherming van de volksgezondheid.

De maatregelen die het kabinet neemt in de strijd tegen het virus raken aan diverse mensenrechten. Zo wordt het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van betrokkenen beperkt (artikel 10 van de Grondwet en artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM)) alsmede het recht op eigendom geraakt (artikel 1 van het Eerste Protocol bij het EVRM) nu bepaalde ondernemingen de sluitingstijden uit deze regeling tijdelijk dienen te hanteren. Deze grond- en mensenrechten hebben met elkaar gemeen dat ze niet absoluut zijn. Beperkingen daarop zijn toegestaan indien zij een wettelijke basis hebben en in een democratische samenleving noodzakelijk zijn. De inperking van grondrechten wordt ook afgewogen tegen de grondwettelijke plicht van het kabinet om de volksgezondheid te beschermen.

Beperkingen van grondrechten dienen volgens vaste jurisprudentie betreffende het EVRM en andere internationale mensenrechtenverdragen noodzakelijk en proportioneel te zijn. De maatregelen die worden genomen, zijn gebaseerd op het OMT-advies naar aanleiding van de 131^e bijeenkomst. Op basis van dit advies mag het kabinet aannemen dat de maatregelen geschikt zijn. Uit het OMT-advies volgt ook de noodzaak om snel geschikte maatregelen te nemen. Ten overvloede wordt opgemerkt dat het OMT niet per maatregel specifiek kan aantonen wat de bijdrage is aan het verminderen van het aantal besmettingen. Op het vraagstuk van proportionaliteit wordt in het onderstaande ingegaan.

In paragraaf 3 is toegelicht welke onderdelen van de Trm bij de inwerkingtreding van deze wijzigingsregeling aangescherpt worden. Met deze regeling wordt een deel van de maatregelen getroffen die in deze fase noodzakelijk zijn.

OMT-advies

Het OMT is voorstander van generieke maatregelen, die eenduidig te communiceren zijn en geen uitzonderingen kennen. Het OMT adviseert naast de aanscherping van een aantal adviezen bovenop het huidige maatregelenpakket onder meer om de maatregelen uit de regeling van 12 november 2021 aan te houden, maar daar bovenop:

- een algehele sluiting tussen 17.00 uur en 05.00 uur van alle gelegenheden, met alleen een uitzondering voor essentiële winkels en essentiële dienstverlening;
- breed gebruik van het CTB, met in alle binnenruimtes, inclusief in de detailhandel, horeca, cultuur, sport, et cetera, gebruik van mondneusmakers bij verplaatsingen binnen. In eet- en drinkgelegenheden geldt aanvullend overdag de noodzaak tot placering. Bij hoge incidentie is het 3G-model (gevaccineerd, genezen of getest) namelijk niet voldoende en behoeft dus aanvulling met additionele maatregelen.

Het OMT adviseert geen algemene schoolsluiting maar wel aanvullende maatregelen te nemen op scholen. De mondkapjesplicht in het voortgezet onderwijs wordt opnieuw geïntroduceerd.

Sociaalmaatschappelijke en economische reflectie

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

Maatschappelijk beeld en reflectie SCP

Het SCP stelt dat het (gemiddeld) psychisch welbevinden van burgers lager wordt en de (gemiddelde) gevoelens van eenzaamheid hoger worden naarmate het pakket aan maatregelen restrictiever is, naarmate de lockdown zwaarder is en hoe langer de lockdown voortduurt. Langdurige eenzaamheid kan leiden tot psychische klachten. Het is te verwachten dat de mensen die in de afgelopen anderhalve jaar het hardst zijn geraakt door de crisis, hiervan nog niet of onvoldoende hersteld zijn. Verdere negatieve gevolgen en ervaringen komen daar dus bovenop. De coronacrisis laat zien dat de bestrijding van het virus en de maatregelen die worden genomen ook leiden tot crisiseffecten op andere terreinen. Een meervoudige crisis als deze vereist dus een meervoudige aanpak met perspectief. Ook bij nieuwe uitbraken moeten de maatschappelijke korte en lange termijneffecten van maatregelen meewegen in de besluitvorming. Daarbij is het volgens het SCP niet alleen belangrijk om overbelasting van de zorg te voorkomen, maar tevens om doorgang van andere cruciale sectoren en activiteiten zoals (fysiek) onderwijs zo goed mogelijk te borgen. Het RIVM heeft recent onderzoek gedaan naar de voorkeuren van mensen indien het opschalen van maatregelen dit najaar aan de orde zou zijn. Volgens het RIVM volgen drie belangrijke principes uit de redeneringen van mensen. Ten eerste moeten de meest effectieve maatregelen genomen worden. Ten tweede hebben maatregelen die tot weinig negatieve (langetermijn)effecten leiden de voorkeur. Ten derde dienen generieke maatregelen in plaats van maatregelen die een specifieke groep of gebied raken genomen worden. Echter, de gevolgen van maatregelen kunnen meer effect hebben op specifieke groepen. Daarom adviseert het SCP om met behulp van gericht flankerend beleid deze negatieve effecten zoveel mogelijk te voorkomen. Daarbij spelen lokale partners (gemeenten, instellingen, bedrijven, sociaal domein) een belangrijke rol om ervoor te zorgen dat werk, voorzieningen of hulp zoveel mogelijk overeind blijven. Voor aanbevelingen en goede praktijken op dit gebied verwijst het 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).

Ten aanzien van het sluiten van scholen geeft het SCP aan dat er veel zorgen over de gevolgen van de crisis voor jongeren en jongvolwassenen zijn. De gezondheidsrisico's van het virus om in het ziekenhuis opgenomen te worden, zijn voor hen tot nu toe lager gebleken dan voor oudere leeftijdsgroepen. Echter, de gevolgen van de genomen maatregelen blijken aanzienlijk. Dit geldt vooral waar het reeds bestaande leerachterstanden versterkt of waar de mindere kwaliteit van (praktijk)onderwijs de waarde van het diploma op de arbeidsmarkt aantast. Het is belangrijk dat jongeren, onderwijzend personeel en ouders steun krijgen bij hun zorgen of mentale klachten. Tegelijkertijd zijn er ook zorgen onder sommige leerlingen, docenten en ouders vanwege het hoge aantal besmettingen onder kinderen. Het SCP geeft aan dat veel maatregelen ingrijpen op de kern van het sociale leven van jongeren, terwijl contacten met leeftijdsgenoten voor hun ontwikkeling juist van groot belang is. De afname in het psychisch welbevinden en toename van enige tot sterke eenzaamheidsgevoelens is bij jongeren en jongvolwassenen het grootst. Het SCP verwacht dat nieuwe forse beperkingen een versterkt negatief effect op jongeren en jongvolwassenen kan hebben, omdat zij de effecten van

eerdere maatregelen nog niet geheel te boven zijn gekomen. Ook vraagt het SCP aandacht voor de onderwijsvertraging dat een deel van de scholieren en studenten mogelijk opgelopen heeft. Een deel van hen zal deze vertraging vermoedelijk alleen met extra inspanning weer in kunnen halen. De vertraging is echter het grootst voor degenen die al voor de pandemie op een achterstand stonden. Voor hen betekent dat de coronacrisis hun achterstand alleen maar groter maakt, welke niet zomaar in te halen is. Het SCP stelt dat (gedeeltelijke) sluiting van het onderwijs ervoor kan zorgen dat de recente inspanningen om vertragingen en achterstanden in te lopen in korte tijd weer teniet kunnen worden gedaan of dat deze vertragingen en achterstanden juist groter worden. Het SCP adviseert daarom eerdergenoemde punten in het belang van jongeren zwaar te laten wegen, maar ook om te voorkomen dat de inmiddels toegekende steungelden in het kader van het Nationaal Programma Onderwijs (€ 8,5 mld) geen of slechts een beperkt effect zullen opleveren.

Volgens het SCP hebben eerdere lockdowns geleerd dat flankerende maatregelen genomen moeten worden en niet pas nadat al te grote schade is aangericht op sociaal en mentaal gebied (zoals leerachterstanden, druk op huishoudens, isolement van jongeren en ouderen, mentale klachten door het wegvallen van uitlaatkleppen als sport en uitgaan, et cetera). Het SCP wijst er tevens op dat bij eerdere lockdowns 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 (onder andere 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. Het SCP adviseert hiermee terdege rekening te houden, zodat tegenstellingen niet onbedoeld worden aangewakkerd, en om in naleving en communicatie een duidelijke en voorspelbare overheid te zijn. Daarnaast geeft het SCP aan dat bij veel onderwerpen, zoals 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 bestaat 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 een grote groep die in het midden zit. Het SCP roept op om in uitingen over polarisatie in de samenleving rekening te houden met deze stille minderheid. Polarisatie veronderstelt twee tegenover elkaar staande groepen. De werkelijkheid zit ingewikkelder in elkaar en het is belangrijk dit communicatief goed over te brengen.

Tot slot adviseert het SCP om het openhouden van scholen zoveel mogelijk te prioriteren, aangezien de maatschappelijke effecten van het afstandsonderwijs groot zijn. Ook zou vanwege de te verwachten gevolgen voor het psychisch welbevinden een eventuele lockdown direct gepaard moeten gaan met ondersteunende maatregelen om hulp vanuit onder andere het sociaal domein en de geestelijke gezondheidszorg te versterken.

Sociaal-maatschappelijke en economische reflectie Trojka

De Ministeries van SZW, EZK en FIN (Trojka) geven aan dat de sociaalmaatschappelijke en economische kosten van (brede) vervroegde sluiting substantieel lager zijn dan bij een algehele sluiting. Indien een algehele sluiting onontkoombaar is, dient deze te worden beperkt in de tijd. Tevens pleit zij ervoor om een uitzondering te maken voor het onderwijs. De Trojka benadrukt dat leerachterstanden groot zijn en niet te repareren zijn met flankerend beleid. Bovendien staat het mentaal welzijn van jongeren onder druk. Corona zorgt volgens recent onderzoek van de GGD, het RIVM en het Trimbos Instituut voor het uitvergroten van psychische klachten bij jongeren, zoals angst en eenzaamheid. Uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek blijkt dat een kwart van de jongeren psychisch ongezond is. Ten aanzien van het sluiten van de niet-essentiële detailhandel, horeca, evenementen en culturele instellingen wijst de Trojka op de hoge sociaalmaatschappelijke en economische kosten die dit met zich brengt. Om deze schade zoveel mogelijk te beperken, dient een eventuele algehele sluiting zo kort mogelijk te duren. Ook vraagt de Trojka aandacht voor duidelijke en geloofwaardige communicatie met betrekking tot de duur van een mogelijke algehele sluiting.

De Trojka pleit voor het scheppen van duidelijkheid over de periode die volgt direct na dit pakket aan maatregelen door middel van een openingsplan. Hierbij wijst de Trojka op de Aanpak Najaar.[1] Zij stelt dat het bieden van perspectief het draagvlak versterkt en de samenleving in staat stelt om te anticiperen op wat komt. De samenleving heeft behoefte aan duidelijkheid en rust. Overweeg ook scherpe keuzes om zoveel mogelijk verantwoord te openen. De sociaalmaatschappelijke en economische kosten van een 2G-regime (gevaccineerd of genezen) in sectoren waar nu 3G (gevaccineerd, genezen of getest) geldt, zijn bijvoorbeeld kleiner dan van volledige sluiting.

Verder doet de Trojka de suggestie een basispakket samen te stellen met weinig invasieve en makkelijk vol te houden maatregelen, waarmee een nieuwe algehele sluiting op de langere termijn

[1] https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2021/09/14/aanpak-najaar.

voorkomen kan worden. Dit zou een pakket moeten zijn dat ook proportioneel is in een situatie met een lage besmettingsgraad. Het gedrag dat daarbij past, zou een routine kunnen worden, hetgeen de naleving bevordert. Tot slot stelt de Trojka dat er een concreet handelingsperspectief moet worden gegeven op welke manier het basispakket van maatregelen kan worden nageleefd. Hierbij moet worden ingezet op een gedragsnorm (welk gedrag zouden we concreet willen zien?) en dienen mensen daarin ondersteund te worden. Ten behoeve van het draagvlak is daarbij wenselijk om ook aan de samenleving te laten zien dat men in het zorgdomein alles op alles zet om IC-opnames te voorkomen, zoals voortgang ten aanzien van boostervaccins en covid-pillen.

Uitvoeringstoets

Nationale Politie, Openbaar Ministerie (OM), buitengewoon opsporingsambtenaren (Rijk)

De politie en het OM stellen vast dat het draagvlak afneemt, ook onder burgers en ondernemers die voorheen welwillend waren. De berichtgeving in de media is bovendien niet inhoudelijk eenduidig, waardoor dit draagvlak nog verder afneemt. Dit bemoeilijkt volgens de politie en het OM de handhaving en leidt tot meer escalatiemomenten.

Daarnaast geven de politie en het OM aan dat een verdieping en verbreding van het maatschappelijk ongenoegen hebben plaatsgevonden. Dit leidt inmiddels tot verstoringen van de openbare orde waarbij het geweld zich, meer dan voorheen, richt tegen politie, handhavers, hulpverleners en gezagsdragers. Bij een lockdown voor een kortere periode vraagt dit volgens de politie en het OM om speciale aandacht. Als er tussentijdse weegmomenten zijn, menen zij dat bij iedere persconferentie opnieuw een triggermoment ontstaat voor maatschappelijk onrust met kans op ongeregeldheden. Maar ook in algemene zin achten de politie en het OM de kans groot dat extra ingrijpende maatregelen worden aangegrepen voor nieuwe protesten waarbij de kans op (ernstige) openbareordeverstoringen groot is. Daarbij moet volgens hen rekening worden gehouden met flitsacties waartoe op sociale media wordt opgeroepen, zonder duidelijke organisatie en aansturing waarbij de deelnemers zich vooral door een zwermdynamiek en op basis van gelegenheid laten kenmerken. Deze acties verlopen volgens de politie en het OM veelal grimmig en met fors geweld.

Meer inhoudelijk overwegen de politie en het OM dat een generieke sluiting van alle sectoren (met uitzondering van essentiële detailhandel) duidelijker is als maatregel en minder handhavingsvraagstukken oplevert. Een dagdeelsluiting heeft bovendien een minder negatief effect op de openbare orde. Daar staat echter tegenover dat één sluitingstijdstip op dat moment tot drukte in de publieke ruimten en in het openbaar vervoer leidt. Voor handhaving van gedragsmaatregelen in de openbare ruimte (zoals groepsvorming of een alcoholverbod) is volgens de politie en het OM ook geen capaciteit beschikbaar. Handhaving zal alleen bij excessen plaatsvinden. De politie en het OM achten het van belang dat dit bij de afweging wordt betrokken.

In het verlengde daarvan waarschuwen de politie en het OM dat samenkomsten zich bij een lockdown naar ‘achter de voordeur’ verplaatsen en dat er illegale feesten ontstaan. Dit terwijl ingrijpen daar, juridisch gezien, (bijna) niet mogelijk is. Bovendien betekent een sluiting van de scholen en sport een grotere kans dat jongeren ook overdag op straat samenscholen en ongeregeldheden veroorzaken. Mits medisch verantwoord, is het vanuit handhaving en openbare orde volgens de politie en het OM dan ook wenselijk om scholen open te houden en sport voor jeugd toe te staan. Met name ook omdat een sluiting van de scholen ertoe zal leiden dat veel politiepersoneel en andere handhavers zorgverlof moeten opnemen, tenzij er noodopvang is.

Sowieso signaleren de politie en het OM dat er sprake is van uitputting van medewerkers en middelen (gewonden, overbelasting, vernielde voertuigen). De politie verwacht dat de reguliere en uitstelbare politiezorg daardoor afgeschaald zal moeten worden. Niet vanwege de handhaving van coronamaatregelen, maar om de openbare orde te handhaven, demonstraties te begeleiden en ongeregeldheden te voorkomen en te bestrijden. De mogelijke code zwart in de ziekenhuizen vormt daarbij naar het oordeel van de politie een extra risico, omdat daardoor ongeregeldheden kunnen ontstaan waar extra inzet van de politie nodig is. Bijstand van defensie is volgens de politie dan ook onvermijdelijk. In ieder geval van de Koninklijke Marechaussee, maar ook andere defensieonderdelen.

Gemeenten (VNG) en veiligheidsregio’s

De VNG vraagt aandacht voor het feit dat het draagvlak afneemt in de samenleving. Dit maakt dat de naleving afneemt en de druk op de handhaving hoger wordt. Dit terwijl de grenzen van de handhavingscapaciteit volgens de VNG bereikt zijn. Verder signaleert de VNG dat er een groeiende tweedeling in de samenleving is. Dit is voor gemeenten een zeer grote zorg, zowel met het oog op onregelmatigheden als op sociaal vlak. De veiligheidsregio’s benadrukken dat nieuwe maatregelen weerstand kunnen oproepen. Een lockdown kan volgens hen bovendien de tegenstelling tussen gevaccineerden

en niet-gevaccineerden vergroten. Zij waarschuwen in dat kader voor mogelijke nieuwe (ernstige) verstoringen van de openbare orde. Het verzoek vanuit de veiligheidsregio's is dan ook om hier in de communicatie rekening mee te houden en de samenleving perspectief te bieden. Zij vragen in dat kader ook om duidelijkheid over hoe lang de maatregelen zullen duren.

De VNG adviseert om de zwaarte van de maatregelen zo gelijk mogelijk te verdelen over de sectoren en ook te kiezen voor maatregelen die erop gericht zijn om de kans op grote drukte en het aantal sociale contactmomenten tussen mensen te beperken, zonder de samenleving en de economie geheel op slot te doen. Dit zorgt volgens de VNG voor draagvlak en vergroot de handhaafbaarheid. De veiligheidsregio's sluiten zich hierbij aan en stellen dat ook steunmaatregelen voor gesloten sectoren helpen in het draagvlak. Bij een mogelijke verzwaring is het volgens de VNG en de veiligheidsregio's bovendien belangrijk om de ondernemers en gemeenten de ruimte te geven om deze regels in te voeren. De veiligheidsregio's pleiten in dat kader voor inwerkingtreding in de (vroege) avond en niet vrijdagnacht of zaterdagochtend.

Meer inhoudelijk vragen de veiligheidsregio's om duidelijke conflictregels als sectoren worden gesloten en dus kenbaar te maken welk regime voorgaat als verschillende regels van toepassing zijn. Verder verzoeken de VNG en de veiligheidsregio's de regeling zo in te richten dat er een verbod komt met uitzonderingen. Daarbij is hun voorstel om terug te grijpen op eerdere begrippen en niet uitzondering op uitzondering te stapelen. In het verlengde daarvan vragen de VNG en de veiligheidsregio's om aandacht voor specifieke voorzieningen die open moeten blijven en activiteiten die doorgang moeten vinden, met name voor de jeugd en andere kwetsbare groepen. Volgens de veiligheidsregio's is bovendien wenselijk dat duidelijk is of er voor de feestdagen uitzonderingen gelden. Bijvoorbeeld als het om kerstmissen, kerstmarkten en schaatsbanen gaat.

Bij maatregelen die zien op het onderwijs geldt volgens de VNG en de veiligheidsregio's dat er rekening mee moet wordt gehouden dat de leerachterstanden bij de meest kwetsbare kinderen zullen toenemen. Zij dringen er dus op aan een alternatief te zoeken voor sluiting. Om mensen een uitlaatklep te bieden vragen de VNG en de veiligheidsregio's bovendien om sport-, kunst- en cultuurbeoefening niet (verder) te beperken. In elk geval niet in de openbare ruimte en op sportaccommodaties buiten of door het invoeren van een CTB-plicht.

Ook voor de sluiting van winkels zou er volgens de veiligheidsregio's naar een alternatief moeten worden gezocht. Zij denken daarbij aan een maximumaantal personen dat per vierkante meter mag worden toegelaten. Bij een sluiting moet er volgens de veiligheidsregio's duidelijkheid komen over bijvoorbeeld winkelen op afspraak, click-and-collect en retourneren. In dat kader vragen zij ook aandacht voor markten en losse standplaatsen waar bijvoorbeeld kerstbomen, bloemen en oliebollen worden verkocht. Bij zaalverhuur is volgens de veiligheidsregio's van belang ervoor te zorgen dat bepaalde noodzakelijke activiteiten en cursussen door kunnen gaan, zoals EHBO-cursussen, ledenvergaderingen en inburgeringscursussen.

Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA)

De NVWA stelt dat een volledige sluiting van de horeca betekent dat zij het toezicht zal richten op afhalen en bezorgen in de horeca. De ervaring van de NVWA leert dat inspecties dan langer duren, omdat inspecteurs meer tijd moeten investeren in het gesprek met de geïnspecteerde in deze bijzondere omstandigheden.

Inspectie Leefomgeving en Transport (ILT)

De ILT heeft aangegeven dat als het onderwijs wordt gesloten en daar ook (praktijk)opleidingen en examens van beroepsgroepen onder vallen, dit betekent dat er problemen ontstaan bij het behalen van benodigde bewijzen en certificaten. Ook wanneer deze verlopen zijn en verlengd moeten worden.

Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (ISZW)

De ISZW signaleert dat het aantal meldingen toeneemt als de maatregelen worden aangescherpt. Zij verwacht nu dus ook een toename en dat heeft gevolgen voor de voorgenomen inspecties. Daarbij is een belangrijke vraag of er compensatie komt voor bedrijven bij een gedeeltelijke of volledige lockdown. Dit heeft namelijk gevolgen voor de meldingen die er uit de samenleving kunnen worden verwacht. Verder verwacht de ISZW een toename van bezorging aan huis. Daar zal zij ook op inspelen door daarop (meer) te inspecteren. Tot slot geeft ISZW aan dat zij meer weerstand of agressie richting haar inspecteurs verwacht, met name in de getroffen sectoren.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)

De IGJ benadrukt het belang van de continuïteit van zorg, zoals dagbesteding en hulp en ondersteuning, alsmede voor activiteiten zoals onderwijs en dagopvang. Volgens de IGJ moet voorkomen worden dat mensen in kwetsbare situaties uit beeld raken en hun problematiek verergert. Zo wordt het zicht op kinderen en jeugdigen in kwetsbare gezinnen minder als kinderopvang en onderwijs wegvalt, juist als spanningen thuis door beperkende maatregelen kunnen oplopen. Het stopzetten van net weer goed op gang gekomen dagbesteding en dagactiviteiten kan volgens de IGJ bijvoorbeeld leiden tot vereenzaming of zorgelijk gedrag.

RIVM coronagedragsunit

De gedragsunit van het RIVM merkt op dat voor het draagvlak en de naleving van belang is dat de bevolking de maatregelen als noodzakelijk, effectief, rechtvaardig én haalbaar ziet. Dit vereist volgens de gedragsunit een duidelijke koers en strategie, transparante en goed onderbouwde besluitvorming en communicatie, het vermijden van vingerwijzen naar de burger en een heldere uitleg over hoe het komt dat we in deze situatie zitten ondanks de hoge vaccinatiegraad.

Naleving is naar het oordeel van de gedragsunit in hoge mate afhankelijk van de kwaliteit van de overheidscommunicatie, consistent en uitlegbaar beleid, een faciliterende omgeving en bereikbaarheid en fijnmazigheid van voorzieningen. Zij vraagt in dat kader om aandacht voor regels en voorzieningen in specifieke sectoren die ongewenst gedrag uitlokken of stimuleren, zoals geen online onderwijs, examen of andere alternatieven in het onderwijs bij quarantaine of geen vergoeding in de cultuursector als de bezoekers niet opdagen als gevolg van klachten.

Voor de communicatie geldt dat volgens de gedragsunit van belang is om aan te geven hoe met de voorkeuren van de burgers is omgegaan, te benadrukken dat veel mensen de maatregelen naleven en aan te geven dat dit wordt gewaardeerd. Verder is het advies begrip te tonen voor het feit dat mensen klaar zijn met de coronamaatregelen en specifiek in te gaan op de feestdagen.

Wat betreft de maatregelen meent de gedragsunit dat steviger ingrijpen in situaties met een hoog risico met beperkte negatieve (lange termijn) impact beter is uit te leggen dan stevig ingrijpen in een situatie met een laag risico en veel negatieve gevolgen. De gedragsunit verzoekt dan ook te kijken naar tussenvormen, zoals ook gebruikelijk is in andere landen. Denk aan gedeeltelijk open met aandacht voor extra maatregelen om virusoverdracht te beperken.

Meer inhoudelijk merkt de gedragsunit op ten aanzien van de sluiting van het onderwijs dat de impact op het welbevinden groot is en dat hier aandacht voor moet zijn. Ten aanzien van werk adviseert de gedragsunit randvoorwaarden te bieden die naleving van de maatregelen mogelijk en liefst makkelijk maken. Zo moet bijvoorbeeld voorkomen worden dat mensen met een nulurencontract niet betaald krijgen als zij in quarantaine gaan. In dat kader stelt de gedragsunit ook voor voorbeeldgedrag van sleutelfiguren in organisaties en netwerken te stimuleren en naleving zo makkelijk mogelijk te maken door aanpassingen in de omgeving.

Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie (NKC)

Het NKC signaleert dat er in de samenleving, door de huidige cijfers en de signalen uit de zorg, voldoende gevoel van urgentie voor extra maatregelen is en dat er ook draagvlak voor aanvullende maatregelen lijkt te zijn. In de media zijn er de laatste tijd echter wel veel wisselende boodschappen geweest, zowel vanuit het kabinet als door mensen uit het veld. Dit draagt niet bij aan het vertrouwen in het coronabeleid en aan een goede naleving van de regels. Een heldere, scherpe en verbindende boodschap over de stand van het virus en de zorg en de noodzakelijke maatregelen is nu dan ook nodig om hier verandering in te brengen.

Daarnaast ziet het NKC dat er steeds meer het gevoel van tweedeling in de samenleving ontstaat. De 2G-discussie (gevaccineerd of genezen) versterkt dit. Ook om die reden pleit het NKC voor een verbindende boodschap die de nadruk legt op gemeenschappelijke doelen en op samenhang. Dit betekent scherp normatief communiceren waar het moet, maar ook rijkelijk complimenteus waar dat kan. Voor het draagvlak helpt het volgens het NKC als de samenleving weer een gemeenschappelijk doel heeft en als wordt benadrukt dat iedereen weer aan de slag moet om het virus terug te dringen. Ook hier moet in de communicatie aandacht voor zijn. Verder zou het naar het oordeel van het NKC helpen als de maatregelen gepaard gaan met een extra tempo op de booster, een boost in vaccinaties, goede handhaving en een helder perspectief op het leven mét dit virus zodra we deze piek hebben doorbroken.

Meer specifiek merkt het NKC op dat de maatregelen sectoren raken die deze crisis al veel geleden

hebben. Voor het draagvlak van het beleid is het volgens het NKC belangrijk om dit te erkennen en helder uit te leggen waarom dit toch nodig is. Daarbij geeft het NKC aan dat voor veel sectoren die te maken krijgen met maatregelen geldt dat ze in het bron- en contactonderzoek vaak minder hoog uitkomen. Het NKC adviseert goed uit te leggen waarom zij toch ook een bijdrage leveren aan de verspreiding van het virus en daarom te maken krijgen met maatregelen.

Specifiek voor het onderwijs geeft het NKC aan dat al enkele malen kenbaar is gemaakt dat sluiting alleen in een uitzonderlijke situatie een oplossing is. Als voor sluiting wordt gekozen, moet dus worden onderbouwd waarom deze situatie zo uitzonderlijk is. Voor de beoefening van sport, kunst en cultuur geldt volgens het NKC dat dit een heel belangrijk ventiel is voor de samenleving. Als dit wordt beperkt, meent het NKC dat daar dus een alternatief moet worden geboden. Bijvoorbeeld met individueel buitensporten of de mogelijkheid om in de buitenlucht als groep te repeteren. Wat betreft de detailhandel benadrukt het NKC dat december voor veel winkels de belangrijkste maand van het jaar is. Een sluiting in deze maand valt hun dus heel zwaar. Het NKC adviseert dan ook nadrukkelijk aan te geven wat wél mogelijk is. Bijvoorbeeld afhaal en retourneren.

Afweging

Naar aanleiding van de meest recente ziekenhuis- en IC-cijfers, de druk op de zorg, een verdere stijging van de besmettingscijfers, het OMT-advies naar aanleiding van de 131e bijeenkomst en de daarin weergegeven aanzienlijke onzekerheid over het tijdstip waarop een piek bereikt wordt en de hoogte van de piekwaarde van de IC-bezetting wordt geconcludeerd dat de huidige maatregelen niet afdoende zijn.

Om een gewenste kentering te forceren, adviseert het OMT aanvullende maatregelen door te voeren. Deze maatregelen zijn erop gericht om minimaal 20 tot 25% van de contacten die leiden tot virusoverdracht te voorkomen. Dit percentage van 20 tot 25% is nodig om bij een reproductiegetal van rond de 1,20-1,25 het aantal nieuwe besmettingen te stabiliseren. Meer is nodig om de groei van het aantal besmettingen en het reproductiegetal terug te brengen. Meer maatregelen zouden de daling en met name de snelheid van afname verder kunnen bevorderen, maar moeten worden gewogen tegenover de maatschappelijke schade die ze veroorzaken.

Met inachtneming van het OMT-advies, de sociaalmaatschappelijke reflectie, het maatschappelijk beeld en de uitvoeringstoets heeft het kabinet besloten tot een brede, tijdelijke avondsluiting voor drie weken met een zo beperkt mogelijk aantal uitzonderingen om 20 tot 25% van de besmettingen door contactmomenten te reduceren en hiermee de oplopende ziekenhuisbezetting (kliniek en IC) te remmen.

Het kabinet geeft invulling aan het OMT-advies door onder meer via sluitingstijden contactmomenten met 20 tot 25% te reduceren door te focussen op de avonduren. De dagelijkse bezigheden, zoals onderwijs en werk, blijven hiermee voor een deel ongemoeid. De maatregelen moeten in hun totaliteit worden bezien. Dit is nu nodig, omdat het OMT concludeert dat de verspreiding van het virus in alle regio's en sectoren en onder alle leeftijdsgroepen plaatsvindt. Het RIVM heeft de voorgenomen besluitvorming doorgerekend en gaat ervanuit dat met dit maatregelenpakket de benodigde reductie van het aantal contactmomenten en bewegingen wordt bewerkstelligd en de benodigde kentering in het aantal besmettingen te forceren en het aantal nieuwe besmettingen te stabiliseren.
De strengere maatregelen lopen automatisch af op 19 december 2021 om 05.00 uur.

5. Regeldruk

Deze regeling heeft enige gevolgen voor de regeldruk voor burgers, bedrijven, instellingen en professionals. De aanscherping van het maatregelenpakket betekent dat de beheerders van (sport)locaties, winkels en andere plaatsen leden en bezoekers moeten informeren over de wijzigingen die gaan gelden. Dit levert enige regeldruk op.

De hiervoor beschreven regeldruk is echter noodzakelijk, omdat het aantal besmettingen toeneemt en er druk op de zorg ontstaat. Het is dus van belang dat het aantal contactmomenten fors wordt beperkt.

Artikelsgewijs

Artikel I

Onderdeel A

Dit onderdeel voegt een begripsbepaling toe aan artikel 1.1.

Een kuchscherm is een voorwerp dat op grond van zijn ontwerp bestemd is om ten minste geplaatst te worden tussen de gezichten van personen teneinde de verspreiding van ziektekiemen tegen te gaan. In de begripsbepaling is bepaald dat het scherm ten minste zo ontworpen moet zijn (en dus van een zekere omvang moet zijn) dat het scherm geplaatst kan worden tussen de gezichten van personen. Bij bijvoorbeeld praten, niezen en kuchen komen druppels vrij, die een rol kunnen spelen in de verspreiding van het virus. Op grond van deze begripsbepaling dient een kuchscherm daarom de overdracht van die druppels te beperken tussen de personen waartussen het kuchscherm is geplaatst. Een kuchscherm dat bijvoorbeeld is geplaatst tussen twee tafels op een terras dient de personen aan weerszijden van het scherm af te schermen van vrijkomende druppels.

Onderdeel B

De uitzondering op de veiligeafstandsnorm voor personen in CTB-locaties vervalt. Een uitzondering op de veiligeafstandsnorm wordt toegevoegd voor personen die op een buitenterras bij een eet- en drinkgelegenheid aan weerszijden van een tussen tafels geplaatst kuchscherm zitten. Deze personen is het dus toegestaan om niet de veilige afstand in acht nemen ten opzichte van de andere tafel, die in wezen te dicht bij staat. Deze uitzondering geldt uitsluitend op buitenterrassen bij eet- en drinkgelegenheden, omdat het risico op verspreiding van het virus in gebouwen groter is. Ook moeten personen om uitgezonderd te zijn van de veiligeafstandsnorm hun gezicht aan de voor hen bestemde zijde van het kuchscherm houden.

Onderdeel C

Ook in het onderwijs, met uitzondering van leerlingen in het primair onderwijs, is iedereen bij verplaatsing verplicht tot het dragen van een mondkapje in de onderwijsinstelling en in ruimten waar door of namens onderwijsinstellingen een onderwijsactiviteit wordt georganiseerd. Hierop zijn uitzonderingen geformuleerd: geen mondkapje hoeft te worden gedragen door leerlingen, studenten en personeel zolang zij op een vaste zit- of staanplaats deelnemen aan een onderwijsactiviteit dan wel deze verzorgen op een vaste zit- of staanplaats of bij een onderwijsactiviteit waarbij het dragen van een mondkapje een belemmering vormt. Ook hoeft personeel van een onderwijsinstelling geen mondkapje te dragen in de onderwijsinstelling, indien een vaste staan- of zitplaats wordt ingenomen.

In onderwijsinstellingen geldt geen leeftijdsgrens van dertien jaar en ouder voor het verplicht dragen van een mondkapje, maar leerlingen in basisscholen, speciale scholen voor basisonderwijs en scholen voor speciaal onderwijs zijn uitgezonderd. Daarbij zal wel in het generieke kader van het RIVM een dringend advies voor het dragen van een mondkapje worden opgenomen voor leerlingen in groep 6, 7 en 8 bij verplaatsing in de gangen. In het voortgezet onderwijs, het voortgezet speciaal onderwijs, het middelbaar beroepsonderwijs en het hoger onderwijs is men dus verplicht bij verplaatsing een mondkapje te dragen.

De uitzondering voor leerlingen, studenten en personeel op het moment dat zij gebruikmaken van een vaste zit- of staanplaats, is ingegeven door het feit dat het zittend of staand op een vaste plek eenvoudiger is afstand te houden, waardoor de kans op verspreiding van het virus kleiner is. Omdat het onderwijs onder druk kan komen te staan als scholen de veilige afstand tussen tafels altijd in acht nemen, wordt dit niet als eis gesteld. Daar komt bij dat jongeren een kleinere rol in de verspreiding van het virus spelen. Een docent hoeft dus geen mondkapje te dragen zolang hij lesgeeft vanaf een vaste staanplaats, maar wel als hij beweegt door het klaslokaal. De mondkapjesplicht geldt evenmin indien het dragen daarvan een belemmering vormt voor deelname aan dan wel verzorging van een onderwijsactiviteit. Hiervan kan in ieder geval sprake zijn bij lichamelijk opvoeding, zang, toneel en dans. Ook kan dit aan de orde zijn bij bepaalde vormen van praktijkonderwijs. Tot slot is personeel van een onderwijsinstelling uitgezonderd voor zover zij een vaste sta- of zitplaats innemen. Ook hier geldt dat de kans op verspreiding van het virus minder is op het moment dat personen zitten. Daarbij is het mogelijk voldoende afstand te houden.

Onderdeel D

Personen in locaties waar CTB's worden ingezet, zijn alleen nog uitgezonderd van de mondkapjesplicht op het moment dat zij geplaceerd zijn. Zodra deze personen zich verplaatsen, moeten zij dus wel

een mondkapje op. Daarnaast zijn in de bestaande tekst twee wijzigingen van louter wetgevingstechnische aard aangebracht.

Onderdeel E

In georganiseerd verband sporten, in georganiseerd verband kunst en cultuur beoefenen en in georganiseerd verband deelnemen aan een jeugdactiviteit is niet toegestaan in groepen van meer dan vier personen. Trainers en begeleiders tellen niet mee voor het aantal personen. Dit is geregeld in hoofdstuk 3, artikel 3.1. Groepsverbanden die noodzakelijk zijn voor de continuering van de dagelijkse werkzaamheden van instellingen, bedrijven en andere organisaties zijn uitgezonderd dit groepsvormingsverbod. Dit gaat dan in het bijzonder om topsport.

Onderdelen F en G

Voor (niet-essentiële) winkels en bepaalde publieke plaatsen die niet-essentiële diensten verlenen, geldt, gedurende drie weken, een verplichte sluiting tussen 17.00 uur en 05.00 uur. In de artikelen 4.a1 en 4.a2 was reeds bepaald dat deze locaties gesloten moesten zijn tussen 18.00 uur en 06.00 uur tot en met 4 december 2021. In dit onderdeel wordt deze aangepaste sluitingstijd in de artikelen 4.a1 en 4.a2 doorgevoerd, evenals de verlenging van de regels tot en met 19 december 2021.

Onderdeel H

In artikel 4.1 zijn algemene voorwaarden opgenomen voor de openstelling van publieke plaatsen. Aan deze algemene voorwaarden wordt toegevoegd dat een beheerder van een publieke plaats er zorg voor draagt dat stromen van publiek worden gescheiden en dat in doorstroomlocaties ten hoogste één persoon per 5 m^2 voor publiek toegankelijke oppervlakte wordt binnengelaten. Benadrukt wordt dat op de beheerder van een publieke plaats de zorgplicht uit artikel 58k, eerste lid, Wpg ligt wat onder andere betekent dat de beheerder voor zodanige voorzieningen of openstelling zorgt dat de daar aanwezige personen de veilige afstand in acht kunnen nemen.

Onderdeel I

In eet- en drinkgelegenheden moeten zitplaatsen zo worden neergezet dat het publiek op de veilige afstand van elkaar zit. Dit is toegevoegd aan artikel 4.2, eerste lid.

Voor eet- en drinkgelegenheden geldt, gedurende (in ieder geval) drie weken, een verplichte sluiting tussen 17.00 uur en 05.00 uur. In artikel 4.2 was reeds bepaald dat eet- en drinkgelegenheden gesloten moesten zijn tussen 18.00 uur en 06.00 uur tot en met 4 december 2021. In dit onderdeel wordt deze aangepaste sluitingstijd in artikel 4.2 doorgevoerd, evenals de verlenging van de regels tot en met 19 december 2021.

Onder voorwaarden is het toegestaan om op buitenterrassen bij een eet- en drinkgelegenheid kuchschermen te plaatsen, artikel 4.2, achtste lid.[2] De beheerder van een terras in de buitenlucht kan gebruikmaken van kuchschermen als het terras aan de bovenzijde of aan drie zijden open zijn. Voor personen die zich aan weerszijden van de schermen bevinden, geldt een uitzondering op de veiligeafstandsnorm, zolang zij hun gezicht aan de voor hen bestemde zijde van het kuchscherm houden (artikel 2.9). Een kuchscherm is een voorwerp dat op grond van zijn ontwerp bestemd is om ten minste geplaatst te worden tussen personen teneinde de verspreiding van ziektekiemen tegen te gaan (artikel 1.1). TNO heeft een instructie opgesteld waaraan een kuchscherm moet voldoen. Uit de instructie volgt dat een kuchscherm dat aan de volgende eisen voldoet gebruikt kan worden op een buitenterras:

a. het kuchscherm heeft een hoogte van ten minste 1,80 meter van de vloer gemeten;
b. de onderkant van het kuchscherm bevindt zich op maximaal 50 centimeter van de vloer gemeten;
c. het kuchscherm dat is geplaatst tussen twee zitplaatsen, heeft een breedte van ten minste 92 centimeter;
d. het kuchscherm dat is geplaatst tussen drie of meer zitplaatsen, heeft een breedte van ten minste 1,85 meter;
e. het oppervlak van het kuchscherm is zodanig dat dit ten behoeve van de hygiëne kan worden schoongemaakt;
f. het kuchscherm bestaat uit deugdelijk materiaal, is van een deugdelijke constructie en is zodanig geplaatst, bevestigd of ingericht en wordt zodanig gebruikt dat het gevaar dat zich een ongewilde gebeurtenis voordoet, zoals verschuiven, omvallen, kantelen en getroffen worden door het kuchscherm of onderdelen daarvan zoveel mogelijk wordt voorkomen.

[2] Zie ook de Instructie kuchschermen op terrassen in de horeca: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/06/30/instructie-kuchschermen.

Deze eisen zijn opgenomen in artikel 4.2, achtste lid.

Onderdeel J

De huidige regels (placering en maximumaantal bezoekers) voor locaties voor kunst en cultuur worden verlengd tot en met 19 december 2021. Dit is doorgevoerd in artikel 4.3, eerste lid, onder c en d. Aanvullend is bepaald dat in een doorstroomlocatie voor kunst en cultuur slechts één persoon per 5 m^2 voor publiek toegankelijke oppervlakte mag worden binnengelaten. Dit is toegevoegd aan artikel 4.3, eerste lid, onder d, waarin reeds een maximumaantal bezoekers opgenomen was. Daarnaast geldt voortaan ook voor locaties voor kunst en cultuur dat deze gesloten moeten zijn voor publiek tussen 17.00 uur en 05.00 uur. Dit is toegevoegd aan artikel 4.3, eerste lid. Dit geldt ook voor de vertoning van kunst en cultuur in het kader van onderwijsactiviteiten. Deze uitzondering komt daarom op dit punt te vervallen.

Onderdeel K

Voortaan geldt ook voor sportlocaties dat deze gesloten moeten zijn voor publiek tussen 17.00 uur en 05.00 uur (onderdeel c).

Daarnaast is een aantal topsporters toegevoegd aan de opsomming van topsporters in artikel 4.4, derde lid.

Onderdeel L

Voor evenementen geldt, gedurende drie weken, dat deze niet georganiseerd mogen worden tussen 17.00 uur en 05.00 uur. In artikel 5.1 was reeds bepaald dat evenementen niet georganiseerd mochten worden tussen 18.00 uur en 06.00 uur tot en met 4 december 2021. In dit onderdeel wordt dit gedeeltelijke verbod op het organiseren van evenementen in artikel 5.1 doorgevoerd, evenals de verlenging van de regels tot en met 19 december 2021. Aanvullend geldt dat de organisator van een evenement er zorg voor moet dragen dat de daar aanwezige personen de vellige afstand van anderhalve meter in acht kunnen nemen. Voor warenmarkten geldt bijvoorbeeld dat deze georganiseerd moeten worden met inachtneming van de anderhalve meter.

In de subonderdelen 2 en 3 van dit onderdeel wordt een technische wijziging doorgevoerd. Het tweede en derde lid zijn samengevoegd in het tweede lid, waardoor het derde lid kan vervallen.

Op het verbod op het organiseren van evenementen tussen 18.00 uur en 06.00 uur (voortaan 17.00 uur en 05.00 uur) gold een uitzondering voor sportwedstrijden van amateurs en topsporters zonder toeschouwers en de vertoning van kunst en cultuur. De uitzondering voor sportwedstrijden van amateurs en de vertoning van kunst en cultuur komen te vervallen en zijn daarom niet langer opgenomen in artikel 5.1, derde lid (nieuw).

Onderdeel M

De huidige regels (placering en maximumaantal deelnemers) voor evenementen, zoals opgenomen in artikel 5.2, worden verlengd tot en met 19 december 2021. Aanvullend is bepaald dat het publiek geplaceerd moet worden op de veilige afstand van elkaar (onderdeel f) en dat bij doorstroomevenementen slechts één persoon per 5 m^2 voor deelnemers toegankelijke oppervlakte toegelaten mag worden (onderdeel g).

Onderdeel N

De huidige voorwaarde ten aanzien van het maximumaantal personen dat als publiek deel mag nemen aan een onderwijsactiviteit wordt verlengd tot en met 19 december 2021.

Artikel II

Op 22 november 2021 is een regeling nagehangen bij de Kamers, waarmee aan artikel 5.2 Trm een zevende lid wordt toegevoegd. Daarin staan de datum en tijd van 4 december 2021 om 06.00 uur. Die regeling is nog niet in werking getreden. Gebeurt dat, dan moeten die datum in tijd in lijn worden gebracht met deze regeling. Daartoe strekt de samenloopbepaling in artikel II.

Artikel III Inwerkingtreding

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 4 december 2021. De bepalingen dienen gezien de epidemiologische situatie echter zo spoedig mogelijk in werking te treden. De inwerkingtreding van deze regeling is vastgesteld op 28 november 2021 om 05.00 uur. Vanwege de vereiste spoed wordt daarbij afgeweken van de zogeheten vaste verandermomenten en de minimuminvoeringstermijn van drie maanden. De regeling wordt binnen twee dagen na vaststelling aan beide Kamers der Staten-Generaal overgelegd. De regeling vervalt van rechtswege indien de Tweede Kamer binnen een week na de toezending besluit niet in te stemmen met de regeling.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
mede namens de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,
H.M. de Jonge

Productie 12

STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 47808
29 november 2021

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, van 22 november 2021, kenmerk 3282122-1019861-WJZ, houdende wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met het toevoegen van mogelijkheden voor het verkrijgen van een coronatoegangsbewijs en enkele herstelpunten en de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Bonaire, de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Sint Eustatius en de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Saba in verband met het opnemen van een grondslag voor het blokkeren van coronatoegangsbewijzen en wijzigingen ten aanzien van testverplichtingen

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,

Handelende in overeenstemming met de Minister van Buitenlandse Zaken, de Minister en Staatssecretaris van Infrastructuur en Waterstaat, de Staatssecretaris van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;

Handelende in overeenstemming met het gevoelen van de ministerraad;

Gelet op de artikelen 58e, eerste lid, 58h, eerste lid, 58i, 58p, tweede en derde lid, 58ra, eerste lid, 58rd, eerste lid, en 58re, tweede en zesde lid, van de Wet publieke gezondheid;

Besluit:

ARTIKEL I

De Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 4.2, vijfde lid, wordt na 'eerste' ingevoegd 'en tweede' en wordt 'geldt' vervangen door 'gelden'.

B

In artikel 4.3, derde lid, wordt na 'onderwijsactiviteiten en' ingevoegd 'het eerste lid, aanhef en onder a en b, geldt niet voor'.

C

Aan artikel 5.2 wordt een lid toegevoegd, luidende:

7. Het vijfde en zesde lid gelden niet tot en met 4 december 2021 om 06.00 uur.

D

Aan artikel 6.26 worden twee leden toegevoegd, luidende:

3. Door een deelnemer van een door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in een protocol vastgestelde pilot waarbij personen onder begeleiding van een door deze Minister gecontracteerde testuitvoerder zelf een test op infectie met het virus SARS-CoV-2 afnemen, kan een testuitslag worden verkregen. Een positieve testuitslag die in het kader van de pilot door middel van de begeleide zelftest is verkregen, kan niet leiden tot vaststelling van een herstel van een infectie als bedoeld in artikel 6.26b.

4. In het protocol, bedoeld in het derde lid, wordt beschreven hoe de pilot verloopt, wanneer de pilot is afgelopen en hoe deze wordt geëvalueerd.

E

Na artikel 6.26a wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 6.26aa Studievaccinatie

De toediening van een vaccin tegen een infectie veroorzaakt door het virus SARS-CoV-2 in het kader van wetenschappelijk onderzoek gericht op de ontwikkeling van een vaccin als bedoeld in artikel 1, onder d, van het Besluit centrale beoordeling medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen, geldt als een vaccinatie als bedoeld in artikel 6.26a.

F

Artikel 6.29 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het tweede lid, onder b, worden onder vervanging van 'en' aan het slot van het tweede gedachtestreepje van subonderdeel 2° door 'of', twee subonderdelen ingevoegd, luidende:

3°. ingeval van een vaccin als bedoeld in artikel 6.26aa, de persoon die de deelname of toegang wenst het vaccin in het kader van het in dat artikel bedoelde wetenschappelijk onderzoek toegediend heeft gekregen en naar het oordeel van degene die het wetenschappelijk onderzoek verricht als volledig beschermd kan worden beschouwd; of
4°. ingeval van een vaccin als bedoeld in artikel 6.26aa, de persoon die deelname of toegang wenst het vaccin in het kader van het in dat artikel bedoelde wetenschappelijk onderzoek toegediend heeft gekregen en naar het oordeel van degene die het wetenschappelijk onderzoek verricht als gedeeltelijk beschermd kan worden beschouwd, en tevens één vaccin als bedoeld in artikel 6.26a toegediend heeft gekregen; en

2. In het tweede lid, onder c, wordt onder vervanging van de punt aan het slot van subonderdeel 2° door '; of', een subonderdeel ingevoegd, luidende:

3°. ingeval van de situatie, bedoeld in onderdeel b, onder 4°, de termijn, bedoeld onder 1° of 2°, is verstreken met ingang van de datum van toediening van het vaccin als bedoeld in artikel 6.26a.

3. In het derde lid, onder d, wordt '180 dagen' vervangen door '365 dagen'.

G

Artikel 6.31a wordt als volgt gewijzigd:

1. In het zesde lid wordt 'een derde land in de zin van verordening (EU) 2021/953 van het Europees Parlement en de Raad van 14 juni 2021 betreffende een kader voor de afgifte, verificatie en aanvaarding van interoperabele COVID-19-vaccinatie-, test- en herstelcertificaten (digitaal EU-COVID-certificaat) teneinde het vrije verkeer tijdens de COVID-19-pandemie te faciliteren (PbEU 2021, L 211/1)' vervangen door 'het buitenland' en wordt 'de hiervoor genoemde verordening' vervangen door 'verordening (EU) 2021/953 van het Europees Parlement en de Raad van 14 juni 2021 betreffende een kader voor de afgifte, verificatie en aanvaarding van interoperabele COVID-19-vaccinatie-, test- en herstelcertificaten (digitaal EU-COVID-certificaat) teneinde het vrije verkeer tijdens de COVID-19-pandemie te faciliteren (PbEU 2021, L 211/1)'.

2. In het zevende en achtste lid wordt 'een derde land' telkens vervangen door 'het buitenland'.

3. In het negende lid, onder b, wordt 'eerste lid' vervangen door 'tweede lid'.

ARTIKEL II

De Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Bonaire wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 6.11 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het opschrift wordt 'NAAT-testuitslag' vervangen door 'NAAT- of antigeentestuitslag'.

2. Het tweede lid wordt als volgt gewijzigd:

a. Onderdeel b komt te luiden:

b. de uitslag van:
1°. een NAAT-test; of
2°. een NAAT-test of een antigeentest ingeval van reizigers die aan kunnen tonen dat zij een voltooide vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2 als bedoeld in artikel 6.12aa, derde lid, hebben gehad op het moment van het aan boord gaan.

b. In onderdeel d wordt 'test' vervangen door 'NAAT-test' en wordt na 'oud' ingevoegd 'of die antigeentest maximaal vierentwintig uur oud'.

3. Het vierde lid komt te luiden:

4. Indien het vervoer van een persoon buiten diens schuld om vertraagd is, wordt de termijn van de test, als bedoeld in het tweede lid, onder d, verlengd met vierentwintig uur.

B

Artikel 6.12a wordt als volgt gewijzigd:

1. In het opschrift wordt 'NAAT-testuitslag' vervangen door 'NAAT- of antigeentestuitslag'.

2. Het derde lid wordt als volgt gewijzigd:

a. Onderdeel b komt te luiden:

b. de uitslag van:
1°. een NAAT-test; of
2°. een NAAT-test of een antigeentest ingeval van reizigers die aan kunnen tonen dat zij een voltooide vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2 als bedoeld in artikel 6.12aa, derde lid, hebben gehad op het moment van het aan boord gaan.

b. In onderdeel d wordt 'test' vervangen door 'NAAT-test' en wordt na 'oud' ingevoegd 'of die antigeentest maximaal vierentwintig uur oud'.

3. Het zevende lid komt te luiden:

7. Indien het vervoer van een persoon buiten diens schuld om vertraagd is, wordt de termijn van de test, als bedoeld in het derde lid, onder d, verlengd met vierentwintig uur.

C

In artikel 6b.4, derde lid, onder d, wordt '180 dagen' vervangen door '365 dagen'.

D

Artikel 6b.6a wordt als volgt gewijzigd:

1. In het zesde lid wordt 'een derde land in de zin van verordening (EU) 2021/953 van het Europees Parlement en de Raad van 14 juni 2021 betreffende een kader voor de afgifte, verificatie en aanvaarding van interoperabele COVID-19-vaccinatie-, test- en herstelcertificaten (digitaal EU-COVID-certificaat) teneinde het vrije verkeer tijdens de COVID-19-pandemie te faciliteren (PbEU 2021, L 211/1)' vervangen door 'het buitenland'.

2. In het zevende en achtste lid wordt 'een derde land' telkens vervangen door 'het buitenland'.

E

Artikel 6b.7 wordt als volgt gewijzigd:

1. Voor de tekst wordt de aanduiding '1.' geplaatst.

2. Er worden twee leden toegevoegd, luidende:

2. Het coronatoegangsbewijs wordt als ongeldig aangemerkt indien het is opgenomen in een door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangelegde lijst van coronatoegangsbewijzen waarvan bij de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het gegronde vermoeden bestaat dat handelingen zijn verricht met of met betrekking tot het coronatoegangsbewijs, die het vertrouwen in het coronatoegangsbewijs hebben geschaad of zullen schaden.

3. Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing op een certificaat als bedoeld in artikel 1 van het Tijdelijk besluit DCC.

ARTIKEL III

De Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Sint Eustatius wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 6.12 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het opschrift wordt 'NAAT-testuitslag' vervangen door 'NAAT- of antigeentestuitslag'.

2. Het tweede lid wordt als volgt gewijzigd:

a. Onderdeel b komt te luiden:

b. de uitslag van:
1°. een NAAT-test; of
2°. een NAAT-test of een antigeentest ingeval van reizigers die aan kunnen tonen dat zij een voltooide vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2 hebben gehad op het moment van het aan boord gaan.

b. In onderdeel d wordt 'test' vervangen door 'NAAT-test' en wordt na 'oud' ingevoegd 'of die antigeentest maximaal vierentwintig uur oud'.

3. Het vierde lid komt te luiden:

4. Indien het vervoer van een persoon buiten diens schuld om vertraagd is, wordt de termijn van de test, als bedoeld in het tweede lid, onder d, verlengd met vierentwintig uur.

4. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:

7. Een vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2 als bedoeld in het tweede lid, bestaat uit toediening van een vaccin tegen een infectie veroorzaakt door het virus SARS-CoV-2 dat is goedgekeurd door het College ter beoordeling van geneesmiddelen of het Europees Medicijn Agentschap dan wel door de WHO is opgenomen in de Emergency Use Listing en is voltooid indien:
a. de vaccinatie bestaat uit de toediening van één vaccin en dit vaccin is toegediend; of
b. de vaccinatie bestaat uit de toediening van twee vaccins; en
1°. beide vaccins zijn toegediend met inachtneming van het aanbevolen interval; of
2°. één vaccin is toegediend en is bevestigd dat de gevaccineerde persoon blijkens een positieve testuitslag eerder geïnfecteerd is geweest met het virus SARS-CoV-2.

B

Artikel 6.14 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het opschrift wordt 'NAAT-testuitslag' vervangen door 'NAAT- of antigeentestuitslag'.

2. Het derde lid wordt als volgt gewijzigd:

a. Onderdeel b komt te luiden:

b. de uitslag van:
1°. een NAAT-test; of
2°. een NAAT-test of een antigeentest ingeval van reizigers die aan kunnen tonen dat zij een voltooide vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2 als bedoeld in artikel 6.12, zevende lid, hebben gehad op het moment van het aan boord gaan.

b. In onderdeel d wordt 'test' vervangen door 'NAAT-test' en wordt na 'oud' ingevoegd 'of die antigeentest maximaal vierentwintig uur oud'.

3. Het zesde lid komt te luiden:

6. Indien het vervoer van een persoon buiten diens schuld om vertraagd is, wordt de termijn van de test, als bedoeld in het derde lid, onder d, verlengd met vierentwintig uur.

C

In artikel 6a.4, derde lid, onder d, wordt '180 dagen' vervangen door '365 dagen'.

D

Artikel 6a.6a wordt als volgt gewijzigd:

1. In het zesde lid wordt 'een derde land in de zin van verordening (EU) 2021/953 van het Europees Parlement en de Raad van 14 juni 2021 betreffende een kader voor de afgifte, verificatie en aanvaarding van interoperabele COVID-19-vaccinatie-, test- en herstelcertificaten (digitaal EU-COVID-certificaat) teneinde het vrije verkeer tijdens de COVID-19-pandemie te faciliteren (PbEU 2021, L 211/1)' vervangen door 'het buitenland'.

2. In het zevende en achtste lid wordt 'een derde land' telkens vervangen door 'het buitenland'.

E

Artikel 6a.7 wordt als volgt gewijzigd:

1. Voor de tekst wordt de aanduiding '1.' geplaatst.

2. Er worden twee leden toegevoegd, luidende:

2. Het coronatoegangsbewijs wordt als ongeldig aangemerkt indien het is opgenomen in een door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangelegde lijst van coronatoegangsbewijzen waarvan bij de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het gegronde vermoeden bestaat dat handelingen zijn verricht met of met betrekking tot het coronatoegangsbewijs, die het vertrouwen in het coronatoegangsbewijs hebben geschaad of zullen schaden.

3. Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing op een certificaat als bedoeld in artikel 1 van het Tijdelijk besluit DCC.

ARTIKEL IV

De Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Saba wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 6.11 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het opschrift wordt 'NAAT-testuitslag' vervangen door 'NAAT- of antigeentestuitslag'.

2. Het tweede lid wordt als volgt gewijzigd:

a. Onderdeel b komt te luiden:

b. de uitslag van:
1°. een NAAT-test; of
2°. een NAAT-test of een antigeentest ingeval van reizigers die aan kunnen tonen dat zij een voltooide vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2 hebben gehad op het moment van het aan boord gaan.

b. In onderdeel d wordt 'test' vervangen door 'NAAT-test' en wordt na 'oud' ingevoegd 'of die antigeentest maximaal vierentwintig uur oud'.

3. Het vierde lid komt te luiden:

4. Indien het vervoer van een persoon buiten diens schuld om vertraagd is, wordt de termijn van de test, als bedoeld in het tweede lid, onder d, verlengd met vierentwintig uur.

4. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:

7. Een vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2 als bedoeld in het tweede lid, bestaat uit toediening van een vaccin tegen een infectie veroorzaakt door het virus SARS-CoV-2 dat is goedgekeurd door het College ter beoordeling van geneesmiddelen of het Europees Medicijn Agentschap dan wel door de WHO is opgenomen in de Emergency Use Listing en is voltooid indien:
   a. de vaccinatie bestaat uit de toediening van één vaccin en dit vaccin is toegediend; of
   b. de vaccinatie bestaat uit de toediening van twee vaccins en
      1°. beide vaccins zijn toegediend met inachtneming van het aanbevolen interval; of
      2°. één vaccin is toegediend en is bevestigd dat de gevaccineerde persoon blijkens een positieve testuitslag eerder geïnfecteerd is geweest met het virus SARS-CoV-2.

B

Artikel 6.13 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het opschrift wordt 'NAAT-testuitslag' vervangen door 'NAAT- of antigeentestuitslag'.

2. Het derde lid wordt als volgt gewijzigd:

a. Onderdeel b komt te luiden:

b. de uitslag van:
   1°. een NAAT-test; of
   2°. een NAAT-test of een antigeentest ingeval van reizigers die aan kunnen tonen dat zij een voltooide vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2 als bedoeld in artikel 6.11, zevende lid, hebben gehad op het moment van het aan boord gaan.

b. In onderdeel d wordt 'test' vervangen door 'NAAT-test' en wordt na 'oud' ingevoegd 'of die antigeentest maximaal vierentwintig uur oud'.

3. Het zesde lid komt te luiden:

6. Indien het vervoer van een persoon buiten diens schuld om vertraagd is, wordt de termijn van de test, als bedoeld in het derde lid, onder d, verlengd met vierentwintig uur.

C

In artikel 6a.4, derde lid, onder d, wordt '180 dagen' vervangen door '365 dagen'.

D

Artikel 6a.6a wordt als volgt gewijzigd:

1. In het zesde lid wordt 'een derde land in de zin van verordening (EU) 2021/953 van het Europees Parlement en de Raad van 14 juni 2021 betreffende een kader voor de afgifte, verificatie en aanvaarding van interoperabele COVID-19-vaccinatie-, test- en herstelcertificaten (digitaal EU-COVID-certificaat) teneinde het vrije verkeer tijdens de COVID-19-pandemie te faciliteren (PbEU 2021, L 211/1)' vervangen door 'het buitenland'.

2. In het zevende en achtste lid wordt 'een derde land' telkens vervangen door 'het buitenland'.

E

Artikel 6a.7 wordt als volgt gewijzigd:

1. Voor de tekst wordt de aanduiding '1.' geplaatst.

2. Er worden twee leden toegevoegd, luidende:

2. Het coronatoegangsbewijs wordt als ongeldig aangemerkt indien het is opgenomen in een door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangelegde lijst van coronatoegangsbewijzen waarvan bij de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het gegronde

vermoeden bestaat dat handelingen zijn verricht met of met betrekking tot het coronatoegangsbewijs, die het vertrouwen in het coronatoegangsbewijs hebben geschaad of zullen schaden.

3. Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing op een certificaat als bedoeld in artikel 1 van het Tijdelijk besluit DCC.

ARTIKEL V

Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

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

De Minister van Justitie en Veiligheid,
F.B.J. Grapperhaus

De Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,
K.H. Ollongren

TOELICHTING

1. Algemeen

Strekking

Deze regeling wijzigt de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 (Trm), op de volgende onderdelen:
- de geldigheidsduur van herstelbewijzen wordt verlengd van 180 dagen naar 365 dagen;
- personen die deelnemen aan wetenschappelijk onderzoek naar vaccins tegen het virus SARS-CoV-2 en na ontvangst van hun studievaccinatie als volledig beschermd kunnen worden beschouwd, kunnen ook een coronatoegangsbewijs (CTB) verkrijgen;
- de mogelijkheid voor het verkrijgen van een CTB op basis van vaccinatie die in het buitenland is toegediend wordt verruimd;
- de mogelijkheid om een testuitslag te verkrijgen op basis van een begeleide zelftest in pilotsetting wordt toegevoegd.

De Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Bonaire, de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Saba en de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Sint Eustatius wordt gewijzigd om een grondslag te creëren om CTB's in geval van fraude of misbruik te blokkeren. In Europees Nederland is deze wijziging in de Trm met spoed doorgevoerd met ingang van 6 november 2021.[1] Omdat CTB's nog niet worden ingezet in Caribisch Nederland en om die reden geen sprake is van spoed, was deze wijziging nog niet doorgevoerd in de regelingen van Bonaire, Sint Eustatius en Saba. Met deze regeling gebeurt dat alsnog.

Verder worden in de betreffende ministeriële regelingen die zien op Caribisch Nederland wijzigingen doorgevoerd ten aanzien van de testverplichtingen die gelden voor personenvervoer.

Tot slot worden enkele punten hersteld in de Trm.

Deze regeling is gebaseerd op de ingevolge de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 geldende bepalingen van de Wet publieke gezondheid (Wpg).

Pijlers van de bestrijding van de epidemie

Vanwege het virus golden over de periode van ruim een jaar reeds ingrijpende maatregelen, die zijn gebaseerd op drie pijlers:
- een acceptabele belasting van de zorg – ziekenhuizen moeten kwalitatief goede zorg kunnen leveren aan zowel covid-19-patiënten als aan patiënten binnen de reguliere zorg;
- het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving;
- het zicht houden op en het inzicht hebben in de verspreiding van het virus.

Deze pijlers zijn ook voor de maatregelen van deze regeling uitgangspunt. Daarnaast geldt als uitgangspunt het sociaal- maatschappelijk perspectief gericht op het beperken van economische en maatschappelijke schade op korte termijn, aandacht voor structurele maatschappelijke en economische schade en het voorkomen dat de lasten onevenredig neerslaan bij bepaalde groepen, zoals ook beschreven bij de invoering van de maatregelen op 9 juli 2021[2] en de verlenging op 13 augustus 2021.[3]

2. Hoofdlijnen van deze regeling

Verlenging herstelbewijs

Met deze regeling wordt de geldigheidsduur van een coronatoegangsbewijs op basis van herstel van 180 dagen verlengd naar 365 dagen. De wetenschappelijke data over de duur van de natuurlijke immuniteit die ontstaat na een doorgemaakte infectie ondersteunen volgens deskundigen de aanname dat deze immuniteit langer aanhoudt dan eerst werd aangenomen (zie het 127e OMT-advies[4]). Op basis van dit advies wordt de geldigheidsduur van een herstelbewijs daarom verlengd van 180 tot 365 dagen. Het restrisico – het risico dat er toch transmissie van het virus plaatsvindt –

[1] Stcrt. 2021, 46310.
[2] Stcrt. 2021, 35720.
[3] Stcrt. 2021, 38789.
[4] 127e advies Outbreak Management Team | Brief | Rijksoverheid.nl

wordt als aanvaardbaar beoordeeld, als mensen vanaf de elfde dag tot en met 365 dagen na een positieve testuitslag van een NAAT-test of een antigeentest toegang wordt verleend tot activiteiten of voorzieningen waarvoor een coronatoegangsbewijs wordt voorgeschreven.

De verlengde hersteltermijn geldt alleen voor het coronatoegangsbewijs en niet voor het certificaat dat wordt afgegeven op grond van verordening (EU) 2021/953 van het Europees Parlement en de Raad van 14 juni 2021 betreffende een kader voor de afgifte, verificatie en aanvaarding van interoperabele COVID-19-vaccinatie-, test- en herstelcertificaten (digitaal EU-COVID-certificaat) teneinde het vrije verkeer tijdens de COVID-19-pandemie te faciliteren (PbEU 2021, L 211/1). Een digitaal EU-COVID-certificaat (DCC) dat gebaseerd is op herstel heeft op grond van deze verordening een geldigheidsduur van 180 dagen. Om uitvoeringstechnische redenen is het niet mogelijk om een dergelijk DCC om te zetten in een coronatoegangsbewijs voor nationale doeleinden met een geldigheidsduur van 365 dagen. Denkbaar is bijvoorbeeld dat een persoon die na zijn herstel in een andere lidstaat een DCC heeft gekregen naar Nederland komt en daar is, terwijl er inmiddels 180 dagen zijn verstreken sinds zijn herstel van de infectie met het SARS-CoV-2 virus. Op dat moment beschikt die persoon niet meer over een geldig DCC. Aantonen dat hij hersteld is, kan dan de facto niet meer. Bij gebrek aan een geldig DCC, zou dan namelijk een handmatige check moeten plaatsvinden van elders afgegeven positieve testresultaten, die amper te controleren zijn. Bovendien zit hier een frauderisico aan. Evenmin is het mogelijk om bijvoorbeeld opnieuw een DCC af te geven; dit kan alleen als na een positieve testuitslag opnieuw kan worden vastgesteld dat een persoon is hersteld van infectie met het SARS-CoV-2 virus. Deze problematiek wordt binnen Europa besproken.

Studievaccinatie

Op dit moment kan een CTB worden verkregen op basis van een vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2 met vaccins die zijn goedgekeurd door het College ter beoordeling van geneesmiddelen (CBG) of het Europees Medicijn Agentschap (EMA) dan wel door de World Health Organization (WHO) zijn opgenomen op de Emergency Use Listing. Personen die deelnemen aan wetenschappelijk onderzoek naar vaccins tegen het virus SARS-CoV-2 en na ontvangst van hun studievaccinatie als volledig beschermd kunnen worden beschouwd, kunnen geen coronatoegangsbewijs verkrijgen omdat het vaccin ongeregistreerd en niet goedgekeurd is door het CBG of de EMA dan wel door de WHO. Dat is een onwenselijk gevolg voor deze personen die op vrijwillige basis een bijdrage leveren aan de wetenschap en daarmee aan de bestrijding van de epidemie. Met de onderhavige regeling wordt erin voorzien dat deze personen een CTB kunnen verkrijgen.

Het gaat hierbij uitsluitend om wetenschappelijk onderzoek naar *trial vaccines* dat in Nederland wordt uitgevoerd en is getoetst en goedgekeurd door de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO; artikel 1, onderdeel d, van het Besluit centrale beoordeling medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen). Onderzoekers kunnen voor hun studievaccin nieuwe Handels Product Kenmerken(HPK)-codes bij het RIVM aanvragen. Nadat het RIVM deze codes heeft aangemaakt, kan de onderzoeker de HKP-codes in het COVID-vaccinatie Informatie- en Monitoringsysteem (CIMS) registreren voor de deelnemers die naar het oordeel van de onderzoeker vanwege het in studieverband toegediende vaccin, als volledig of gedeeltelijk beschermd kunnen worden beschouwd (wat dus niet het geval zal zijn bij deelnemers die een placebo hebben ontvangen). Bij volledige bescherming kan de deelnemer op basis van de gegevens uit CIMS, via de CoronaCheck app, een CTB verkrijgen. Omdat de onderzoeker de registratie in CIMS pas doet nadat hij heeft beoordeeld dat de betrokken deelnemer als volledig beschermd kan worden beschouwd, hoeft daarna geen wachttijd te worden gehanteerd (anders dan bij de goedgekeurde vaccins die na toediening van de (laatste) vaccinatie pas na de voorgeschreven wachttijd optimale bescherming bieden). Bij gedeeltelijke bescherming registreert de onderzoeker in CIMS dat de betreffende deelnemer nog een aanvullende vaccinatie van een goedgekeurd vaccin behoeft. Nadat de deelnemer die aanvullende vaccinatie bij de GGD heeft gehaald, kan – nadat de ter zake van het betreffende goedgekeurde vaccin geldende wachttijd is verstreken – via de CoronaCheck app een CTB worden verkregen.

Overigens geldt dat de betreffende deelnemers, ondanks de met deze regeling getroffen voorziening, geen DCC kunnen verkrijgen als zij niet volledig gevaccineerd zijn met een goedgekeurd vaccin. Verordening (EU) 2021/953 (digitaal EU-COVID-certificaat) biedt hiervoor geen ruimte. Op Europees niveau vindt hierover nader overleg plaats.

Vaccinatie in het buitenland

De Trm biedt reeds de mogelijkheid om een CTB te verkrijgen voor vaccinatie in een derde land voor personen die woonachtig zijn in Nederland of met een Nederlands BSN (artikel 6.31a Trm). Personen die wonen in het Europese deel van Nederland of in een van de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius of Saba alsmede Nederlanders die wonen in een derde land kunnen zich daarvoor wenden tot de GGD Utrecht, de GGD Groningen de GGD Rotterdam-Rijnmond. Deze faciliteit is met deze

wijzigingsregeling uitgebreid. Er kan hiermee ook een CTB uitgegeven worden aan personen die in Nederland wonen of de Nederlandse identiteit hebben wanneer vaccinatie geheel of gedeeltelijk heeft plaatsgevonden in een andere lidstaat van de Europese Unie (EU).

Verordening (EU) 2021/953 van het Europees Parlement en de Raad van 14 juni 2021 betreffende een kader voor de afgifte, verificatie en aanvaarding van interoperabele COVID-19-vaccinatie-, test- en herstelcertificaten (digitaal EU-COVID-certificaat) teneinde het vrije verkeer tijdens de COVID-19-pandemie te faciliteren (PbEU 2021, L 211/1) verplicht de lidstaat waar een vaccin is toegediend tot het uitgeven van een vaccinatiecertificaat (artikel 5, eerste lid, Vo). Een door een andere lidstaat uitgegeven vaccinatiecertificaat kan gebruikt worden voor het verkrijgen van toegang tot activiteiten en voorzieningen waarvoor het CTB is voorgeschreven. Dit vloeit eveneens voort uit de verordening (artikel 5, vijfde lid, Vo). Het uitgeven van een CTB aan personen die in een andere lidstaat zijn gevaccineerd, zou derhalve overbodig zijn.

In de afgelopen periode doen zich echter gevallen voor waarin om diverse redenen in de lidstaat van toediening van de vaccinatie geen certificaat verstrekt werd, ook niet na herhaalde verzoeken van betrokkene zelf en aandringen van rijkswege bij de betreffende lidstaten. Doorgaans zijn dit mensen die in Nederland wonen, maar voor langere tijd in een andere lidstaat verblijven en zich daar laten vaccineren. Als gevolg hiervan moeten deze personen na terugkeer in Nederland zich steeds opnieuw laten testen om toegang te krijgen tot activiteiten en voorzieningen waarvoor het CTB is voorgeschreven. Bij wijze van alternatief wordt hen nu de mogelijkheid geboden om een CTB te verkrijgen bij één van bovengenoemde GGD'en.

Concreet omvat de uitbreiding van deze faciliteit de uitgifte van een CTB in de volgende situaties:
- volledige vaccinatie in een andere lidstaat van de EU. Dit houdt in dat alle doses waaruit de volledige vaccinatie bestaat in een andere lidstaat zijn toegediend of dat de vaccinatie in een andere lidstaat reeds na één in plaats van twee doses als volledig kan worden aangemerkt wegens een eerdere infectie met het coronavirus. Deze infectie kan zich hebben voorgedaan in Nederland, een lidstaat van de EU of een derde land;
- een gedeeltelijke vaccinatie in een andere lidstaat van de EU. Deze situatie kent verschillende varianten:
  - Met de onderhavige wijziging kan een CTB worden uitgegeven wanneer de laatste dosis van een volledige vaccinatie in een andere lidstaat is toegediend en de eerdere dosis in Nederland of een derde land.
  - Tevens is met deze wijzigingsregeling geëxpliciteerd dat een CTB ook kan worden uitgegeven wanneer de laatste dosis van een volledige vaccinatie in een derde land is toegediend en de eerdere dosis in een andere lidstaat.
  - Volledigheidshalve wordt opgemerkt dat een CTB reeds verstrekt kan worden wanneer de laatste dosis van een volledige vaccinatie in Nederland is toegediend en de eerdere dosis in een andere lidstaat. In dat geval zal niet naar één van de bovengenoemde GGD'en, maar de toediener van het vaccin in Nederland de vaccinatie als volledig aanmerken.

De uitgifte van het CTB in geval van volledige vaccinatie die geheel of gedeeltelijk in een andere lidstaat van de EU heeft plaatsgevonden, verloopt op dezelfde wijze als de uitgifte van het CTB bij vaccinatie in een derde land. Het zijn ook dezelfde GGD'en die de uitgifte verzorgen. Aangezien hun automatiseringssystemen reeds zijn aangesloten op de applicaties voor het genereren van CTB's zullen de initiële kosten beperkt zijn. GGD'en krijgen deze kosten vergoed via de meerkostenregeling, net als hun kosten voor uitgifte van het CTB.
Voor de ontvanger zijn geen kosten verbonden aan het CTB. Het CTB wordt op papier verstrekt. De ontvanger kan deze met de applicatie CoronaCheck inlezen en omzetten naar een digitaal CTB.

De risico's op fraude bij de uitgifte van het CTB in geval van volledige vaccinatie die geheel of gedeeltelijk in een andere lidstaat van de EU heeft plaatsgevonden, zijn vergelijkbaar met die in het huidige proces waarin bepaalde GGD'en voor Nederlanders en inwoners van Nederland vaccinatiebewijzen uit een derde land omzetten naar een DCC en CTB. Deze risico's kunnen zich iets vaker voordoen omdat er meer mensen in aanmerking komen voor een CTB. Aan de hand van de ervaring die GGD'en inmiddels hebben opgedaan met het controleren van vaccinatiebewijzen uit derde landen, is een proces ingericht om fraude te minimaliseren. Dit proces zal continu worden geëvalueerd en bijgesteld om frauderisico's te beperken.

Pilot zelftesten

In de Trm wordt een bepaling opgenomen op grond waarvan een testuitslag kan worden verkregen op basis van een begeleide zelftest in pilotsetting in het kader van een protocol dat wordt opgesteld door de Minister van VWS. Naar aanleiding van de motie Paternotte-Westerveld over 'onderzoek naar het

gebruik van zelftesten voor toegang'[5] is onder de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit (LCT) een werkgroep zelftesten voor toegang gestart die het begeleid zelftesten voor toegang heeft onderzocht. De adviezen van de werkgroep zelftesten voor toegang, het OMT en de stuurgroep overgangsfase (welke rapporteert aan de LCT en heeft gekeken welke veranderingen uitvoeringstechnisch wenselijk zijn) achten allemaal het begeleid zelftesten voor toegang kansrijk mits aan gestelde voorwaarden wordt voldaan. Om te toetsen en te evalueren of begeleid zelftesten in de praktijk betrouwbaar kan plaatsvinden, worden door de Ministers van Justitie en Veiligheid, Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en VWS, in overeenstemming met het gevoelen van de ministerraad, in eerste instantie drie kleinschalige pilots opgezet die zich richten op verschillende vormen van begeleid zelftesten. Elke pilot van begeleid zelftesten kan op een eigen manier bijdragen aan een toegankelijker, sneller, gebruiksvriendelijker en soms goedkoper testlandschap. Hoe deze pilots worden uitgevoerd, wanneer zij aflopen en hoe de evaluatie wordt vormgegeven, wordt beschreven in een protocol dat door de Minister van VWS wordt vastgesteld en gepubliceerd.

Deze wijziging van de Trm maakt het mogelijk dat deelnemers aan deze pilot ook daadwerkelijk een testuitslag kunnen krijgen die, bij een negatief resultaat kan worden gebruikt, om een CTB te verkrijgen. Met een positieve testuitslag kan geen herstelbewijs worden aangemaakt. Een herstelbewijs kan alleen verkregen worden als na de begeleide zelftest middels een confirmatietest bij de GGD de positieve uitslag wordt bevestigd. Na afronding en evaluatie van de pilots zal het kabinet eventuele grootschalige inzet van (een manier van) begeleid zelftesten meenemen in de besluitvorming.

Voor de goede orde wordt opgemerkt, dat een deelnemer die op basis van een begeleide zelftest een testuitslag krijgt, deze testuitslag niet kan gebruiken voor het aanmaken van een DCC. De Verordening (EU) 2021/953 van het Europees Parlement en de Raad van 14 juni 2021 betreffende een kader voor de afgifte, verificatie en aanvaarding van interoperabele COVID-19-vaccinatie-, test- en herstelcertificaten (digitaal EU-COVID-certificaat) teneinde het vrije verkeer tijdens de COVID-19-pandemie te faciliteren (PbEU 2021, L 211/1), voorziet enkel in het afgeven van een DCC op basis van een negatieve testuitslag na een professioneel afgenomen test.

Er worden drie pilots gestart die zich richten op verschillende vormen van zelftesten.

Digitaal begeleid zelftesten (pilot 1)

In deze pilot maakt de burger een afspraak voor een zelftest, waarna hij per post een zelftest ontvangt. Op het moment van de afspraak logt de burger in via een link naar een videogesprek met de testaanbieder en neemt hij vervolgens de zelftest bij zichzelf af onder toeziend oog van een medewerker van de testaanbieder. Vervolgens controleert een andere medewerker de uitslag van de zelftest (bijvoorbeeld door middel van een door de burger genomen foto van de uitslag of via een videogesprek). De werknemer van de testaanbieder voert de uitslag in het uitslagensysteem in. Wanneer deze uitslag negatief is, kan de deelnemer deze testuitslag gebruiken voor het aanmaken van een CTB.

Fysiek begeleid zelftesten op een (test)locatie (pilot 2)

In deze pilot maakt de burger een afspraak via het afsprakenportaal. Op het moment van de afspraak gaat hij naar de testlocatie. De burger krijgt vervolgens een zelftest uitgedeeld in een ruimte waar zich nog tussen de vijf en tien andere deelnemers van de pilot bevinden. Vervolgens nemen alle deelnemers de zelftest bij zichzelf af onder begeleiding van de werknemer van de testaanbieder. Wanneer de burger de zelftest is afgenomen, geeft de deelnemer de zelftest aan een andere werknemer van de testaanbieder, waarna de uitslag wordt ingevoerd in het uitslagen systeem. Als deze uitslag negatief is, kan de deelnemer deze testuitslag gebruiken voor het aanmaken van een CTB.

Fysiek begeleid zelftesten in de thuisomgeving (pilot 3)

In deze pilot wordt aan een zorgorganisatie (bijvoorbeeld jeugd- of thuiszorg) gevraagd om de pilot uit te voeren. De zorgorganisatie zal vervolgens aangesloten moeten worden op de CoronaCheck applicatie. Een cliënt geeft aan bij de zorgaanbieder dat hij thuis een begeleide zelftest wilt afnemen. De zorgaanbieder neemt de zelftest mee naar de afspraak. Bij deze pilot bestaat enerzijds de mogelijkheid dat de cliënt de test bij zichzelf afneemt. Anderzijds bestaat de mogelijkheid dat de zorgaanbieder de zelftest bij de cliënt afneemt. Vervolgens voert de zorgaanbieder de uitslag in het uitslagensysteem in. Wanneer deze uitslag negatief is, kan de deelnemer deze testuitslag gebruiken voor het aanmaken van een CTB.

Volledigheidshalve wordt opgemerkt, dat het precieze proces dat de burger doorloopt nog in

[5] Kamerstuk 35 807, nr. 43.

ontwikkeling is en daardoor op onderdelen kan afwijken van hetgeen hiervoor is geschetst. Een en ander wordt vastgelegd in een door de Minister van VWS vastgesteld protocol.

De drie pilots zullen klein van opzet zijn (circa 2.000 testen per pilot). De pilot richt zich enkel op testen voor toegang. De meerwaarde van deze opties liggen bij elke afzonderlijke optie net anders. Daarom is besloten om alle drie de opties uit te werken in drie verschillende pilots. De meerwaarde van het begeleid zelftesten voor toegang is dat de reistijd bij de opties 1 en 3 verdwijnt en daarmee ook de druk op het minimaliseren van 'witte vlekken' (dit zijn geografische gebieden waar minder testlocaties zijn, waardoor de reistijd voor de burger die een test wil laten afnemen langer kan worden dan een half uur). Hiermee kan invulling worden gegeven aan de motie Van der Plas (BBB)[6] die oproept om er voor zorg te dragen dat mensen binnen een half uur reistijd een test kunnen afnemen voor toegang. Daarnaast wordt hierdoor de drempel om gebruik te maken van het testen voor toegang verlaagd. De meerwaarde van optie 2 ten opzichte van de huidige teststraten is dat dit goed toegepast kan worden bij bijvoorbeeld meerdaagse evenementen omdat op locatie getest kan worden. Er kunnen immers meerdere mensen tegelijkertijd een begeleide zelftest afnemen. De optie fysiek begeleid zelftesten in de thuisomgeving (pilot 3) biedt ook mogelijkheden voor een deel van de doelgroep van het amendement Bikker[7] over een uitzondering van de testplicht voor personen met een beperking of ziekte. Binnen deze groep vallen mensen met een breed spectrum aan medische aandoeningen. De begeleide zelftest in de eigen omgeving kan hier mogelijk een oplossing zijn. Daarnaast zouden alle opties van toegevoegde waarde kunnen zijn om het testlandschap en daarmee gemoeide testcapaciteit goed afgestemd te houden op de actuele vraag naar testen. Ook kan dit een oplossing zijn voor gebieden waar men lang (langer dan een half uur) moet reizen naar een teststraat. Het begeleid zelftesten kost in pilot 1 en pilot 3 immers geen reistijd. Voorts kan een voordeel van begeleid zelftesten zijn dat dit op een veel grotere schaal ingezet kan worden. Mocht er behoefte zijn aan extra testcapaciteit, dan zou het begeleid zelftesten daar een bijdrage aan kunnen leveren. Een ander voordeel is dat de verwachting bestaat dat begeleid zelftesten mogelijk financieel voordeliger is dan de huidige toegangsteststraten.

De pilots worden geëvalueerd door een onafhankelijk bureau waarbij er onder andere gekeken wordt naar het gebruikersgemak, de testbereidheid, de fraudebestendigheid, inclusiviteit en financiële consequenties. Aan de hand van een evaluatie van deze pilots wordt besloten of deze manier van zelftesten op grotere schaal uitgerold wordt. Het feit dat deze pilots worden opgezet betekent nadrukkelijk niet dat dit nadien ook daadwerkelijk grootschalig uitgerold zal worden. Hiervoor moet eerst de evaluatie worden afgewacht.

Voor het opzetten van de pilots zullen een aantal opdrachten worden verstrekt aan geselecteerde testaanbieders. Voorts zal een opdracht worden verstrekt aan een bureau voor het uitvoeren van de evaluatie. Tevens zal SON in het kader van hun Dienstverleningsovereenkomst met VWS werkzaamheden uitvoeren ten behoeve van de aanpassing van de verschillende applicaties, het beheer van deze applicaties en zal adviseren. Aan deelname aan de pilots worden geen extra kosten in rekening gebracht bij de burger.

De testaanbieder die de pilot digitaal begeleid zelftesten uitvoert, moet een systeem inrichten om deze testen te versturen. Er kan mogelijk gebruik worden gemaakt van de voorraad zelftesten van VWS.

De pilot gericht op het digitaal begeleid zelftesten heeft een risico op fraude bij de uitgifte van het CTB. Het is immers mogelijk dat de deelnemer de uitslag van een oude zelftest gebruikt, een zelftest gebruikt die door iemand anders is afgenomen of een zelftest die een andere keer bewust op een verkeerde manier is afgenomen wordt getoond. Er wordt gekeken naar mogelijkheden om deze risico's te beperken wat nader uitgewerkt wordt in het protocol. Het is echter ook het doel van deze pilots om deze risico's in te schatten en te analyseren, zodat daar bij een mogelijke grootschalige uitrol van het begeleid zelftesten rekening mee gehouden kan worden. Gezien de beperkte omvang van de groep deelnemers aan de pilot, wordt dit risico als gering ingeschat.

Blokkering coronatoegangsbewijs

Onlangs is gebleken dat de CTB's worden gekopieerd of nagemaakt en via het internet beschikbaar worden gesteld om door anderen te worden gebruikt teneinde toegang te verkrijgen tot activiteiten of voorzieningen waar een CTB is voorgeschreven. Dit kan vooral gedaan worden met CTB's die op papier zijn uitgegeven. De QR-code van zo'n CTB is namelijk statisch, anders dan een QR-code die met de applicatie CoronaCheck wordt gegeneerd en elke minuut wordt ververst. Dergelijk misbruik doet afbreuk aan de werking van de inzet van het CTB. Het is van belang dat met de applicaties alleen

[6] Kamerstuk 25 295, nr. 1446.
[7] Kamerstuk 35 807, nr. 30.

betrouwbare resultaten getoond worden. Dit is een verantwoordelijkheid die is neergelegd bij de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (artikel 58re, vierde lid, Wpg).

Een CTB is bruikbaar wanneer bij het lezen ervan de applicatie CoronaCheck Scanner aangeeft dat sprake is van een geldig CTB en daarbij de initialen en het geboortejaar en de geboortemaand weergeeft van de persoon waarop het CTB betrekking heeft. Indien er een gegrond vermoeden bestaat dat handelingen zijn verricht met of met betrekking tot het CTB die het vertrouwen in het CTB hebben geschaad of zullen schaden (bijvoorbeeld bij fraude of misbruik, doordat een CTB op internet ter gebruik door anderen wordt aangeboden of CTB's tegen vergoeding worden aangeboden), wordt nader onderzoek verricht door de Minister van VWS. Hierbij wordt onderzocht of de QR-code werkend is en ook daadwerkelijk is gedeeld of publiek gemaakt. Op basis van de uitkomst van dat onderzoek wordt door de Minister van VWS bepaald of de code geblokkeerd wordt.

Of er sprake is van geschaad vertrouwen in het CTB wordt beoordeeld in het licht van het doel waarvoor CTB's verplicht zijn gesteld en de mogelijkheden die CTB's bieden. Zij zijn nodig ter bestrijding van de (directe dreiging van de) epidemie van covid-19 en geven een mogelijkheid dat iemand deelneemt aan een activiteit of toegang heeft tot een voorziening. CTB's zijn dan ook strikt persoonsgebonden en gekoppeld aan de vaccinatie, het herstel of de test van een concrete persoon, die zich veelal ook dient te identificeren. Wordt zodanig met een CTB omgegaan dat hieraan afbreuk wordt gedaan, dan verliest een CTB zijn waarde en wordt het vertrouwen erin geschaad. Hiervan kan bijvoorbeeld sprake zijn als:

- iemands CTB op enigerlei wijze aan een ander ter beschikking wordt gesteld of op zodanig onzorgvuldige manier is achtergelaten of er zodanig onzorgvuldig mee is omgegaan dat een ander hiervan zonder noemenswaardige moeite misbruik kan maken;
- iemand anders CTB wordt gebruikt, gepoogd te gebruiken of dat wordt voorbereid, dan wel kennelijk daartoe in bezit is;
- een CTB op andermans identiteit is verstrekt;
- een CTB is vervalst of kennelijk opzettelijk is beschadigd.

Zodra een gegrond vermoeden bestaat dat een bruikbaar CTB wordt gedeeld met anderen, wordt dit geblokkeerd. Of een CTB met anderen gedeeld wordt, is in ieder geval te constateren wanneer een vervalsing of kopie van een QR-code op internet is gepubliceerd. Daarnaast zou tijdens een controle, het houden van toezicht of de handhaving, bijvoorbeeld tijdens het nalopen van websites waarvan bekend is dat er CTB's verspreid worden, kunnen blijken dat een vervalst of gekopieerd CTB verspreid wordt. Ook kunnen ondernemers die een vals of gekopieerd CTB getoond krijgen, daarvan de politie op de hoogte stellen.

Wanneer het nader onderzoek een gegrond vermoeden oplevert dat een vervalst of gekopieerd CTB in omloop is (bijvoorbeeld als een QR-code op het internet circuleert), wordt dit na onderzoek geblokkeerd. Elk CTB is voorzien van een elektronische handtekening van de Minister van VWS en bevat een willekeurig getal (de zogenoemde challenge). Dit getal kan niet gewijzigd worden, omdat de elektronische handtekening dan niet meer geldig is en de CoronaCheck Scanner applicatie zal aangeven dat er geen geldig CTB is. De challenge wordt met een cryptografische hashfunctie (SHA256) versleuteld en afgekort tot 16 bytes naar een proof identifier. De proof identifier wordt opgenomen in een door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangelegde lijst (een denylist) die periodiek door de applicatie CoronaCheck Scanner wordt gedownload. Op het moment dat CoronaCheck Scanner een CTB leest, wordt de proof identifier van die QR-code berekend. Daarna controleert de applicatie of deze proof identifier op de denylist staat. Zo ja, dan geeft CoronaCheck Scanner aan dat het CTB niet geldig is. Zo nee, dan worden de controle van het CTB zoals normaal uitgevoerd.

Gedupeerden van fraude of misbruik van hun CTB, kunnen op de gebruikelijke wijze een nieuw CTB aanmaken en daarmee toegang verkrijgen tot activiteiten en voorzieningen. Dit betekent dat bij een ongeldigverklaring de specifieke QR-code die is gegenereerd in de app of op papier niet meer geldig is, maar een nieuwe in de app gegenereerde QR-code of een nieuwe uitdraai van de papieren QR-code niet ongeldig is. Iedere burger kan daarmee altijd een nieuw CTB generen die wel geldig is. Het plaatsen van een CTB op de denylist zorgt er daarmee niet voor dat personen die volledig zijn gevaccineerd geen CTB meer kunnen krijgen, zij moeten alleen een nieuwe genereren. Het is technisch niet mogelijk om de persoon wiens CTB op de denylist staat daarover te informeren. Fraude en misbruik vindt voornamelijk plaats met een CTB op papier. Omdat het CTB geen contactgegevens bevat, kunnen gedupeerden niet worden geïnformeerd over de blokkering van het CTB. Afhankelijk van de specifieke casus kunnen aanvullende maatregelen getroffen worden. Overtreding van de bepalingen in de Wpg met betrekking tot CTB's is strafbaar gesteld en kan leiden tot opleggen van sancties (artikel 68bis Wpg). Daarnaast kan in geval van fraude aangifte gedaan worden.

Op grond van de verordening[8] kan ook een door andere lidstaten uitgegeven Digitaal Corona Certificaat (DCC) gebruikt worden om toegang te verkrijgen tot activiteiten en voorzieningen waarvoor een CTB is voorgeschreven. Ook bij een redelijk vermoeden van fraude of misbruik van een DCC zal dit op dezelfde manier geblokkeerd worden. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van een vergelijkbare methode waarbij de cryptografische hashwaarde (met behulp van het SHA-256 algoritme) wordt berekend op basis van de elektronische handtekening van het DCC.

Benadrukt wordt dat hiermee de concrete inzet van CTB's voor Saba en Sint Eustatius nog niet is of wordt geregeld. Daarover vindt separaat besluitvorming plaats die haar weerslag zal moeten vinden in de betreffende ministeriële regelingen die zien op Caribisch Nederland. Op Bonaire zal het CTB vanaf het einde van deze maand ingezet worden voor evenementen.

De maatregelen die in deze regeling zijn opgenomen brengen geen verandering in de bestaande toezicht- en handhavingssystematiek van de CTB's.

Testverplichtingen personenvervoer Caribisch Nederland

Met deze regeling wordt bewerkstelligd dat de aanbieder van personenvervoer via lucht- en scheepvaart niet langer wordt verplicht uitsluitend vervoer aan te bieden aan reizigers die die een negatieve uitslag van een NAAT-test van ten hoogste achtenveertig uur oud op het moment van het aan boord gaan van een vervoermiddel kunnen tonen aan de vervoerder. Zij mogen ook vervoer aanbieden aan volledig gevaccineerde reizigers die een negatieve uitslag van een antigeentest van ten hoogste vierentwintig uur oud kunnen tonen aan de vervoerder. Deze wijziging wordt ook doorgevoerd in de artikelen die zich richten tot de gevaccineerde internationale reiziger zelf.

Gezien de kleinschaligheid van Bonaire, Sint Eustatius en Saba, de beperkte zorgcapaciteit en onvoldoende hoge vaccinatiegraad op Sint Eustatius en Bonaire was het tot op heden niet mogelijk om met een antigeentest in te reizen. Om de risico's op introductie van het virus zo beperkt mogelijk te houden, werd alleen een negatieve uitslag van een NAAT-test geaccepteerd. Nu de vaccinatiegraad verder stijgt en de gevolgen van introductie daarmee afnemen, acht het RIVM het verstandig om voor gevaccineerde reizigers ook een antigeentest van ten hoogste vierentwintig uur oud toe te staan. Dit betekent dat gevaccineerde reizigers die naar Bonaire, Sint Eustatius of Saba reizen dit kunnen doen met een NAAT-test van achtenveertig uur oud of een antigeentest van ten hoogste vierentwintig uur oud. Ongevaccineerde reizigers dienen naar alle drie de eilanden een NAAT-testuitslag te kunnen laten zien, gezien het grotere risico dat zij vormen voor de bevolking van Caribisch Nederland.

Herstelpunten

De uitzondering voor zogenaamde zeemanshuizen op het gebruik van CTB's, zoals opgenomen in artikel 4.2, vijfde lid, had ook opgenomen moeten worden ten aanzien van de verplichte sluitingstijd voor eet- en drinkgelegenheden. Om die reden is in artikel 4.2, vijfde lid, bepaald dat zowel het eerste lid, als het tweede lid niet gelden in verzorgingsplaatsen die exclusief zijn ingericht voor zeevarenden voor de tijdelijke onderbreking van hun reis.

Ook worden in de artikelen 4.3 en 6.31a foutieve verwijzingen hersteld.

3. Noodzakelijkheid en evenredigheid

Verlenging herstelbewijs

In afwachting van de ontwikkelingen op Europees niveau, ontstaat vooralsnog een zeker onderscheid tussen personen die in een andere lidstaat van de Europese Unie een DCC hebben ontvangen op basis van herstel en herstelde personen die in Nederland een coronatoegangsbewijs hebben verkregen. Dit onderscheid betreft echter niet een onderscheid naar nationaliteit, maar een ongelijke behandeling naar gelang het land waar men woont, getest is en een herstelbewijs heeft gekregen. Op grond van artikel 18 van het Verdrag betreffende de Werking van de Europese Unie is discriminatie op grond van nationaliteit verboden. Dit betekent ook dat burgers van de Unie in beginsel gelijk behandeld moeten worden. Op basis van artikel 24 van de Burgerschapsrichtlijn geniet iedere burger van de Unie die op het grondgebied van een andere lidstaat verblijft, binnen het toepassingsgebied van het verdrag in principe dezelfde behandeling als de onderdanen van het gastland. Het verlengen van de geldigheids-

[8] Verordening (EU) 2021/953 van het Europees Parlement en de Raad van 14 juni 2021 betreffende een kader voor de afgifte, verificatie en aanvaarding van interoperabele COVID-19-vaccinatie-, test- en herstelcertificaten (digitaal EU-COVID-certificaat) teneinde het vrije verkeer tijdens de COVID-19-pandemie te vergemakkelijken (PbEU 2021, L 211).

duur van het coronatoegangsbewijs op basis van herstel naar 365 dagen heeft het volgende gevolg. Een persoon uit een andere lidstaat kan er met een DCC op basis van herstel op rekenen dat hij in Nederland gedurende 180 dagen toegang heeft tot voorzieningen en kan deelnemen aan activiteiten waarvoor een coronatoegangsbewijs nodig is. Na verloop van die termijn van 180 dagen, zal deze persoon zich steeds moeten laten testen voor toegang tot die voorzieningen of deelname aan die activiteiten. Dit geldt niet voor een persoon die in Nederland een coronatoegangsbewijs op basis van herstel heeft gekregen, omdat diegene daarmee gedurende 365 dagen beschikt over een geldig coronatoegangsbewijs. Dit levert voor de persoon uit een andere lidstaat een drempel op om gebruik te maken van bepaalde diensten in Nederland waar een CTB vereist is, zoals eet- en drinkgelegenheden. Hoewel geen sprake is van een direct onderscheid, leidt dit wel tot een indirect onderscheid op basis van nationaliteit. Indirect onderscheid kan echter objectief gerechtvaardigd worden indien er sprake is van een legitiem doel en de maatregel proportioneel en subsidiair is.

Nu het verlengen naar 365 dagen in Nederland epidemiologisch verantwoord wordt geacht, wordt er mede vanuit het oogpunt van proportionaliteit voor gekozen om het coronatoegangsbewijs op basis van herstel een langere geldigheidsduur te geven. Dit is ook in lijn met hetgeen is bepaald in artikel 58b Wpg waarin onder andere staat dat de bij of krachtens hoofdstuk Va toegekende bevoegdheden slechts worden toegepast voor zover die toepassing gelet op de ernst van de bedreiging van de volksgezondheid noodzakelijk is en gelet op dat doel vanuit grondrechtelijk perspectief evenredig is. Verlenging van de geldigheidsduur van het coronatoegangsbewijs voorkomt dat personen die zijn hersteld van een infectie zich eerder moeten laten testen voor toegang of deelname dan epidemiologisch gezien nodig is. Bovendien vergt dat ook een inzet van testcapaciteit waar het niet nodig is. Gezien het voorgaande wordt het noodzakelijk en proportioneel geacht om de geldigheidsduur van het coronatoegangsbewijs op basis van herstel te verlengen naar 365 dagen. Zoals hiervoor gezegd, is het om verschillende uitvoeringstechnische redenen niet mogelijk om een DCC op basis van herstel met een geldigheidsduur van 180 dagen om te zetten in een coronatoegangsbewijs voor nationale doeleinden met een geldigheidsduur van 365 dagen. Dit omdat een positief testbewijs uit een andere lidstaat niet te controleren valt, het opzetten van een dergelijke controle een grote uitvoeringslast met zich brengt, er grote aantallen persoonsgegevens van personen uit andere lidstaten verwerkt zullen moeten weten als wél een coronatoegangsbewijs zou worden verstrekt en tot slot omdat dit coronatoegangsbewijs op papier wordt verstrekt met de daarbij horende frauderisico's. Bovendien staat voor een persoon die een DCC op basis van herstel heeft na afloop van de geldigheidsduur van het certificaat in Nederland altijd de mogelijkheid open om een coronatoegangsbewijs op basis van een test te krijgen, waardoor in ieder geval toegang bestaat tot activiteiten of voorzieningen waarvoor het coronatoegangsbewijs is voorgeschreven. Geconcludeerd wordt dat gezien de beschreven afweging het geconstateerde onderscheid gerechtvaardigd wordt geacht.

Studievaccinatie

De in deze regeling voorgestelde voorziening geldt alleen voor deelnemers aan wetenschappelijk onderzoek gericht op de ontwikkeling van een vaccin tegen een infectie veroorzaakt door het virus SARS-CoV-2, dat in Nederland plaatsvindt. Hiermee ontstaat, in afwachting van eventuele ontwikkelingen op Europees niveau, een zeker onderscheid tussen die deelnemers en deelnemers aan vergelijkbaar onderzoek buiten Nederland. Gelijk als hiervoor, is hier geen sprake van direct onderscheid naar nationaliteit, maar kan het wel leiden tot indirect onderscheid op basis van nationaliteit. Indirect onderscheid kan echter objectief gerechtvaardigd worden indien er sprake is van een legitiem doel en de maatregel proportioneel en subsidiair is. In Nederland verricht wetenschappelijk onderzoek dat gericht is op de ontwikkeling van een vaccin moet worden getoetst en goedgekeurd door de CCMO. Dat biedt waarborgen voor de betrouwbaarheid van het onderzoek en het oordeel van degene die het onderzoek verricht dat een deelnemer vanwege het in studieverband toegediende vaccin als geheel of gedeeltelijk beschermd kan worden beschouwd. Alleen dan is het vanuit epidemiologisch oogpunt verantwoord om erin te voorzien dat de deelnemers voor wie dat geldt een CTB kunnen verkrijgen (ingeval van gedeeltelijke bescherming na toediening van één vaccin van een goedgekeurd vaccin). In het licht hiervan dient het geconstateerde onderscheid gerechtvaardigd worden geacht.

Vaccinatie in het buitenland

Voor de uitgifte van het CTB in geval van volledige vaccinatie die geheel of gedeeltelijk in een andere lidstaat van de EU heeft plaatsgevonden, is de verwerking van (medische) persoonsgegevens onontbeerlijk. Met de onderhavige wijzigingsregeling is deze verwerking voorzien van een wettelijke grondslag. Degene die het CTB vraagt, heeft zich te legitimeren en moet een vaccinatiebewijs overleggen, net als al is bepaald voor een CTB op basis van vaccinatie in een derde land. Anders kan niet vastgesteld worden dat verzoeker volledig is gevaccineerd. Voor het verstrekken van het CTB verwerkt de GGD de gebruikelijke persoonsgegevens die daarvoor nodig zijn, met bestaande automatiseringssystemen en applicaties die reeds beproefd zijn voor de uitgifte van CTB's op basis van vaccinatie in een derde land.

Pilots begeleid zelftesten

Voor deze pilots zullen gegevens verwerkt worden via het afsprakenportaal van de testaanbieders die deze pilots gaan uitvoeren. Deze gegevens komen grotendeels overeen met de gegevens die nu ook al verwerkt worden. Voor de digitale pilot zal als extra gegeven het adres worden gevraagd. Bij de begeleide zelftest is van belang dat er begeleiding wordt geboden en toezicht bestaat op de wijze waarop de zelftest wordt uitgevoerd. Vandaar dat ook een zelftestbegeleider als uitvoerder van de test wordt gezien. Alleen zorgaanbieders, of personen die onder verantwoordelijkheid van zorgaanbieders werken, kunnen uitvoerders van deze begeleide zelftest zijn. Dat heeft meerdere redenen. In de eerste plaats heeft dat ermee te maken dat het begeleiden van de zelftest gepaard gaat met het verwerken van persoonsgegevens, waaronder gegevens over gezondheid, ook al is het begeleiden van zelftesten strikt genomen geen medische handeling. Een positieve uitkomst van de zelftest moet namelijk door de begeleider van de test worden ingevoerd in de testapplicatie. Het verwerken van gezondheidsgegevens is in beginsel verboden, tenzij er een wettelijke uitzondering geldt. Die uitzondering is voor zorgaanbieders en uitvoerders van testen reeds wettelijk geregeld in artikel 30, derde lid, onder a, Uitvoeringswet AVG en artikel 58re, zesde lid, Wpg. In de tweede plaats is het belang van de volksgezondheid ermee gediend dat een positief resultaat van een zelftest wordt geregistreerd en gemeld aan de GGD, zodat zicht gehouden wordt op de (mate van) verspreiding van het coronavirus. Deze voorwaarde wordt geborgd in de aansluitvoorwaarden van de pilot en zal ook in het protocol worden beschreven.

Voor de uitgifte van het CTB in het geval van een negatieve test is de verwerking van (medische) persoonsgegevens onontbeerlijk. Voor het verstrekken van het CTB verwerkt de testaanbieder de gebruikelijke persoonsgegevens die daarvoor nodig zijn, met bestaande automatiseringssystemen en applicaties die reeds beproefd zijn voor de uitgifte van CTB's op basis van een toegangstest. Dit zijn de NAW-gegevens inclusief geboortedatum, emailadres en mogelijk telefoonnummer. Voor de eerste pilot die zich richt op digitaal begeleid zelftesten zullen ook adresgegevens worden gevraagd. Met de adresgegevens kan de zelftest naar huis worden opgestuurd. Het verstrekken van de zelftests binnen de pilots zal gratis zijn. Dit is in lijn met artikel 58rc, eerste lid Wpg. Op de afspraak zal de burger zijn ID-bewijs moeten tonen zodat het burgerservicenummer(BSN) en het document nummer van de ID kaart kan worden ingevoerd. Hiermee kan een medisch dossier worden aangemaakt, waarmee de uitslag van de test kan worden ingevoerd.

De testaanbieders van deze pilots zullen voordat zij van start gaan met deze pilots, op grond van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) veelal verplicht zijn om een gegevensbeschermingseffectbeoordeling (ook wel DPIA) te doen, waarin onder meer gedetailleerd uiteen wordt gezet welke persoonsgegevens worden verwerkt, wat de juridische basis daarvan is en op welke wijze eventuele risico's van de gegevensverwerking voor de rechten van betrokkenen worden weggenomen. Bij het selecteren van testaanbieders voor deelname aan de pilots is de aanwezigheid van een adequate en zorgvuldige DPIA een voorwaarde.

Blokkering coronatoegangsbewijs

De blokkade van een CTB, nadat uit onderzoek door de Minister van VWS is gebleken dat sprake is van een gegrond vermoeden van fraude of misbruik, geschiedt op basis van een willekeurig getal, de challenge, dat op zichzelf geen persoonsgegevens bevat en vervolgens wordt versleuteld tot een proof identifier om te worden opgenomen op een denylist. Het herleiden van de proof identifier tot het CTB en vervolgens tot de persoon waarop het CTB betrekking heeft, is technisch niet mogelijk.

Het doel van de gegevensverwerking ten behoeve van het blokkeren van CTB's en DCC's is het voorkomen dat onrechtmatig toegang verkregen wordt tot activiteiten en voorzieningen waarvoor een CTB is voorgeschreven. Dit doel is, gelet op de bestrijding van de epidemie van covid-19, gerechtvaardigd in het licht van de vervulling van een taak van algemeen belang (artikel 6, eerste lid, onder e, Algemene Verordening Gegevensbescherming) en de bescherming van de volksgezondheid (artikel 9, tweede lid, onder i, AVG). Er worden niet meer persoonsgegevens verwerkt dan strikt noodzakelijk. Met de applicatie CoronaCheck Scanner wordt de privacy beschermd doordat gebruik gemaakt wordt van een denylist waarop alleen proof identifiers en unieke certificaatidentificatiecodes zijn opgenomen. Ook laat de CoronaCheck Scanner niet zien waarom een CTB of DCC niet geldig is, zodat bij controle voor de toegang tot activiteiten en voorzieningen niet kenbaar is dat sprake is van een redelijk vermoeden van fraude of misbruik.

De CBP-BES heeft op 1 november 2021 advies uitgebracht. De CBP BES adviseert het beschermingsniveau voor persoonsgegevens in Europa als leidraad te volgen en na te streven en stemt in met deze wijziging.

4. Regeldruk

Verlenging herstelbewijs

De verlenging van het herstelbewijs zal door VWS technisch worden doorgevoerd na inwerkingtreding van de regeling. Dit brengt geen regeldruk met zich mee.

Studievaccinatie

Het verkrijgen van een CTB voor deelnemers aan wetenschappelijk onderzoek gericht op de ontwikkeling van een vaccin tegen een infectie veroorzaakt door het virus SARS-CoV-2, dat in Nederland plaatsvindt heeft een beperkt effect op de regeldruk. Zoals hierboven reeds toegelicht dient de onderzoeker de HKP-codes in het COVID-vaccinatie Informatie- en Monitoringsysteem (CIMS) te registreren voor de deelnemers die naar het oordeel van de onderzoeker vanwege het in studieverband toegediende vaccin, als volledig of gedeeltelijk beschermd kunnen worden beschouwd. De deelnemer kan op basis van deze registratie op reguliere wijze, via de CoronaCheck app, een CTB verkrijgen.

Vaccinatie in het buitenland

Het effect op de regeldruk van de uitgifte van het CTB in geval van volledige vaccinatie die geheel of gedeeltelijk in een andere lidstaat van de EU heeft plaatsgevonden, is zo beperkt mogelijk gehouden. Van de verzoeker om zo'n CTB worden de minimaal benodigde bescheiden gevraagd voor het aantonen van de identiteit en de vaccinatie. Dit is dezelfde informatie als benodigd is voor de bestaande faciliteit ten behoeve van CTB's bij vaccinatie in een derde land. De uitbreiding naar de uitgifte van het CTB in geval van volledige vaccinatie die geheel of gedeeltelijk heeft plaatsgevonden in een andere lidstaat, is relatief gering. Het gaat immers alleen om personen die niet beschikken over een Europees vaccinatiecertificaat. Dit zijn er naar verwachting ongeveer enkele duizenden.

Pilots begeleid zelftesten

Er zal een technische aanpassing moeten worden gemaakt in de CoronaCheck applicatie zodat er een CTB kan worden verstrekt op basis van een negatieve zelftest. Burgers zullen worden gevraagd om een afspraak te maken, hetgeen in de verschillende pilots op een andere wijze geschiedt. Gelet op de beperkte omvang van de pilots (er is voorzien dat per pilot circa 2.000 deelnemers zullen meedoen) en het feit dat wordt aangesloten op de bestaande praktijk voor het maken van een afspraak, waarbij alleen een aantal mogelijk nieuwe testuitvoerders worden betrokken en een nieuwe testmethode wordt onderzocht, zal dit maar beperkt gevolgen hebben voor de regeldruk.

Blokkering coronatoegangsbewijs

Er zijn geen gevolgen voor de regeldruk.

Het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) heeft het dossier niet geselecteerd voor een formeel advies, omdat de gevolgen voor de regeldruk toereikend in beeld zijn gebracht.

5. Advisering en consultatie

De in deze regeling voorgestelde maatregelen met betrekking tot vaccinatie in het buitenland zijn op 27 oktober 2021 voor advies voorgelegd aan de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) en het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR), en op 28 oktober aan de Commissie Bescherming Persoonsgegevens BES (CBP-BES).

De AP heeft op 1 november 2021 advies uitgebracht en in het advies aangegeven geen opmerkingen te hebben.

De CBP-BES heeft op 1 november 2021 advies uitgebracht, welk advies geen gevolgen heeft voor onderhavige maatregel.

6. Inwerkingtreding

Deze ministeriële regeling moet op grond van artikel 58c, tweede lid, Wpg binnen twee dagen nadat zij is vastgesteld aan beide Kamers der Staten-Generaal worden overgelegd. De regeling treedt ingevolge artikel 58c, tweede lid, Wpg niet eerder in werking dan een week na deze overlegging en vervalt

als de Tweede Kamer binnen die termijn besluit niet in te stemmen met de regeling. Gelet op het belang van de volksgezondheid is het de bedoeling dat de regeling op 30 november 2021 in werking treedt. Hierbij wordt afgeweken van de zogeheten vaste verandermomenten en de minimuminvoeringstermijn van drie maanden.[9]

Op grond van artikel 8.1 Trm vervalt de Trm op het tijdstip waarop hoofdstuk Va Wpg vervalt. Het gaat hier om een uiterste vervaldatum. Als de noodzaak al eerder ontvalt aan deze regeling of onderdelen ervan, zal de regeling eerder worden ingetrokken of aangepast. In artikel 58c, zesde lid, Wpg is immers geëxpliciteerd dat maatregelen zo spoedig mogelijk worden gewijzigd of ingetrokken als deze niet langer noodzakelijk zijn.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
mede namens de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,
H.M. de Jonge

[9] Vgl. Kamerstukken II 2019/20, 35 526, nr. 3, artikelsgewijze toelichting op artikel X.

Productie 13

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
3289172-1020780-PDC19

Bijlage(n)

Uw brief

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

Datum 26 november 2021
Betreft Maatregelenbrief COVID-19 26 november 2021

Geachte voorzitter,

De huidige epidemiologische situatie blijft zeer zorgelijk. Met in de afgelopen week dagelijks gemiddeld 22.258 besmettingen en gemiddeld meer dan 275 ziekenhuis- en 45 IC-opnames per dag.

Eerder deze week schreef ik uw Kamer dat het kabinet op 26 november over een nieuw maatregelenpakket zou besluiten na spoedadvies van het OMT. In dit advies geeft het OMT aan dat het epidemiologische beeld nog geen kentering laat zien in het aantal besmettingen en opnames. Dat betekent dat de piek nog niet is bereikt en de druk op de zorg steeds zwaarder en pregnanter wordt.

Hoewel de prognoses onzeker zijn en het nog te vroeg is om de effecten van de aangescherpte maatregelen van 13 november te zien, staat vast dat de maatregelen die we nu nemen noodzakelijk zijn om een kentering te forceren en de belasting van de zorg sterk terug te dringen.

Deze maatregelen zijn ingrijpend, vragen van iedereen opnieuw inspanningen en beperken het maatschappelijk leven. In het bijzonder van de sectoren dienstverlening, evenementen, horeca, kunst en cultuur en sport worden grote offers gevraagd.

Het generiek geldende pakket, dat in de maatregelenparagraaf van deze brief wordt toegelicht, heeft tot doel het aantal contacten te verminderen en daarmee het aantal besmettingen naar beneden te brengen. We verwachten dat met dit pakket die contacten fors worden verminderd. De enige manier om dat te doen is met brede, generieke maatregelen omdat het virus groeit met een R-waarde die al geruime tijd boven de 1 zit. Zodra de cijfers zijn gedaald en het verantwoord is, is de verwachting dat we minder generiek en meer specifiek zullen kunnen ingrijpen.

Ik heb u op 12 november laten weten dat de boostervaccinatie voor de oudsten op 18 november is gestart. Ik kan u meedelen dat we de boostercampagne gaan versnellen. Mijn streven is met een aanvullend boosteroffensief zoveel mogelijk ouderen voor het einde van het jaar een booster aan te kunnen bieden.

Met deze brief informeer ik uw Kamer, mede namens de minister van Justitie en Veiligheid, de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en de minister van Basis- en Voortgezet Onderwijs en Media over de aanscherping van maatregelen, die met ingang van zondag 28 november gelden.

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

- Regeling van 26 november 2021 tot wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met enkele verzwaringen, waaronder een verplichte sluitingstijd.

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 4 december 2021. De bepalingen dienen gezien de epidemiologische situatie echter zo spoedig mogelijk in werking te treden. De inwerkingtreding van deze regeling is vastgesteld op 28 november 2021 om 05.00 uur. De regeling wordt binnen twee dagen na vaststelling aan beide Kamers der Staten-Generaal overgelegd. De regeling vervalt van rechtswege indien de Tweede Kamer binnen een week na de toezending besluit niet in te stemmen met de regeling.

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 weergeven.

Hiermee voldoe ik aan de volgende moties en toezeggingen:

- De motie van het lid Stoffer c.s. over zich in Europees verband inspannen om tot overeenstemming te komen met producenten van kansrijke (antivirale) middelen (Kamerstuk 25 295, nr. 1438);
- de motie van het lid Van der Plas om er zorg voor te dragen dat mensen binnen een half uur reistijd een test kunnen laten afnemen en om het aantal testlocaties daarop aan te passen (Kamerstuk 25 295, nr. 1446).

1. OMT-advies

131e OMT-advies
Het OMT is 24 november 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. Adviezen: maatregelen

Ad1) Verloop van de epidemiologie
In de afgelopen 7 kalenderdagen was het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positieve personen landelijk 874 personen per 100.000 inwoners, met een variatie per regio van 566 tot 1233 per 100.000 in de afgelopen week. De regio's met het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners (≥1000) waren Limburg-Zuid, Zuid-Holland Zuid, Zeeland, Limburg-Noord, Gelderland-Zuid en Brabant-Noord. Het aantal meldingen nam in de afgelopen kalenderweek toe in alle leeftijdsgroepen. Het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners betrof de leeftijdsgroep 0-12 jaar. In absolute zin betrof 78% van alle meldingen kinderen boven de leeftijd van 12 jaar en volwassenen. Het aantal meldingen vanuit verpleeghuizen en woonzorgcentra nam toe; 35% van de locaties had een of meerdere besmettingen in de afgelopen vier weken.

In zorginstellingen testen met regelmaat asymptomatische of mild symptomatische personen positief, al zijn ze gevaccineerd. Ofschoon deze groep aanvankelijk geen ernstige klachten aangeeft, blijkt de sterfte in de eerste maanden nadien onder hen toch verhoogd. Verder onderzoek ter karakterisering van deze gevallen volgt.

In het ziekenhuis worden meer kwetsbare ouderen opgenomen. Dit aantal is opgelopen doordat de eerste lijn overbelast is en de ziekenhuiszorg het niet kan overnemen, thuiszorg en mantelzorg door ziekte uitvallen, en de uitstroom naar de langdurige zorg stokt. Tevens is er sprake van een langere ligduur door betere behandelingsmogelijkheden en is er een nog qua aantal onbekende groep die voor een andere aandoening dan COVID-19 opgenomen wordt, maar bijvoorbeeld preoperatief positief test.

De instroom en bezetting op verpleegafdelingen en IC in de ziekenhuizen van personen met een positieve test op SARS-CoV-2 nam verder toe. In de afgelopen kalenderweek werden 1889 opnames in het ziekenhuis geregistreerd, waarvan 297 op de IC, vergeleken met respectievelijk 1551 en 228 de week daarvoor. Dit is een stijging van 22% instroom totaal, en van 30% op de IC. De hoogste aantallen opgenomen COVID-19-patiënten op verpleegafdelingen in het ziekenhuis betreffen personen van boven de 80 jaar. Op de IC ligt die leeftijd lager, namelijk van 60-79 jaar.

De meest recente schatting van het reproductiegetal Rt, zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is voor 8 november jl. op basis van Osiris: gemiddeld 1,21. Op basis van het geschatte reproductiegetal is een daling in het aantal risicocontacten van 21% op korte termijn vereist om de incidentie van nieuwe meldingen te stabiliseren en een grotere daling om deze af te laten nemen.

Als proxy voor een daling in het aantal contacten worden de mobiliteitsgegevens gebruikt. De indicatoren geven een daling van de mobiliteit in de periode van 13-20 november jl. aan, maar deze is vooralsnog bescheiden.

Uit recente (16-22 november) gegevens van de RIVM Corona Gedragsunit blijkt dat de naleving van een aantal gedragsregels is gestegen sinds de vorige meting, te weten: testen bij klachten, het vermijden van drukke plekken, het werken thuis indien mogelijk en het houden van 1,5 meter afstand. Deze stijging is echter beperkt. De naleving van één van de basisgedragsregels is gedaald: dat is de ventilatie van de woning. De naleving van de andere gedragsregels is gelijk gebleven. De naleving is het hoogst bij het dragen van een mondkapje in het openbaar vervoer.
Ook is in de gegevens van de Gedragsunit een kleine daling te zien in het bezoek aan familie en vrienden. Het aandeel mensen dat zich zorgen maakt om het coronavirus is toegenomen.

Kortom, het epidemiologisch beeld laat vooralsnog geen kentering zien in het aantal meldingen en opnames en ook de gegevens van de Gedragsunit en mobiliteitsmaten tonen geen recente aanzienlijke veranderingen. Het is te vroeg om nu al een effect van de aangescherpte maatregelen van 13 november te kunnen zien. Dit duurt nog zeker enkele dagen tot een week. De maatregelen van 4 november geven geen merkbaar effect. Dit beeld stemt niet gerust.

Ad2) Maatregelen
Het OMT geeft aan dat de vraag of op korte termijn een kentering mag worden verwacht met de maatregelen in het huidige pakket, ontkennend wordt beantwoord. Om een gewenste kentering te forceren, adviseert het OMT minimaal de hieronder genoemde maatregelen door te voeren. Deze maatregelen zijn erop gericht om minimaal 20 tot 25% van de contacten die leiden tot virusoverdracht, te voorkomen. Dit percentage van 20 tot 25% is nodig om bij een reproductiegetal van rond de 1,20-1,25 het aantal nieuwe besmettingen te stabiliseren. Meer maatregelen zouden de daling en met name de snelheid van afname verder kunnen bevorderen, maar moeten gewogen tegenover de maatschappelijke schade die ze veroorzaken.

Het OMT adviseert om minimaal de volgende maatregelen door te voeren, om een reductie van het aantal contacten en daarmee de mogelijkheid tot besmettingen te bewerkstelligen. Deze maatregelen zouden voor de duur van 3 weken moeten gelden. De komende weken zal het OMT de situatie frequent opnieuw beoordelen, en uiteraard eerder adviseren als de situatie daartoe noopt.

Het OMT is voorstander van generieke maatregelen, die eenduidig zijn te communiceren en geen uitzonderingen kennen. Het OMT adviseert, met ingang van direct te laten ingaan:

- Het aanhouden van de maatregelen van 13 november jl., en daar bovenop:
- op korte termijn: een maximale inspanning op communicatie, van inrichten van de omgeving om de gedragsregels te steunen en van controle en handhaving om opvolging van de basisregels te bewerkstelligen;
- een algehele sluiting tussen 17.00 uur en 05.00 uur van alle gelegenheden, met alleen uitzondering van de essentiële winkels en essentiële dienstverlening;
- overdag het binnen en buiten verplicht aanhouden van de 1,5 m-afstandsnorm;

- breed gebruik van het coronatoegangsbewijs (CTB), met in alle binnenruimtes, inclusief in de retail, horeca, cultuur, sport, etc., een beperking van het aantal bezoekers tot 33% van de oorspronkelijke capaciteit en gebruik van mondneusmakers bij verplaatsingen binnen;
- het breed gebruik van het CTB, met in de horeca overdag de noodzaak tot placering en mondneusmasker bij verplaatsingen in de zaak;
- het CTB in te voeren voor personeel in alle sectoren waar bezoekers een CTB moeten tonen (horeca, sport, cultuur, etc.);
- het beperken van binnenlandse reizen tot essentiële verplaatsingen, en zorg dragen voor verminderde drukte in de treinen en OV, bijvoorbeeld door het inzetten van langere treinen;
- het zo veel mogelijk thuiswerken tenzij het niet anders kan, waarbij op het werk geborgd wordt dat de 1,5 meter afstandsnorm te allen tijden gerespecteerd wordt;
- het bezoek thuis voorlopig nog op 4 personen te houden, waarbij aandacht is voor de kinderen in het gezelschap en de rol die zij kunnen spelen in het besmetten van kwetsbare ouderen; hiertoe zal een eerder gehanteerd protocol worden aangepast;
- op langere termijn (maanden): een hoge immuniteit onder de bevolking biedt de beste garantie en bescherming 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. De weg daaruit is een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad na te streven van minstens 95%;
- op middellange termijn (weken tot maanden): het voortzetten van de toediening van de boostervaccinatie met maximale inspanningen, waarbij de prioriteit moet liggen bij de hoogste leeftijdsgroepen teruggaand tot en met de zestigers. Dit kan de druk op de zorg verlichten. Niet alleen van de ouderen die ondanks vaccinatie in het ziekenhuis worden opgenomen wegens verminderde werking van het vaccin, maar ook van de mildere beelden onder ouderen in de eerstelijnszorg en onder verpleeghuiscliënten. De recente aanbeveling van het Europees Centrum voor ziektepreventie en –bestrijding (ECDC) vermeldt ook kortetermijneffecten tegen infectie. Op korte termijn biedt een versnelde boostervaccinatie geen uitkomst als alternatief voor bovenvermelde beperkende maatregelen en het biedt géén oplossing om de oplopende uitbraak nu, binnen enkele weken, te bestrijden.

Ten aanzien van het onderwijs, adviseert het OMT geen algemene schoolsluiting, ondanks dat in het onderwijs veel besmettingen optreden, die tot doorgifte van de infectie aan de ouders kunnen leiden. Het OMT geeft daarbij aan dat overall 80% van de besmettingen buiten de basisschoolleeftijd plaatsvindt. Beperking van overdracht en infecties bij kinderen hebben geen rechtstreeks effect op de belasting van de zorg, omdat COVID-19 bij kinderen zelden tot ernstige ziekte leidt. Zoals eerder aangegeven, wil het OMT nieuwe beperkende maatregelen in het onderwijs het liefst vermijden, vanwege wetenschappelijk bewijs voor schade aan de ontwikkeling van kinderen als zij onderwijs ontberen. Het OMT adviseert wel de volgende aanvullende maatregelen te nemen:

- het tweemaal per week testen, geassisteerd en onder toezicht, van kinderen in de basisschoolleeftijd met een antigeensneltest (hier kunnen ook zelftesten voor gebruikt worden) om de infectiedruk op basisscholen te verminderen
- overwegen de kerstvakantie naar voren te verlengen.

Ten slotte vraagt het OMT aandacht voor Black Friday en de risico's die aan de drukte in (winkel)centra verbonden zijn, juist nu maatregelen worden aangescherpt. Verder zal het OMT de komende dagen aandacht besteden aan het actualiseren van de adviezen voor personen ouder dan 70 jaar.

BAO-advies
Het BAO dat 25 november jl. bijeen is geweest, herkent het door het OMT geschetste beeld en vindt het advies van het OMT navolgbaar. Het BAO vraagt het kabinet oog te hebben voor het draagvlak voor de maatregelen, te zorgen voor laagdrempelige toegang tot testen en vaccinatie en een steunpakket voor sectoren die door de maatregelen worden geraakt. Daarnaast roept het BAO allen op om, voor zover dat in hun mogelijkheden ligt, te werken aan het vergemakkelijken van de naleving van de basismaatregelen.

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

Voor de besluitvorming van 26 november 2021 is, naast het epidemiologisch beeld en OMT-advies, opnieuw rekening gehouden met het maatschappelijk beeld volgens de inzichten van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), reflecties op de maatregelen volgens de inzichten van het SCP en de ministeries van Financiën, Economische Zaken en Klimaat en Sociale Zaken en Werkgelegenheid (de 'Trojka'). Verder zijn de 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) meegenomen. 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 het (gemiddeld) psychisch welbevinden van burgers lager wordt en de (gemiddelde) gevoelens van eenzaamheid hoger wordt naarmate het pakket aan maatregelen restrictiever is, naarmate de lockdown zwaarder is, en hoe langer de lockdown voortduurt. Langdurige eenzaamheid kan leiden tot psychische klachten. Het is te verwachten dat de mensen die in de afgelopen anderhalve jaar het hardst zijn geraakt door de crisis, hiervan nog niet of onvoldoende hersteld zijn. Verdere negatieve gevolgen en ervaringen komen daar dus bovenop. De coronacrisis laat zien dat de bestrijding van het virus en de maatregelen die worden genomen ook leiden tot crisiseffecten op andere terreinen. Een meervoudige crisis als deze vereist dus een meervoudige aanpak met perspectief. Ook bij nieuwe uitbraken moeten zowel de maatschappelijke korte als lange termijneffecten van maatregelen meewegen in de besluitvorming. Daarbij is het volgens het SCP niet alleen belangrijk om overbelasting van de zorg te voorkomen, maar om tevens doorgang van andere cruciale sectoren en activiteiten zoals (fysiek) onderwijs zo goed mogelijk te borgen. Het RIVM heeft recent onderzoek gedaan naar de voorkeuren van mensen indien het opschalen

van maatregelen dit najaar aan de orde zou zijn. Volgens het RIVM volgen drie belangrijke principes uit de redeneringen van mensen. Ten eerste moeten de meest effectieve maatregelen genomen worden. Ten tweede hebben maatregelen die tot weinig negatieve (lange termijn) effecten leiden de voorkeur. Ten derde dienen generieke maatregelen i.p.v. maatregelen die een specifieke groep of gebied raken genomen worden. Echter, de gevolgen van maatregelen kunnen meer effect hebben op specifieke groepen. Daarom adviseert het SCP om met behulp van gericht flankerend beleid deze negatieve effecten zoveel mogelijk te voorkomen. Daarbij spelen lokale partners (gemeenten, instellingen, bedrijven, sociaal domein) een belangrijke rol om ervoor te zorgen dat werk, voorzieningen of hulp zoveel mogelijk overeind blijven. 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).

Ten aanzien van het sluiten van scholen geeft het SCP aan dat er veel zorgen over de gevolgen van de crisis voor jongeren en jongvolwassenen zijn. De gezondheidsrisico's van het virus om in het ziekenhuis opgenomen te worden zijn voor hen tot nu toe lager gebleken dan voor oudere leeftijdsgroepen. Echter, de gevolgen van de genomen maatregelen blijken aanzienlijk, vooral waar het reeds bestaande leerachterstanden versterkt of waar de mindere kwaliteit van (praktijk)onderwijs de waarde van het diploma op de arbeidsmarkt aantast. Het is belangrijk dat jongeren, onderwijzend personeel en ouders steun krijgen bij hun zorgen of mentale klachten. Tegelijkertijd zijn er ook zorgen onder sommige leerlingen, docenten en ouders vanwege het hoge aantal besmettingen onder kinderen. Het SCP geeft aan dat veel maatregelen ingrijpen op de kern van het sociale leven van jongeren, terwijl contacten met leeftijdsgenoten voor hun ontwikkeling juist van groot belang is. De afname in het psychisch welbevinden en toename van enige tot sterke eenzaamheidsgevoelens is bij jongeren en jongvolwassenen het grootst. Het SCP verwacht dat nieuwe forse beperkingen een versterkt negatief effect op jongeren en jongvolwassenen kan hebben, omdat zij de effecten van eerdere maatregelen nog niet geheel te boven zijn gekomen. Ook vraagt het SCP aandacht voor de onderwijsvertraging die een deel van de scholieren en studenten mogelijk opgelopen hebben. Een deel van hen zal deze vertraging vermoedelijk alleen met extra inspanning weer in kunnen halen. De vertraging is echter het grootst voor degenen die al voor de pandemie op een achterstand stonden. Voor hen betekent dat de coronacrisis hun achterstand alleen maar groter maakt, welke niet zomaar in te halen is. Het SCP stelt dat (gedeeltelijke) sluiting van het onderwijs ervoor kan zorgen dat de recente inspanningen om vertragingen en achterstanden in te lopen in korte tijd weer teniet kunnen worden gedaan of dat deze vertragingen en achterstanden juist groter worden. Het SCP adviseert daarom eerder genoemde punten in het belang van jongeren zwaar te laten wegen, maar ook om te voorkomen dat de inmiddels toegekende steungelden in het kader van het Nationaal Programma Onderwijs (8,5 miljard euro) geen of slechts een beperkt effect zullen opleveren.

Volgens het SCP hebben eerdere lockdowns geleerd dat flankerende maatregelen meteen genomen moeten worden en niet pas nadat al te grote schade is aangericht op sociaal en mentaal gebied (zoals leerachterstanden; druk op huishoudens; isolement van jongeren en ouderen; mentale klachten door wegvallen uitlaatkleppen als sport en uitgaan etc.). Het SCP wijst er tevens op dat

bij eerdere lockdowns 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. Het SCP adviseert hiermee terdege rekening te houden, zodat tegenstellingen niet onbedoeld worden aangewakkerd, en om in naleving en communicatie een duidelijke en voorspelbare overheid te zijn. Daarnaast geeft het SCP aan dat bij veel onderwerpen, zoals 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 bestaan 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 een grote groep die in het midden zit. Het SCP roept op om in uitingen over polarisatie in de samenleving rekening te houden met deze stille minderheid. Polarisatie veronderstelt twee tegenover elkaar staande groepen. De werkelijkheid zit ingewikkelder in elkaar en het is belangrijk dit communicatief goed over te brengen.

Tot slot adviseert het SCP om het openhouden van scholen zoveel mogelijk te prioriteren, gezien de maatschappelijke effecten van het afstandsonderwijs groot zijn. Ook zou vanwege de te verwachten gevolgen voor het psychisch welbevinden een eventuele lockdown direct gepaard moeten gaan met ondersteunende maatregelen om hulp vanuit o.a. het sociaal domein en de GGZ te versterken.

Sociaal-maatschappelijke en economische reflectie Trojka
De ministeries van SZW, EZK en Financiën (Trojka) geven aan dat de SME-kosten van (brede) vervroegde sluiting substantieel lager zijn dan bij een algehele sluiting. Indien een algehele sluiting onontkoombaar is, dient deze te worden beperkt in de tijd. Tevens pleiten zij ervoor om een uitzondering te maken voor het onderwijs. De Trojka benadrukt dat leerachterstanden groot zijn en niet te repareren met flankerend beleid. Bovendien staat het mentaal welzijn van jongeren onder druk. Corona zorgt volgens recent onderzoek van de GGD, RIVM en het Trimbos Instituut voor het uitvergroten van psychische klachten bij jongeren, zoals angst en eenzaamheid. Uit cijfers van het CBS blijkt dat een kwart van de jongeren psychisch ongezond is . Ten aanzien van het sluiten van de niet-essentiële detailhandel, horeca, evenementen en culturele instellingen wijst de Trojka op de hoge SME-kosten die dit met zich meebrengt. Om deze schade zoveel mogelijk te beperken dient een eventuele algehele sluiting zo kort mogelijk te duren. Ook vraagt de Trojka aandacht voor duidelijke en geloofwaardige communicatie met betrekking tot de duur van een mogelijke algehele sluiting.

De ministeries van SZW, EZK en Financiën (Trojka) geven aan dat de SME-kosten van (brede) vervroegde sluiting substantieel lager zijn dan bij een algehele sluiting. Indien een algehele sluiting onontkoombaar is, dient deze te worden beperkt in de tijd. Tevens pleiten zij ervoor om een uitzondering te maken voor het onderwijs. De Trojka benadrukt dat leerachterstanden groot zijn en niet te repareren met flankerend beleid. Bovendien staat het mentaal welzijn van jongeren onder druk. Corona zorgt volgens recent onderzoek van de GGD, het RIVM en het Trimbos Instituut voor het uitvergroten van psychische klachten bij jongeren, zoals angst en eenzaamheid. Een kwart van de jongeren is psychisch

ongezond (CBS). Ten aanzien van het sluiten van de niet-essentiële detailhandel, horeca, evenementen en culturele instellingen wijst de Trojka op de hoge SME-kosten die dit met zich meebrengt. Om deze schade zoveel mogelijk te beperken dient een eventuele algehele sluiting zo kort mogelijk te duren. Ook vraagt de Trojka aandacht voor duidelijke en geloofwaardige communicatie met betrekking tot de duur van een mogelijke algehele sluiting.

De ministeries van SZW, EZK en Financiën pleiten voor het scheppen van duidelijkheid voor de periode die volgt direct na dit pakket aan maatregelen door middel van een openingsplan. Hierbij wijst de Trojka op de aanpak najaar. Zij stellen dat het bieden van perspectief het draagvlak versterkt en de samenleving in staat stelt om te anticiperen op wat komt. De samenleving heeft behoefte aan duidelijkheid en rust. Overweeg ook scherpe keuzes om zoveel mogelijk verantwoord te openen. De SME-kosten van een 2G-regime in sectoren waar nu 3G geldt zijn bijvoorbeeld kleiner dan van volledige sluiting.

Verder doen zij de suggestie een basispakket samen te stellen met weinig invasieve en makkelijk vol te houden maatregelen, waarmee een nieuwe algehele sluiting op de langere termijn voorkomen kan worden . Dit zou een pakket moeten zijn dat ook proportioneel is in een situatie met een lage besmettingsgraad. Het gedrag dat daarbij past zou een routine kunnen worden, hetgeen de naleving bevordert. Tot slot stelt de Trojka dat er een concreet handelingsperspectief moet worden gegeven op welke manier het basispakket van maatregelen kan worden nageleefd. Hierbij moet worden ingezet op een gedragsnorm (welk gedrag zouden we concreet willen zien) en dienen mensen daarin ondersteund te worden. Ten behoeve van het draagvlak is daarbij wenselijk om ook aan de samenleving te laten zien dat men in het zorgdomein alles op alles zet om IC-opnames te voorkomen, zoals voortgang ten aanzien van boostervaccinactie.

3. Maatregelen

Op 24 november 2021 heb ik uw Kamer laten weten dat het epidemiologisch beeld ernstig is. Niet eerder waren de dagelijkse besmettingscijfers zo hoog als in de laatste weken. Ook het aantal ziekenhuisopnames is hoog. Dit heeft er toe geleid dat de kritiek planbare zorg onder druk is komen te staan. Bovendien blijkt uit het 131e OMT advies dat het epidemiologisch beeld vooralsnog geen kentering laat zien in het aantal nieuwe meldingen en opnames. Ook de gegevens van de RIVM Gedragsunit en mobiliteitsmarkers tonen geen recente veranderingen in de afgelopen periode. Hoewel het nog te vroeg is om nu al een effect van de aangescherpte maatregelen van 12 november jl. te kunnen zien, blijken de maatregelen van 6 november 2021 geen merkbaar effect te hebben. Het OMT adviseert dan ook om aanvullende maatregelen te nemen die als doel hebben om het aantal contacten met 20 – 25% te reduceren en daarmee ook de mogelijkheid tot besmettingen te verlagen.

Daarom heeft het kabinet vandaag besloten tot het nemen van aanvullende maatregelen, bovenop het maatregelenpakket dat reeds sinds 12 november jl. geldt. Het effect van het gehele maatregelenpakket zou een reductie van 25-35% van het reproductiegetal moeten bewerkstellingen; hiermee is de stellige verwachting dat het R getal onder de 1 komt, volgens de modelleurs van het RIVM. Deze maatregelen gaan in per zondag 28 november 05.00 uur en zijn

generiek van aard. Het kabinet heeft voor een ingangsmoment op zondag gekozen zodat de sectoren die het betreft enige tijd krijgen om de noodzakelijke voorbereidingen te treffen.

Voor het onderwijs geldt dat dit, gezien het maatschappelijke belang dat het kabinet aan fysiek onderwijs hecht, kan blijven plaatsvinden. Wel worden in het onderwijs aanvullende mitigerende maatregelen genomen. Het totale maatregelenpakket wordt hieronder toegelicht.
Het gehele maatregelenpakket loopt tot zondag 19 december 2021 05.00uur, waarbij het kabinet op 14 december 2021 opnieuw de situatie beoordeelt. Vanzelfsprekend vindt continue monitoring van de besmetting- en ziekenhuiscijfers plaats en wordt doorlopend bezien of het pakket passend is bij de epidemiologische situatie.

De maatregelen die het kabinet vandaag neemt vormen voor ondernemers een beperking in hun mogelijkheden om omzet te draaien. Het kabinet voert daarom aanvullende aanpassingen door in het eerder gecommuniceerde steun –en herstelpakket in het vierde kwartaal van dit jaar.[1] Uw Kamer wordt gelijktijdig met deze brief in een separate brief over deze aanvullende aanpassingen geïnformeerd.

Verlenging pakket 12 november 2021
Het pakket van 12 november, bestaat samengevat uit de herintroductie van de 1,5m plicht (inwerking getreden per 24 november), de herintroductie van de placeringsplicht voor onder andere evenementen, het invoeren van een sluitingstijd, het verbieden van publiek bij sport en voorbereidingen treffen voor het verbreden en aanscherpen van de inzet van CTB.

Sluitingstijden en aanvullende maatregelen
De sluitingstijden worden aangepast en gaan gelden tussen 17.00u en 05.00u. Dit geldt voor de horeca, evenementen, niet-essentiële detailhandel en voor bepaalde dienstverlening. Bovendien zullen de beperkte openingstijden ook gaan gelden voor de locaties voor sportbeoefening (binnen en buiten), de vertoning en beoefening van kunst- en cultuur. Op alle publieke plaatsen, waaronder bovengenoemde locaties, zal aanvullend een bezoekersnorm gaan gelden. Deze is in geplaceerde setting 100% van de 1,5m capaciteit (in de praktijk 1/3^{e} van de reguliere capaciteit) en 1 persoon per 5m2 in geval van doorstroom. Bij vertoning van kunst en cultuur en evenementen geldt het maximum bezoekersaantal van 1250 in aanvulling op genoemde voorwaarden nog steeds. Bovendien geldt vanaf zondag 28 november 2021 binnen deze locaties een mondkapjesplicht (bij verplaatsingen) en de plicht om 1,5m afstand te houden, ook op locaties waar gebruik van CTB verplicht is. Ten aanzien van sport en kunst- en cultuur geldt, dat dit na 17.00u in de openbare ruimte alleen is toegestaan in georganiseerd verband met maximaal vier personen. Trainers en begeleiders zijn hiervan uitgezonderd. Dit betekent dat een yogales onder begeleiding van een instructeur of repetitie van een brassband in het park alleen na 17.00u mogelijk is met vier personen. Ook voor georganiseerde jeugdactiviteiten, zoals scouting, geldt dat deze na 17.00u in de openbare ruimte alleen zijn toegestaan met maximaal vier personen. Ook hier zijn begeleiders uitgezonderd van het maximaal aantal

[1] Kamerstuk 35420, nr. 420

personen.

Professionele sportbeoefening en professionele beoefening van kunst- en cultuur blijft zonder toeschouwers na 17.00u wel mogelijk.

Aanscherping adviezen
De adviezen worden aangevuld en aangescherpt.
Het binnenlands reisadvies gaat van "*Mijd drukte onderweg en reis buiten de spits"* naar "*Blijf zoveel mogelijk thuis*". Het thuiswerkadvies wordt in lijn met de verplichting tot het houden van 1,5m afstand - van "*Werk thuis, tenzij het echt niet anders kan"* aangepast naar "*Werk thuis. Kan dat niet: houd op werk altijd 1,5m afstand".* Ook het thuisbezoekadvies blijft in tact: "*Ontvang maximaal vier personen per dag (muv personen t/m 12 jaar) en ga bij maximaal één huishouden op bezoek".* Het kabinet blijft het thuiswerkadvies maximaal onder de aandacht brengen. Thuiswerken is immers een effectief middel om besmettingen tegen te gaan, doordat het aantal contacten dat mensen hebben onderweg en op het werk wordt verminderd. Tegelijkertijd beseft het kabinet dat ruim anderhalf jaar veel mensen grote delen van hun tijd thuiswerken. Dat is niet altijd makkelijk. Specifieke aandacht voor het welbevinden van thuiswerkers blijft vanuit werkgevers noodzakelijk.

Bovendien komen er twee nieuwe adviezen. De eerste is voor iedereen van zeventig jaar en ouder. Dit nieuwe advies luidt: "*Beperk contacten met kinderen tot en met 12 jaar en houd 1,5m afstand*". Het tweede advies is een zelftestadvies. Dat komt te luiden: "*Ga je bij anderen op bezoek of ontvang je bezoek, doe een zelftest*".

Funderend onderwijs en kinderopvang
De scholen voor primair onderwijs en voortgezet onderwijs blijven open. Voor de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen en jongeren is het van groot belang dat zij fysiek naar school kunnen blijven gaan. Zeker voor leerlingen in een kwetsbare positie is dat cruciaal. Sinds maandag 22 november gelden er aangescherpte basismaatregelen. Het is de inzet van het kabinet dat leerlingen verantwoord naar school kunnen blijven gaan. Om die reden worden er voor het primair onderwijs (PO) en voortgezet onderwijs (VO) aanvullende maatregelen genomen. Die worden onderstaand toegelicht. De kinderopvang (dagopvang, buitenschoolse opvang en gastouderopvang) blijft open volgens de reguliere openingstijden. Ook de aanvullende maatregelen zoals hierboven omschreven, gelden niet voor de kinderdagopvang (0-4 jaar).

<u>Mondkapjesplicht</u>
In het VO geldt een mondkapjesplicht. Voor de bovenbouw van het PO (groep 6, 7 en 8) geldt een dringend advies om mondkapjes te dragen. In beide gevallen geldt dit bij verplaatsing- binnen de school. Dit geldt ook voor alle leerlingen, volwassenen en professionals.

<u>Kinderen vanaf 4 jaar moeten bij milde klachten thuis blijven en testen</u>
Voor alle leerlingen in het funderend onderwijs gaat zo snel mogelijk gelden dat zij bij klachten thuis moeten blijven. GGD en RIVM moeten dit beleid nog nader uitwerken, in de adviezen verwerken en de medewerkers hierop instrueren. Dit kost enige tijd. Voor kinderen in de basisschoolleeftijd geldt bij invoering van dit

nieuwe beleid dat zij ook bij (milde) verkoudheidsklachten thuis moeten blijven en testen. Zij mogen niet naar de basisschool, het speciaal (basis) onderwijs of kinderopvang voordat zij getest zijn en een negatief testresultaat hebben.

Omdat jonge kinderen zeer vaak (neus)verkouden zijn en dit vaak wordt veroorzaakt door een verkoudheidsvirus, blijft de richtlijn gehandhaafd dat kinderen van 0 tot 4 jaar met alleen verkoudheidsklachten wel naar de opvang mogen.

Aangescherpte maatregelen in en rond de school
Alle scholen wordt dringend geadviseerd om cohortering toe te passen op het niveau van klassen/groepen, dus klassen/groepen gescheiden te houden. Daarnaast dienen looproutes in en rondom het gebouw en gespreide pauzes te worden gehanteerd. Ten slotte dienen alle leerlingen die dat kunnen, zoveel mogelijk zelf naar school en naar huis te gaan.

Preventief zelftesten aangescherpt
Om op basisscholen besmettingen sneller op te sporen en verspreiding te verminderen, wordt alle leerlingen van groepen 6, 7 en 8 dringend geadviseerd om zich tweemaal per week preventief te (zelf)testen. Dit advies geldt ook voor alle leerlingen in het VO (en VSO) en al het personeel in PO en VO. Om dit mogelijk te maken zal de komende periode een extra aantal (zelf)testen worden ingekocht en verspreid worden via de scholen. Deze stevige logistieke opgave wordt de komende weken verder invulling gegeven.

Het kabinet realiseert zich dat het scholen even tijd kost om de aangescherpte maatregelen in en om de school invulling te geven. De minister voor Basis- en Voortgezet Onderwijs en Media heeft er bij scholen op aangedrongen dit zo spoedig mogelijk in te voeren.

De kinderopvang (dagopvang, buitenschoolse opvang en gastouderopvang) blijft open volgens de reguliere openingstijden. Wel gaat er, vergelijkbaar met het funderend onderwijs, een aangescherpt snottebellenbeleid gelden voor de buitenschoolse opvang. De aanvullende maatregelen voor de buitenschoolse opvang, zoals hierboven omschreven, gelden niet voor de kinderdagopvang (0-4 jaar).

Middelbaar beroepsonderwijs (mbo) en hoger onderwijs (hbo en wo)
Het mbo, hbo en wo blijven fysiek open, conform het OMT-advies. Dit is van belang voor het studentenwelzijn dat onder grote druk staat; veel studenten ervaren psychische klachten. Ook is dit in het belang van studievoortgang, zowel voor studenten (die bij vertraging een hogere studieschuld opbouwen), als voor het werkveld, dat de instroom van afgestudeerden hard nodig heeft, in het bijzonder in zorg, techniek en educatie. Om verantwoord fysiek onderwijs te kunnen blijven geven, blijven de reeds geldende veiligheidsmaatregelen van kracht:

- Basismaatregelen ten aanzien van hygiëne en gezondheid;
- zorgdragen voor goede ventilatie en luchtkwaliteit;
- dragen van mondneusmaskers bij verplaatsing;
- maximale groepsgrootte van 75;
- advies aan medewerkers en studenten om 2 keer per week (preventief)

een zelftest te doen;
- advies om te blijven werken met looproutes, om onnodige contacten te vermijden;
- opvolgen van quarantaineregels;

Als het door het naleven van quarantaineregels tijdelijk niet mogelijk is om voor een bepaalde groep of opleiding volledig fysiek onderwijs te geven kan uiteraard wel gebruik worden gemaakt van online mogelijkheden. Wat betreft ventilatie houden instellingen in ieder geval de richtlijnen en eisen uit het Bouwbesluit aan. Om luchtkwaliteit verder te verbeteren wordt geadviseerd om extra te ventileren door deuren en waar mogelijk ramen open te zetten tussen lessen/colleges. Het reizen van en naar de instelling wordt gezien als noodzakelijke reis, wat betekent dat studenten en medewerkers voor een fysieke les van en naar de instelling mogen reizen, ook als dat via het OV is.

Naleving, controle en handhaving coronatoegangsbewijs
Over de laatste stand van zaken omtrent de naleving en controle heeft de minister van Justitie en Veiligheid 19 november 2021 een brief gestuurd aan de Tweede Kamer. Uit de laatste handhavingscijfers zien we dat er een toename is te zien van het aantal lasten onder dwangsom en zelfs sluitingen. Dit zijn ingrijpende maatregelen voor zowel ondernemer als gemeente. Daarom gaat daar in de regel vaak eerst een bestuurlijke waarschuwing aan vooraf. Er zijn 15 lasten onder dwangsommen opgelegd en er is 7 keer een sluiting opgelegd. Daarnaast zijn er de afgelopen week minimaal 20 bestuurlijke waarschuwingen gegeven voor overtreding van het CTB. Voor het geval dat de uitbreiding van de CTB-plicht naar de niet-essentiële detailhandel en de niet-essentiële dienstverlening doorgaat, zijn we vanuit het kabinet met de sector bezig om een plan uit te werken om de controles van de ondernemers zo te organiseren dat het adequaat, uitvoerbaar en hanteerbaar is. Voor dit plan stelt het kabinet generaal middelen ter beschikking. Daarbij houden we uiteraard ook rekening met kleinere winkels met weinig personeel.

4. Maatregelen nieuwe virusvariant zuidelijk Afrika

Op 25 november meldde het Zuid-Afrikaanse ministerie van Volksgezondheid dat er een nieuwe variant van het virus SARS-CoV-2 is gedetecteerd. In de regio waar deze variant, B.1.1.529, voor het eerst is gedetecteerd, is een grote verspreiding van het virus geconstateerd. Deze variant is inmiddels door de WHO aangemerkt als variant of concern. Daarom is het van belang om maatregelen te treffen om de verspreiding van deze variant te remmen. In dat licht heeft het kabinet vanaf vandaag 12 uur 's middags een vliegverbod ingesteld voor Botswana, Eswatini, Lesotho, Namibië, Zimbabwe en Zuid-Afrika. Daarnaast wordt op grond van een nader RIVM-advies vanaf 27 november 0.01 uur een vliegverbod ingesteld voor Mozambique. Uw Kamer is hierover afgelopen middag per brief geïnformeerd door de minister van Infrastructuur en Waterstaat.

Op het vliegverbod gelden gebruikelijke uitzonderingen, waaronder die voor inwoners van Nederland. Voor reizigers die onder deze uitzonderingen vallen gelden aanvullende maatregelen. De genoemde landen in zuidelijk Afrika zijn met onmiddellijke ingang aangemerkt als zeer hoogrisicogebieden met een zorgwekkende virusvariant. Dat betekent dat voor deze landen een dubbele

testverplichting en een quarantaineplicht gaat gelden. Op deze maatregelen geldt voor deze landen geen uitzondering voor gevaccineerden en herstelden. Daarnaast zijn reizigers uit deze landen niet meer uitgezonderd op het EU-inreisverbod als zij gevaccineerd zijn.

Reizigers vanuit deze landen die vandaag op Schiphol zijn geland, zijn opgevangen en getest. Als zij negatief testen, moeten zij in quarantaine. Deze quarantaine kan na vijf dagen met een negatieve test worden beëindigd. Als zij positief testen, moeten zij in isolatie.

Reizigers die vanaf maandag zijn aangekomen in Nederland worden door de GGD benaderd met het verzoek zich zo spoedig mogelijk te laten testen. Ook voor hen geldt uiteraard dat zij in isolatie moeten bij een positieve test.

5. Versnelling boostervaccinaties en adviezen Gezondheidsraad

In mijn brieven aan uw Kamer van 2 en 12 november jl.[2] heb ik u geïnformeerd over de boostervaccinatie die is ingezet. De boostercampagne begint inmiddels vaart te maken. Mijn streven is met een aanvullend boosteroffensief zoveel mogelijk ouderen voor het einde van het jaar een booster aan te kunnen bieden. Hieronder geef ik aan wat er nu al is en wordt gedaan is en welke verdere versnelling ik hierin wil aanbrengen.

Verloop van de campagne tot nu toe

- Vanaf oktober zijn alle mensen die een ernstig gecompromitteerd immuunsysteem hebben door hun medisch specialist uitgenodigd (circa 220.000 brieven zijn verstuurd) voor een derde prik bij de GGD. Van de circa 120.000 mensen die tot nu toe een afspraak hebben gemaakt, hebben intussen ongeveer 107.000 mensen een derde prik gehad. Een deel van deze groep mensen heeft meer dan één uitnodiging ontvangen, omdat zij door verschillende medisch specialisten zijn geselecteerd. Omdat er geen verzendhuis is gebruikt, konden deze brieven niet worden 'ontdubbeld' door de verschillende ziekenhuizen. Daarnaast was het voor een groep oncologiepatiënten die de afgelopen tijd chemo- of immunotherapie heeft gekregen, nog niet mogelijk de derde prik te krijgen.
- Op 18 november jl. is gestart met het aanbieden van boostervaccins aan de groep mensen van 80 jaar en ouder. Op dit moment kunnen alle mensen tot en met het geboortejaar 1939 een afspraak maken. Zo'n 400.000 mensen ontvingen al een brief en voor de andere 80-plussers valt de uitnodigingsbrief van het RIVM binnenkort op de mat. Tot en met 25 november zijn ruim 43.000 boostervaccinaties gezet bij de GGD'en. Er staan nu ruim 109.000 afspraken gepland. Zorginstellingen met een eigen medische dienst kunnen al vaccins bestellen voor hun bewoners én personeel. Het gaat om ongeveer 800 instellingen met 155.000 bewoners waarvan circa 500 instellingen reeds 240.000 vaccins besteld hebben. In deze locaties is begonnen met het zetten van de eerste boostervaccinaties en daar wordt de komende weken mee doorgegaan. Bewoners die mobiel zijn kunnen in

[2] Kamerstukken 25 295, nr.1468 en nr. 1518

overleg met de regionale GGD een vaccinatie krijgen bij een GGD-vaccinatielocatie. Het personeel van deze instellingen wordt vaak ook door de instelling geprikt. Dat is terug te zien in het aantal bestelde vaccins voor deze instellingen.
- De ziekenhuizen hebben afgelopen week massaal vaccins besteld voor vaccinatie van 300.000 zorgmedewerkers in de ziekenhuizen. Per 6 december a.s. zijn 30 ziekenhuizen ingericht om circa 42.000 huisartsen en ambulancemedewerkers te vaccineren.
- Vanaf maandag 29 november kunnen werkgevers in de zorg starten met het aanmelden en uitnodigen van het eigen personeel met patiënt- en cliëntcontact. De zorg prikt de zorg. Samen met de GGD worden vaccinatielocaties ingericht en het vaccineren wordt door het zorgpersoneel gedaan.

Versnelling van de campagne
- Zorginstellingen zonder medische dienst kunnen zich melden bij de GGD. Dit zijn zo'n 7.000 tot 10.000 instellingen variërend in grootte. In één regio is al gestart en vanaf aanstaande maandag 29 november starten de meeste GGD'en met vaccineren van deze groep in plaats van in januari 2022. Er zijn al bijna 22.000 bewoners uit bijna 800 instellingen aangemeld bij de GGD via de centrale aanmeldingsroute. Daarnaast melden instellingen zich soms ook rechtstreeks bij de regionale GGD'en, waardoor het werkelijke aantal waarschijnlijk al veel hoger ligt. En ook voor deze groep geldt: bewoners die mobiel zijn kunnen in overleg met de regionale GGD voor een vaccinatie naar een GGD-vaccinatielocatie.
- De vaccinatie voor niet-mobiele thuiswonende ouderen is versneld van start gegaan. De eerste prikken zijn nu al door de GGD gezet in plaats van in januari 2022. De huisarts selecteert en meldt de persoon aan bij de GGD. Ook zijn er huisartsen die meehelpen aan de boostervaccinaties door zelf aan huis te vaccineren.
- Vanaf vrijdag 3 december aanstaande kunnen thuiswonende mensen met syndroom van Down van 18 jaar en ouder een boostervaccinatie halen bij de GGD, zij worden daartoe door hun huisarts uitgenodigd. Mensen met het syndroom van Down van 18 jaar en ouder die in een instelling woonachtig zijn, worden in de instelling gevaccineerd.
- Als gevolg van de huidige opschaling bij de GGD'en is het mogelijk de meest kwetsbare groepen binnen een korter tijdbestek een boostervaccin aan te bieden.
- De GGD werft breed voor het inzetten van meer personeel, zowel voor in de callcentra als voor in de prikstraten. In de huidige krappe arbeidsmarkt is de geringe beschikbaarheid van personeel de belangrijkste beperkende factor om capaciteit op te schalen.

Boosteroffensief in december
Daar bovenop zet ik maximaal in op het verder vergroten van de prikcapaciteit, zodat we voor het einde van het jaar aan zoveel mogelijk zestigplussers, van oud naar jong, een boostervaccinatie aan kunnen bieden. RIVM en GGD GHOR werken, tezamen met andere partijen zoals ziekenhuizen, het plan uit om dit te bereiken. Ik verwacht dit plan eind volgende week te ontvangen. In het plan zal een beroep op velen worden gedaan om bij te dragen aan deze verdere opschaling en

versnelling: op het zorgpersoneel om onder andere de zorgmedewerkers te prikken, op studenten van mbo tot universiteit om te helpen in de vaccinatiestraten, en op gepensioneerde artsen en verpleegkundigen. Ook heb ik een beroep gedaan op Defensie om de GGD'en te helpen bij vaccineren en testen. Defensie heeft inmiddels hulp toegezegd en biedt de komende tijd met 1500 mensen ondersteuning op het gebied van testen en vaccineren. Ik ben, zoals gezegd, zeer verheugd dat Defensie ook nu weer bijstand kan verlenen.

Dit boosteroffensief voor verdere opschaling en versnelling van de boostercampagne, zal mogelijk leiden tot een hoger budgettair beslag voor de vaccinatiecampagne in 2021. Wanneer het betreffende plan gereed is en in werking wordt gesteld, zal ik uw Kamer hiervan op de hoogte stellen. Ook zal ik dan aanvullend een incidentele suppletoire begroting aan uw Kamer zenden waarbij ik onderbouwd een beroep zal doen op artikel 2.27, tweede lid uit de Comptabiliteitswet. In deze incidentele suppletoire begroting wordt eveneens rekening gehouden met additionele uitgaven voor het selecteren en vaccineren door huisartsen voor verschillende doelgroepen.

In het advies van 2 november jl. stelde de Gezondheidsraad dat een boostercampagne naar verwachting een relatief beperkt effect zal hebben op het aantal besmettingen en dat een booster niet in de plaats kan komen van algemene maatregelen om de huidige besmettingsgolf tegen te gaan. In het advies van 25 november jl. benadrukt de Gezondheidsraad dat boostervaccinatie geen groot effect heeft op de ziekenhuisopnames van niet-gevaccineerden. Voor gevaccineerden geldt dat de vaccins in de meeste groepen voor meer dan 90% beschermen tegen ziekenhuisopname en IC-opname, maar niet voor 100%. Bij de huidige hoge viruscirculatie zal daarom onvermijdelijk het absolute aantal ziekenhuisopnames niet alleen onder ongevaccineerden, maar ook onder gevaccineerden stijgen, benoemt ook de Gezondheidsraad. Daarom benadrukt de raad in de huidige epidemiologische situatie de urgentie van de boostervaccinatie voor de eerder geïndiceerde groepen: mensen ouder dan 60 jaar en bewoners van zorginstellingen. Zoals ik hierboven heb gemeld, spannen we ons met veel partijen in om deze groep zo snel mogelijk een boostervaccin aan te bieden.

Dit in ogenschouw nemend hecht ik er dan ook aan te blijven benadrukken dat het opvolgen van de basisregels om de verspreiding van het coronavirus te voorkomen en je te laten vaccineren de belangrijkste manieren zijn in het tegengaan van besmettingen.

Verhogen vaccinatiegraad
We blijven dan ook alles op alles zetten om mensen die zich nog niet hebben laten vaccineren te bereiken. Door laagdrempelig vaccineren in vaste en tijdelijke locaties in de wijk mogelijk te maken, ook zónder afspraak (prikkenzonderafspraak.nl). Door mensen die twijfelen te voorzien van passende en betrouwbare informatie, ook in andere talen dan het Nederlands. En, belangrijker nog, door met hen in gesprek te gaan, in moskeeën en buurthuizen, op markten en in winkelcentra, bij de huisarts en bij de GGD. Initiatieven als de Twijfel Telefoon van het Erasmus MC in samenwerking met huisartsen en de GGD en de coronachat van de GGD, helpen daar enorm bij. Want juist als je twijfelt is niets zo belangrijk als een persoonlijk gesprek met een betrouwbare expert die op al jouw vragen een onderbouwd antwoord kan geven.

Adviezen Gezondheidsraad
Hieronder ga ik nader in op de adviezen van de Gezondheidsraad van 17 en 25 november jl. over de boostervaccinatie tegen COVID-19 voor mensen met downsyndroom en over het beschikbaar stellen van boostervaccinaties aan mensen jonger dan 60 jaar. Beide adviezen zijn bijgevoegd. Hiermee voldoe ik ook aan de toezegging die ik heb gedaan aan het lid De Vries (VVD) om de Gezondheidsraad te vragen zich uit te spreken over de vaccineffectiviteit van het Janssen-vaccin. Voorts ga ik nog kort in op de vaccinatie van kinderen.

Advies Gezondheidsraad over boostervaccinatie voor mensen met downsyndroom
De Gezondheidsraad heeft op 17 november jl. een advies uitgebracht over het aanbieden van boostervaccins aan mensen met het syndroom van Down. De raad komt in het advies tot de conclusie dat er aanwijzingen zijn dat volwassenen (vanaf 18 jaar) met downsyndroom ondanks COVID-19-vaccinatie een verhoogd risico lopen op ernstige ziekte en sterfte, vergelijkbaar met dat van mensen vanaf 60 jaar. Uit klinische gegevens blijkt dat volwassenen met downsyndroom een lagere immuunrespons hebben na vaccinatie tegen COVID-19. Wat dit precies zegt over de bescherming tegen ziekte is niet bekend. In termen van COVID-19-gerelateerde ziektelast zijn zij volgens de Gezondheidsraad vergelijkbaar met de groep mensen van 60 jaar en ouder. De raad geeft aan dat er vooralsnog geen aanwijzingen zijn dat jongeren onder de 18 jaar met downsyndroom een hoger risico lopen op overlijden door COVID-19 dan leeftijdsgenoten zonder downsyndroom. De Gezondheidsraad adviseert daarom volwassenen van 18 jaar en ouder met het syndroom van Down een boostervaccinatie aan te bieden om hen zo optimale bescherming te geven. Conform het vervolgadvies over boostervaccinatie van 2 november jl. krijgen zij een mRNA-vaccin (Moderna of BioNTech/Pfizer), ongeacht het eerder ontvangen vaccin.

De Gezondheidsraad constateert ook in het advies dat er op dit moment geen nieuwe wetenschappelijke inzichten zijn met betrekking tot patiëntgroepen die onvoldoende of geen immuunrespons laten zien op een primaire COVID-19-vaccinatieserie. De voorlopige conclusie van de Gezondheidsraad blijft dat bij veruit de meeste mensen, ook degenen die een verminderde afweer hebben, met een primaire vaccinatieserie initieel voldoende bescherming wordt bereikt. De kleine groep patiënten met een ernstig gecompromitteerd immuunsysteem bij wie dat niet het geval is, is al uitgenodigd voor een aanvullende derde vaccindosis. Zoals eerder in deze brief genoemd, hebben 107.000 mensen uit deze groep inmiddels een extra vaccinatie ontvangen.

<u>Besluit</u>
Ik neem het advies van de Gezondheidsraad over. Dat betekent dat mensen met downsyndroom van 18 jaar en ouder versneld in aanmerking komen voor een boostervaccinatie. Ik heb met het RIVM, GGD GHOR en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) gesproken over de uitvoeringsconsequenties voor de boostercampagne. De groep thuiswonende mensen met het syndroom van Down wordt toegevoegd aan de lopende boostercampagne. Het gaat in totaal om ongeveer 10.000 personen vanaf 18 jaar. Zij worden hiervoor uitgenodigd via hun huisarts en kunnen daarna vanaf 3 december een afspraak maken voor een boostervaccinatie.

Bewoners van zorginstellingen met downsyndroom
Een deel van de groep mensen met downsyndroom woont in een zorginstelling. Zorginstellingen met een eigen medische dienst hebben sinds 24 november jl. de mogelijkheid voor boostervaccinatie. Een aantal instellingen is reeds gestart. Vanaf aanstaande maandag 29 november start de GGD in een groot aantal regio's met boostervaccinaties in zorginstellingen zonder eigen medische dienst. Bewoners van zorginstellingen vanaf 18 jaar krijgen een booster aangeboden.

Thuiswonende mobiele mensen
Thuiswonende mensen met het syndroom van Down zullen bij de GGD worden gevaccineerd. De mensen met downsyndroom zullen namens de huisarts een uitnodigingsbrief ontvangen, met hierin een apart telefoonnummer dat vanaf 3 december a.s. gebeld kan worden om een afspraak bij de GGD-vaccinatielocatie te maken. Patiëntenverenigingen worden door het RIVM geïnformeerd over de mogelijkheid van boostervaccinatie voor deze groep. De boostervaccinatie van volwassenen met downsyndroom start zo snel mogelijk en loopt zoveel mogelijk gelijk op met de boostervaccinatie van de groep mobiele 80-plussers.

Thuiswonende niet-mobiele mensen met downsyndroom
Voor de thuiswonende niet-mobiele mensen met downsyndroom wordt de huidige uitnodigingsroute gecontinueerd. Huisartsen melden deze mensen aan bij de GGD. De GGD maakt dan een afspraak om aan huis te vaccineren.

Advies Gezondheidsraad over boostervaccinatie bij mensen jonger dan 60 jaar
In mijn eerdere brieven over de boostervaccinatie heb ik aangegeven dat ik ook de mensen jonger dan 60 jaar de gelegenheid wil bieden een boostervaccinatie te halen, nadat ouderen, bewoners van zorginstellingen en zorgmedewerkers aan de beurt zijn geweest. Vanwege signalen over de mogelijke afname in bescherming van het Janssen- en het AstraZeneca-vaccin en diverse internationale ontwikkelingen rondom de inzet van boostervaccins, heb ik de Gezondheidsraad gevraagd met spoed te adviseren over het al dan niet beschikbaar stellen van boostervaccins aan alle mensen die zijn gevaccineerd met deze vaccins. Daarbij heb ik specifiek gevraagd of prioritering ten opzichte van andere groepen nodig is.

De Gezondheidsraad heeft op 25 november jl. een aanvullend advies uitgebracht over de inzet van boostervaccins bij mensen jonger dan 60 jaar. In dit advies geeft de Gezondheidsraad aan dat de in Nederland gebruikte COVID-19-vaccins nog steeds een hoge bescherming bieden tegen ernstige ziekte. Wel ziet de raad dat de bescherming tegen symptomatische infecties voor alle in Nederland gebruikte vaccins terugloopt met de tijd. Ook wordt een geringe terugloop van bescherming tegen ziekenhuisopnames gezien. Gezien de huidige epidemiologische situatie, waarin het aantal besmettingen zeer hoog is, benadrukt de Gezondheidsraad de urgentie van de boostervaccinatie voor mensen ouder dan 60 jaar en bewoners van zorginstellingen.

In aanvulling op het bovenstaande adviseert de Gezondheidsraad nu ook mensen van 18 tot 60 jaar een boostervaccin te geven, om een mogelijke (verdere) terugloop in bescherming tegen ernstige ziekte voor te zijn, en om tot langer durende hoge bescherming te komen. De groep jonger dan 60 jaar zou volgens de

raad in aanmerking komen voor boostervaccinatie nadat de eerder geadviseerde groepen ouderen en bewoners van zorginstellingen een boostervaccin hebben ontvangen.

Omdat leeftijd de belangrijkste voorspeller is voor een ernstig beloop van COVID-19, vindt de raad dat ook de groep mensen tussen de 18 en 60 jaar van oud naar jong moet worden uitgenodigd, behoudens het advies over mensen met downsyndroom. Op dit moment zijn volgens de Gezondheidsraad onvoldoende medisch-wetenschappelijke gronden om tot een andere prioritering te komen binnen deze groepen, bijvoorbeeld op basis van de vaccins die in de primaire serie zijn gegeven of op basis van een medische aandoening anders dan de reeds genoemde patiëntengroepen met een ernstig gecompromitteerd immuunsysteem. Deze groep mensen met een ernstig gecompromitteerd immuunsysteem is in het advies van 14 september jl. benoemd[3] en is reeds in aanmerking gekomen voor een extra vaccinatie. De raad schrijft in dit nieuwe advies dat er geen wetenschappelijke gegevens zijn die zouden wijzen op minder goede bescherming bij mensen met andere onderliggende aandoeningen.

Het ECDC heeft op 24 november jl. een advies uitgebracht waarin wordt aangeraden mensen van 40 jaar en ouder zo snel mogelijk een boostervaccin te geven. Ook noemt ECDC dat een boostervaccinatie overwogen kan worden voor andere 18-plussers. Het ECDC noemt hiervoor als reden dat de potentiële ziektelast in de EU/EER door de deltavariant in december en januari zeer hoog zal zijn, en de bescherming tegen infectie als gevolg van afnemende bescherming vergroot moet worden.

Ten aanzien van de vectorvaccins benoemt de Gezondheidsraad dat de mensen die in de primaire vaccinatieserie het Janssen- of AstraZeneca-vaccin hebben ontvangen, iets minder goede bescherming hebben tegen infecties en ernstige ziekte dan mensen die een mRNA-vaccin hebben gehad. Tegelijkertijd vindt de raad dat prioritering van specifieke groepen altijd afgewogen moet worden tegen de nadelen van een complexere vaccinatiecampagne, en daarmee risico's op vertragingen in de uitvoering. De Gezondheidsraad geeft aan dat de beperkte verschillen in bescherming tussen vaccins die zijn ontvangen in de primaire serie onvoldoende opwegen tegen de nadelen van een complexere vaccinatiecampagne en de mogelijke gevolgen daarvan.

De Gezondheidsraad adviseert bij alle genoemde groepen een mRNA-vaccin als boostervaccin in te zetten. Hierbij geldt een minimaal interval van 6 maanden na de primaire vaccinatieserie, zoals ook in het advies van 2 november jl. werd benoemd. Volgens de raad blijkt uit de nu beschikbare studies dat de meeste bijwerkingen na de boostervaccinatie vergelijkbaar zijn met die van de tweede vaccinatie uit de primaire vaccinatieserie. De raad gaat in het advies specifiek in op de meldingen van myocarditis en pericarditis na vaccinatie met mRNA-vaccins. In sommige landen (waaronder Duitsland en Frankrijk) wordt inzet van het Moderna-vaccin bij mensen jonger dan 30 jaar niet langer geadviseerd vanwege het mogelijk vaker optreden van myocarditis en pericarditis na toediening van dit vaccin. De Gezondheidsraad geeft aan op dit punt nadere advisering van het EMA

[3] https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2021/09/14/boostervaccinatie-tegen-covid-19

af te wachten. Het EMA doet nog onderzoek naar deze signalen. Indien de uitspraken van het EMA daartoe aanleiding geven, dan zal de Gezondheidsraad hierover nader adviseren.

Besluit
Ik neem het advies van de Gezondheidsraad over. Mensen onder de 60 jaar komen op volgorde van leeftijd in aanmerking voor een boostervaccinatie. Zoals hiervoor aangegeven zijn de GGD'en op 18 november jl. begonnen met de boostercampagne voor 60-plussers, van oud naar jong, waarbij de inzet is zo veel mogelijk 60-plussers voor eind december een boostervaccinatie aan te kunnen bieden. De groep mensen van 18 tot 60 jaar zal daaropvolgend, van oud naar jong, uitgenodigd worden. Hier geldt, behoudens de hiervoor benoemde groep van mensen met downsyndroom, geen verdere prioritering, zodat dit het uitvoeringsproces eenvoudiger en sneller houdt. De mobiele mensen worden uitgenodigd bij de GGD. De niet-mobiele mensen kunnen door de huisarts aangemeld worden voor vaccinatie aan huis door de GGD.

Advisering Gezondheidsraad over vaccinatie voor kinderen van 5 tot en met 11 jaar
Op 25 november jl. heeft het EMA positief geadviseerd over het gebruik van het COVID-19-vaccin van BioNTech/Pfizer voor kinderen in de leeftijd van 5 tot en met 11 jaar. Ik heb de Gezondheidsraad op 26 oktober jl. er eerder op 2 maart jl. gevraagd te adviseren over de inzet van COVID-19-vaccins voor, kinderen uit medische risicogroepen. De Gezondheidsraad verwacht eind volgende week zijn advies te publiceren. Op basis van dat advies zal het kabinet besluiten hoe een eventuele vaccinatiecampagne voor (groepen van) jonge kinderen wordt ingeregeld. Het RIVM werkt, vooruitlopend op het advies, in afstemming met een aantal relevante partijen, aan de voorbereiding van scenario's voor de vaccinatie van de kinderen. Hierover zal ik uw Kamer later informeren. De eerste levering (42.000 doses) van het BioNTech/Pfizer-vaccin met aangepaste kinderdosering is eind december voorzien.

6. Testcapaciteit

Testcapaciteit SON
De voorgenoemde maatregelen hebben ook impact op de testvraag van Testen voor Toegang. Op dit moment zijn er 825 testlocaties actief bij Testen voor Toegang, waarmee 99,8% van Nederland zich binnen 30 minuten en 95% van Nederland zich binnen 20 minuten reistijd kan laten testen.

Dalende testvraag als gevolg van de maatregelen (verkorten openingstijden, sectoren sluiten)
Naar verwachting zal de testvraag dalen wanneer de openingstijden in de horeca, de cultuursector, de doorstroomlocaties, de niet-essentiële detailhandel en in de amateursport verkort worden en de groepsgrootte in de CTB-plichtige sectoren verlaagd wordt naar maximaal 1/3 van de totale capaciteit. Tegelijkertijd wordt volgende week in de Eerste Kamer de wijziging van de Wet publieke gezondheid besproken die coronatoegangsbewijzen bij de niet-essentiële detailhandel en niet-essentiële dienstverlening op publieke plaatsen mogelijk maakt. Indien aangenomen en ook ingevoerd, levert dit waarschijnlijk weer nieuwe testvraag op.

Daarnaast zullen ook ondanks bovenstaande maatregelen er nog steeds mensen zijn die door middel van een coronatoegangsbewijs op basis van een negatieve testuitslag toegang willen krijgen tot de CTB-plichtige sectoren. Als de testvraag terugloopt, dan is het mogelijk dat dit leidt tot minder actieve locaties. Op veel plekken in Nederland is dat gezien het aantal locatie geen probleem.
Wanneer dit echter leidt tot een langere reistijd met de auto dan 30 minuten naar een testlocatie (cf. motie Van der Plas), zal de Stichting Open Nederland actief kijken of een andere testaanbieder in dat gebied kan starten. Omdat ik het belangrijk vind dat Testen voor Toegang bereikbaar en beschikbaar is voor alle mensen die daar gebruik van willen maken heeft mijn ministerie daar ook continue aandacht voor. Mocht dit leiden tot zo genoemde witte vlekken die niet door de reguliere inspanningen opgelost kunnen worden, dan zal ik de noodzakelijke stappen nemen om de fijnmazigheid in stand te houden. Ik zal uw Kamer hiervan op de hoogte houden.

GGD-testcapaciteit
De besmettingen zijn hoger dan ooit en daarmee blijft de druk op de testcapaciteit van de GGD bestaan. De GGD'en stonden op 24 november klaar om zo'n 125.000 testen per dag uit te voeren. Het aantal afnames was op 24 november maar liefst 101.168 testen per dag. De GGD'en hebben een enorme prestatie neergezet door binnen vier weken op te schalen van 40K testen per dag naar nu 125K testplekken per dag. De GGD'en werken komende twee weken toe naar een verdere uitbreiding van de testcapaciteit.

Helaas zijn de doorlooptijden wel steeds langer door de drukte bij de afsprakenlijn, de drukte op de locaties en de drukte bij de laboratoria. Dit was op 24 november 48,7 uur. Dit is daarmee helaas hoger dan de norm van 48 uur. Het verschilt overigens wel sterk per regio wat de gemiddelde doorlooptijd is. GGD'en werken vanaf ongeveer 155 fysieke testlocaties. Op een aantal daarvan zijn prioriteitslocaties (voor zorgpersoneel en leerkrachten) en kind-locaties ingericht. De aanrijtijd per auto naar de dichtstbijzijnde testlocatie is voor 99,8% van alle Nederlanders minder dan 30 minuten. GGD'en proberen zoveel mogelijk Nederlanders te bedienen vanaf de reguliere testlocaties. Op indicatie, bijvoorbeeld bij een opvallend hoge incidentie in een bepaalde wijk, worden al sinds geruime tijd extra locaties ingericht om nog dichter bij de burger te komen. Op mijn verzoek heeft Defensie hulp aangeboden. De komende maanden kan Defensie met 1500 man ondersteuning bieden op testen en vaccineren. De eerste militaire steun start aanstaande woensdag. Ik ben zeer verheugd dat Defensie ook nu weer bijstand kan verlenen.

Testdrukte en zicht op het virus
Iedereen met klachten kan zich bij de GGD'en laten testen. We merken dat het vooral in de ochtend erg druk is bij de klantcontactcentra. De GGD'en vragen daarom iedereen om niet tot 's ochtends vroeg te wachten om een afspraak te maken, of bij drukte later op de dag te bellen. Als mensen door de enorme drukte en hoge incidentie langer moeten wachten, doen wij op hen een dringend beroep om thuis te blijven totdat de uitslag er is. Daarnaast roep ik iedereen op om te blijven testen bij klachten of wanneer zij een risicocontact hebben gehad. En om direct in isolatie te gaan na een positieve test, om zo anderen niet in gevaar te brengen.

De hoge incidentie en de snelle stijging in de testvraag zorgt ervoor dat bron- en contactonderzoek nu in de lichtste variant wordt uitgevoerd. Een nadeel hierbij is dat we vooral een minder scherp zicht hebben op hoe het virus zich verspreidt. Tegelijkertijd is dat met de hoge prevalentie van nu ook minder relevant, omdat er geen sprake meer is van lokale of regionale uitbraken. Doordat de testcapaciteit naar verwachting aan het grootste deel van de testvraag voldoet, acht ik de besmettingscijfers nog betrouwbaar genoeg. Voorts zijn er ook andere indicatoren op basis waarvan de pandemie nader ingeschat kan worden, namelijk rioolwater onderzoek en het aantal ziekenhuis- en IC-opnames. Vooralsnog betekent de huidige testdrukte niet dat de situatie van de pandemie niet meer goed ingeschat kan worden.

Zelftesten in het onderwijs
Zoals hierboven is gemeld vragen we iedereen in het onderwijs, vanaf groep 6 basisschool dringend om zich twee maal per week te zelftesten. In het vo, mbo en ho worden op dit moment al zelftesten verspreid onder leerlingen en leraren. In het po worden alleen de leraren bediend. Dit wordt uitgebreid naar de oudste groepen in het po (groep 6 en hoger).

De afgelopen periode is de vraag naar zelftesten vanuit het onderwijs enorm toegenomen en de Europese Aanbesteding van zelftesten is nog niet afgerond. Door de uitbreiding naar zelftesten in het po zijn er onvoldoende zelftesten op voorraad en is het nodig om die per direct uit te breiden. Daarom zal ik, vooruitlopend op de aanbesteding, tot een extra aanschaf moeten overgaan, waarmee deze aanschaf (mogelijk) onrechtmatig is.

Tevens zal het ministerie van OCW ook in het nieuwe jaar doorgaan met het inzetten van zelftesten in het onderwijs. De inkoop van extra zelftesten voor 2022 was reeds voorzien. Op de voorraad en de vraag zit continue monitoring omdat de vraag kan afhangen van daadwerkelijke afname van onder andere scholen en studenten. Ik heb in mijn begroting voor 2022 reeds rekening gehouden dat er inkoop van zelftesten nodig is. Als er in 2021 meer verplichtingen moeten worden aangegaan en er voor 2022 meer budget nodig is, , zal ik na besluitvorming in het kabinet uw Kamer informeren middels een incidentele suppletoire begroting of nota van wijziging.

7. Innovatieve behandelingen

Inkoop en inzet van coronamedicatie
De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, heeft mij verzocht aan te geven hoe Nederland zich voorbereidt op de inkoop en inzet van de Molnupiravir en/of Paxlovid, onder welke regelingen effectieve coronamedicatie kan komen te vallen en hoe Nederland ervoor zorgt dat we deze medicatie tegelijk met andere EU-landen kunnen gaan inzetten. Tevens verzocht u mij via de motie Stoffer[4] om mij in Europees verband in te spannen om op korte termijn tot

[4] Kamerstuk 25 295, nr. 1438.

overeenstemming te komen met producenten van kansrijke (antivirale) middelen en een plan van aanpak op te stellen, zodat deze geneesmiddelen, zodra deze zijn goedgekeurd, zo spoedig mogelijk kunnen worden toegepast bij patiënten.

De Europese Commissie heeft op advies van het Europees Medicijn Agentschap (EMA) op 12 november jl. een handelsvergunning voor de eerste twee antilichaambehandelingen (Ronapreve van fabrikant Roche en Regkirona van fabrikant Celltrion) afgegeven.
Tevens heeft het EMA op 19 november jl. een artikel 5.3-opinie voor Lagevrio (Molnupiravir van MSD) gepubliceerd. Ik licht dit hieronder toe.

Antilichaambehandelingen COVID-19: Ronapreve en Regkirona
Het RIVM heeft aan 91 ziekenhuizen de antilichaambehandeling tegen COVID-19 (Ronapreve ook bekend als REGN-COV2) van fabrikant Roche uitgeleverd. Ik concludeer hieruit dat de bekendheid van het middel en de opname in de zorgpraktijk goed is.
Door de toename van COVID-patiënten in ziekenhuizen, is de vraag naar Ronapreve de afgelopen weken sterk gestegen. Ik heb actie ondernomen zodat er komende periode voldoende voorraad van antilichaambehandelingen beschikbaar blijft voor ernstig zieke patiënten. Om hier invulling aan te geven heb ik een voorraad Regkirona van producent Celltrion aangekocht.

Nieuwe coronapillen: Lagevrio (Molnupiravir) en Paxlovid:
Op dit moment is veel aandacht voor de toekomstige inzet van antivirale middelen in de vroege fase van een COVID-19-infectie. Deze nieuwe middelen kunnen worden ingezet bij mensen die nog geen klachten hebben en waarvan niet zeker is dat ze (ernstig) ziek zullen worden. De koplopers hierbij zijn Lagevrio (Molnupiravir van producent MSD) en Paxlovid van producent Pfizer. Voordat het gebruik van deze nieuwe geneesmiddelen mogelijk is, is het noodzakelijk dat werkzaamheid, veiligheid en kwaliteit goed zijn onderzocht. Zoals hierboven aangegeven, heeft het EMA 19 november jl. een voorlopige uitspraak gedaan, een zogenaamde artikel 5.3-opinie, waarmee het EMA een eerste beoordeling van de baten/risico balans van Lagevrio geeft. De eerste resultaten van Paxlovid lijken veelbelovend. De producent Pfizer moet voor dit middel nog een aanvraag voor beoordeling indienen bij het EMA.

Via een gezamenlijke inkoopprocedure van de Europese Commissie heb ik een reservering geplaatst om Paxlovid en Lagevrio voor Nederland veilig te stellen.

Implementatie
Naast het verkrijgen van een (voorwaardelijke) handelsvergunning bij het Europees Medicijn Agentschap (EMA) en de aankoop van het geneesmiddel, is het inrichten van een proces voor de uitgifte van de behandeling noodzakelijk om deze middelen in te kunnen zetten.
Deze nieuwe middelen moeten een aantal dagen na de eerste symptomen worden ingenomen door die patiënten die een risico hebben op een ernstig verloop van de ziekte. Dit levert de nodige logistieke uitdagingen op omdat het maken van een testafspraak, het verkrijgen van de uitslag en vervolgens het verkrijgen van het geneesmiddel al snel enkele dagen in beslag neemt.

Samen met de beroepsgroepen, het RIVM, GGD GHOR, het Zorginstituut en de farmaceutische bedrijven, ben ik in overleg om het proces voor de uitgifte van dit type behandeling vorm te geven, zodat deze geneesmiddelen, zodra deze zijn goedgekeurd, zo spoedig mogelijk kunnen worden toegepast bij patiënten.

Met deze uitleg beschouw ik zowel de motie Stoffer als het verzoek van de commissie als afgedaan.

8. Lange termijn

Het virus blijft deze winter waarschijnlijk opleven, ondanks onze opgebouwde bescherming. De mate waarin en hoeveel last we daarvan hebben, is nu nog moeilijk te voorspellen. Het kan ook zijn dat nieuwe mutaties ontstaan en het vaccin daar minder goed tegen werkt. We zullen ons moeten voorbereiden op verschillende scenario's voor de komende winter en op de periode daarna. Met welk scenario we te maken krijgen, bepaalt het verloop van het virus.

De KNAW en de WRR hebben 2 september jl. een advies "*Navigeren en anticiperen in onzekere tijden*" uitgebracht, waarvoor ik ze erkentelijk ben. Het advies geeft handvatten voor het vervolg van de aanpak van COVID-19. De KNAW en de WRR schetsen in hun advies een vijftal scenario's voor de lange termijn:

1) *Terug naar normaal*, waarbij een we in een endemische fase terechtkomen;
2) *Griep +*, waarbij we met een jaarlijkse virusgolf te maken krijgen;
3) *Externe dreiging*, waarbij de dreiging vooral van buiten kan komen, omdat het virus buiten Nederland en West-Europa te lang kan circuleren vanwege onvoldoende opgebouwde immuniteit;
4) *Continue strijd*, waarbij we met opvolgende virusgolven zich zullen voor doen;
5) *Worst case*, waarbij we te maken krijgen met een mutatie, die zich onttrekt aan de opgebouwde immuniteit.

Het kabinet onderschrijft de hoofdlijnen van het advies en heeft aangesloten bij deze scenario's, zoals door de KNAW en WRR beschreven. In de Kamerbrief van 14 september jl. staan een drietal scenario's door het kabinet omschreven, als onderdeel van de Aanpak Najaar. In het eerste scenario zal het virus op korte termijn endemisch worden, waarbij we snel uit de epidemische situatie komen en naar in de endemische situatie terechtkomen. Een ander uiterste is het scenario, waarbij sprake is van een immuniteitsdoorbraak. In die situatie zou het doormaken van een infectie of door vaccinatie opgebouwde immuniteit niet meer voldoende bescherming bieden. Dat betekent eigenlijk dat we in een nieuwe epidemische situatie terecht komen. Het derde scenario gaat er van uit dat we de komende periode met oplevingen van het virus te maken krijgen, waarbij niet bekend is in welke mate die oplevingen ons parten gaan spelen.
Een endemische situatie is op de korte termijn niet te verwachten. Een daadwerkelijke mutatie die zich echt onttrekt aan alle immuniteit die is opgebouwd, is volgens de experts ook niet een heel waarschijnlijk scenario. Oplevingen zij wel reëel en wel waarschijnlijk ondanks onze opgebouwde immuniteit, maar in welke mate is moeilijk te voorspellen. Het kan ook zijn dat er nieuwe mutaties ontstaan en het vaccin daar minder goed tegen werkt. We zitten bovendien nog in de fase, waarin nog lang niet iedereen immuniteit heeft opgebouwd. Voorlopig zullen er veel onzekerheden blijven over de pandemie. Het kabinet werkt voorbereidingen uit, rekening houdend met diverse scenario's om

tot een stevig toekomstperspectief te komen. Hierover zal ik uw Kamer tezamen met een uitgebreide reactie op het advies van KNAW en WRR in het eerste kwartaal van 2022 informeren.

Daarnaast treft het kabinet voorbereidingen in geval een nieuwe pandemie zich voordoet. In december volgt een beleidsagenda op pandemische paraatheid, met daarin de lessen die we hebben geleerd over de afgelopen anderhalf jaar. Om zo beter voorbereid te zijn op een volgende pandemie. In deze agenda werken we uit wat nodig is om wendbaar te zijn, beter te kunnen opschalen en daarmee voorbereid te zijn op toekomstige crises. Ik onderscheid hierbij de volgende kerndoelen:

- Versterking publieke gezondheid, met name de infectieziektebestrijding,
- Opschaalbare zorgcapaciteit en
- Leveringszekerheid van hulpmiddelen en medicijnen.

Voor deze doelen zijn de volgende elementen van groot belang: betere sturing en regie, betere data-/informatie-uitwisseling, versterken van onze strategische autonomie door internationale samenwerking, en investeren in kennis en innovatie.

9. Catshuisstukken

In de brief van 8 december 2020 heeft het kabinet aangegeven de presentaties die voorliggen in de informele overleggen over de coronacrisis in het Catshuis openbaar te maken.[5] De stukken worden op de website[6] van Rijksoverheid gedeeld voor zover daar geen zwaarwegende belangen[7] in de weg staan. Hier zijn vanaf heden ook de stukken die besproken zijn in het Catshuis dd. 25 november 2021 raadpleegbaar.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Hugo de Jonge

[5] Kamerstuk 25 295, nr. 771.
[6] https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-tijdlijn/uitgelicht-catshuisstukken/openbaarmaking-catshuisstukken.
[7] Hierbij is onder meer te denken aan derden belang, het belang van de staat, de persoonlijke levenssfeer en de internationale betrekkingen.

Productie 14

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

> Retouradres Postbus 1 3720 BA Bilthoven

Aan de plaatsvervangend directeur-generaal
Covid-19
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Dr. ir. A.M.C. van Rijn
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

Ons kenmerk
0140/2021 LCI/JvD/at/mdv

Behandeld door
LCI

T (030) 274 7000
F (030) 274 4455
lci@rivm.nl

Datum 6 december 2021
Onderwerp Advies n.a.v. 132e OMT

Geachte mevrouw Van Rijn,

Op 3 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, artsen-microbioloog, een regionaal arts-consulent, ouderengeneeskundige, artsen 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 vervolgadviezen 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 2 december 2021 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 en de resultaten van de modellering.

Adviesvraag VWS:
Wat is het algemene beeld van de epidemiologische situatie en de ontwikkeling van de R? Wat is uw verwachting voor de komende weken? Hoe kijkt u daarbij aan tegen de ontwikkelingen van de variant omikron? Wanneer verwacht u dat er inzicht is in verspreidingsgraad, besmettingsgraad, ziektelast en werking van vaccins?

Inschatting aantal niet immune personen: In de OMT adviezen van 11 augustus, resp. 11 november heeft u een inschatting gemaakt van het aantal niet immune personen. Kunt u op basis van de meest actuele gegevens deze inschatting opnieuw maken?

Epidemiologische situatie

In de afgelopen 7 kalenderdagen (25 november-2 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 834 personen per 100.000 inwoners gemeld met een positieve test voor SARS-CoV-2, vergeleken met 869 per 100.000 inwoners in de week daarvoor. Er is wel een grote regionale variatie in het aantal positieve testen, van 573 tot 1248 per 100.000 inwoners. De regio's met het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners (≥1000) in de afgelopen week waren Zuid-Holland Zuid, 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.
Het aantal meldingen per 100.000 inwoners was net als een week eerder het hoogst en nam de afgelopen kalenderweek verder toe in de leeftijdsgroepen 0-12, 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 minder hoog dan in andere leeftijdsgroepen en stabiliseerde het aantal positieve testen in de afgelopen week (<700 per 100.000). Het aantal meldingen bij personen bekend als bewoners van verpleeghuizen en woonzorgcentra nam niet verder toe. Echter, vanaf begin november wordt niet gestructureerd nagevraagd of iemand in een instelling woont, door 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 is in de afgelopen week ten opzichte van de week ervoor ongeveer gelijk (+4%). Over de laatste 7 dagen met complete data (23-29 november) was het percentage positieve testen in de GGD-teststraten 20,5%; een daling vergeleken met 22,4% de week ervoor. Het is van belang te realiseren dat het aantal bij de GGD geteste personen een mix is van personen mét en personen zónder klachten, al dan niet naar aanleiding van een nauw contact getest (d.i. in kader van BCO), en al dan niet getest naar aanleiding van een tevoren positief bevonden zelftest (de zogenaamde confirmatietesten). De uitsplitsing hiervan is minder goed mogelijk geweest de afgelopen week, doordat deze informatie vanwege grote drukte niet nagevraagd werd bij personen die telefonisch een afspraak maakten.

Bij personen getest in het kader van het coronatoegangsbewijs (CTB) steeg het percentage positieve testen niet verder, het betrof 1,3% in de afgelopen kalenderweek.

De instroom en bezetting op verpleegafdelingen en IC in de ziekenhuizen van personen met een positieve test op SARS-CoV-2 nam verder toe. Er is wel een afvlakking van de groei van de dagelijkse instroom in het ziekenhuis en in mindere mate op de IC. Gemiddeld werden over de laatste week 312 personen per dag opgenomen op een verpleegafdeling en 48 op de IC. Op 2 december 2021 was de totale bedbezetting 2813: 2208 op de verpleegafdelingen in het ziekenhuis en 605 op de IC (bron: LCPS).

De oversterfte was verhoogd in november, in totaal overleden 3500 meer personen dan verwacht (bron: CBS). De oversterfte werd gezien zowel bij Wlz-gebruikers als bij niet Wlz-gebruikers.

De geschatte opkomst voor ten minste één vaccinatie bedroeg t/m 14 november 2021 88,7% voor de volwassen bevolking, en 85,2% had de volledige vaccinatieserie afgerond. Voor de bevolking vanaf 12 jaar was dit respectievelijk 86,9% en 83,4%. Bij personen gemeld met een positieve test in november was van 70% de vaccinatiestatus bekend. Van hen was 49% niet gevaccineerd.
De meest recente data van ziekenhuisopname (NICE, opnames t/m 23 november) verrijkt met vaccinatiestatus uit CIMS tonen dat de incidentie van opnames onder ongevaccineerde personen duidelijk hoger is vergeleken met die onder gevaccineerde personen. De overall vaccineffectiviteit in de periode 29 september t/m 23 november 2021 was 91% voor ziekenhuisopname en 96% voor IC-opname. Uitgesplitst naar leeftijd was deze respectievelijk 94% en 97% voor de bevolking <70 jaar, en 84% en 93% voor de bevolking vanaf 70 jaar.

Het OMT is geïnformeerd over een patiëntdossier-review in twee ziekenhuizen naar het profiel van in totaal 120 recent opgenomen patiënten met een positieve SARS-CoV-2-test. Patiënten die verwezen werden vanuit een ander ziekenhuis zijn buiten beschouwing gehouden. Uit de review blijkt dat in beide ziekenhuizen circa 7% van de patiënten opgenomen werd voor een niet-COVID-19-gerelateerde indicatie, maar bij routinematig testen in het ziekenhuis onverwacht positief werd bevonden voor het SARS-CoV-2-virus. De meerderheid van de patiënten, 74% en 76% werd opgenomen met als primaire reden een ernstig verlopende SARS-CoV-2-infectie. Een verdere 17-18% werd opgenomen voor een door COVID-19 ontregeld basislijden.

Verder onderbouwen de beschikbare meer gedetailleerde resultaten uit een van deze ziekenhuizen dat van de gevaccineerde patiënten die vanwege COVID-19 werd opgenomen, een groter aandeel patiënten immuungecompromiteerd was (circa 40%), dat zij ouder waren, en dat een groter aandeel van de ongevaccineerde patiënten doorstroomde naar de IC. Van de gevaccineerde maar immuungecompromiteerde COVID-19-patiënten had ongeveer 1 op de 3 patiënten toch antistoffen bij opname, vergeleken met aanwezigheid van antistoffen bij bijna alle gevaccineerde, niet-immuungecompromiteerde patiënten.

Reproductiegetal en ziekenhuis- en IC-opnames
De meest recente schatting van het reproductiegetal Rt, zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is voor 18 november op basis van Osiris: gemiddeld 0,99 (95%-interval 0,98 – 1,00) besmettingen per geval. Dit is

een daling ten opzichte van de waarden die in oktober en de eerste helft van november werden 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 17 november: het is gemiddeld 1,07 (95%-interval 0,95 -1,20). Het reproductiegetal berekend op basis van nieuwe IC opnames is gemiddeld 1,08 (95%-interval 0,78 – 1,40). Vrijwel alle infecties in Nederland worden momenteel veroorzaakt door de deltavariant.

Als proxy voor een daling in het aantal contacten worden mobiliteitsgegevens gebruikt. De beschikbare indicatoren voor mobiliteit in Nederland zijn Google community mobility reports en Apple mobility trends. Deze indicatoren geven een verdere maar relatief bescheiden daling van de mobiliteit in de periode tot en met 28 november, respectievelijk tot en met 1 december aan.

Op basis van het geschatte reproductiegetal voor meldingen van positieve gevallen 0,99 voor 18 november en een verwachte daling in het aantal contacten ten gevolge van de maatregelen die vanaf 28 november gelden, wordt verwacht dat het dagelijks aantal nieuwe infecties zal dalen, en daarmee ook de ziekenhuisopnames en de IC-opnames.

Op basis van de recente afvlakking in het aantal meldingen wordt aan de hand van een statistisch regressiemodel verwacht dat de komende week het aantal nieuwe ziekenhuis- en IC-opnames gaat stabiliseren of dalen. Deze statistische prognose geeft daarbij een orde van grootte aan voor het aantal opnames per dag in de komende week van 200 tot 400, en een orde van grootte voor het aantal IC-opnames van 30 tot 70. Hierbij dient aangemerkt te worden dat deze inschatting te optimistisch kan zijn als de afvlakking van het aantal meldingen (deels) veroorzaakt wordt door veranderd testgedrag, bijvoorbeeld door drukte bij de GGD-teststraten.

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 worden meegenomen, laten zien dat als het aantal nieuwe IC-opnames nu daadwerkelijk op de piek zit, de piekbezetting na enkele weken rond een waarde van 650-800 bezette IC-bedden met COVID-19 patiënten zal uitkomen.

De orde van grootte van het aantal mensen dat niet beschermd is tegen infectie en dat een zeker risico loopt op ziekenhuisopname (uitgaande van de leeftijdsverdeling van mensen met een doorgemaakte infectie volgens de Pienter-Corona studie en een geleidelijke afname van bescherming tegen infectie na vaccinatie) is geschat op 1,6 miljoen mensen van 12 jaar en ouder in december 2021. Dat is eenzelfde orde van grootte als gerapporteerd in november (1,5 miljoen, OMT 129). Deze groep omvat zowel niet-gevaccineerden die geen infectie hebben doorgemaakt, en gevaccineerden bij wie het vaccin niet werkt; deze groep omvat bijvoorbeeld niet de mensen die eerder gevaccineerd zijn en nu nog wel een infectie kunnen krijgen met mild verloop waarbij veelal geen ziekenhuisopname nodig is. Dit aantal kan veranderen bij een nieuwe berekening als er nieuwe informatie is over de effectiviteit van vaccins tegen infectie en tegen ziekenhuisopname. Ook zal het aantal in de komende maanden gaan dalen door extra vaccinatie en door infecties, maar het kan ook weer toenemen door afname van bescherming tegen infectie en ziekenhuisopname.

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 66.055 monsters in deze aselecte steekproef gesequencet. De afgelopen weken wordt uitsluitend de deltavariant aangetroffen in deze steekproef. Hierin lijkt de deltasubvariant AY.4.2 langzaam in aandeel toe te nemen. In de weken tot en met week 46 is de omikronvariant nog niet aangetroffen in de kiemsurveillance. De data voor week 46 zijn nog aan verandering onderhevig, omdat nog niet alle monsters verwerkt zijn.

Er zijn momenteel drie GGD-teststraatlaboratoria die gebruikmaken van een PCR-test 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 zijn tot nu toe drie definitieve besmettingen met de omikronvariant naar voren gekomen. Voor twee is de oorspronkelijke afnamedatum van de monsters vastgesteld op 19 en 23 november jl. De derde casus is momenteel in onderzoek bij de GGD. De overige opgevraagde monsters worden op dit moment geanalyseerd, hieronder bevinden zich 16 voor omikron verdachte monsters.

Naast deze retrospectieve uitvraag van verdachte monsters is er via het nationale sequentienetwerk SeqNeth 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 hiermee geanalyseerde op omikron verdachte monsters. Deze data worden op wekelijkse basis verzameld.

Reizigers uit hoogrisicogebieden worden op Schiphol verzocht zich te laten testen. Uit de vliegtuigen in de periode 27/11-1/12 heeft dit geleid tot het vaststellen van 36 coronavirusbesmettingen. Sequencen van deze monsters is gaande om te bepalen of het de omnikronvariant betreft.
Tot slot is er een oproep gedaan aan reizigers uit Zuidelijk Afrika die sinds 22 november zijn teruggekeerd om zich te laten testen via de GGD. Analyse hiervan is ook nog gaande.

De ontwikkelingen met betrekking tot SARS-CoV-2-varianten, en omikron in het bijzonder, worden op de voet gevolgd via internationale netwerken waarin de twee SARS-CoV-2-referentielaboratoria bij RIVM en Erasmus MC deelnemen.

Samengevat is het beeld dat sporadisch gevallen van de nieuwe variant omikron in Nederland zijn aangetoond. Deze zijn tot nu toe vooral toe te schrijven aan import via teruggekeerde reizigers uit Zuidelijk Afrika. Er bestaan nog veel onduidelijkheden over deze nieuwe variant en welke invloed deze zal hebben op de epidemie. Onder andere zijn er onzekerheden over: 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. In WHO- verband wordt gewerkt aan studies om zo snel mogelijk antwoorden op deze vragen te kunnen krijgen.

Adviezen

In de aan het OMT gepresenteerde epidemiologische informatie en de Rt-waarde lijkt een eerste effect te zien zijn van de maatregelen zoals die vanaf 13 november in Nederland gelden. Het aantal meldingen vlakt af. Wel is de interpretatie lastiger, aangezien er grote druk op de GGD-testcapaciteit was en BCO deels is afgeschaald en er daardoor minder informatie beschikbaar is. De groei in ziekenhuisopnames lijkt af te vlakken, voor de IC-opnames is dit minder zeker. Deze ontwikkeling geeft nog geen zekerheid over het verloop van de epidemie in de komende weken/maanden en moet nauwkeurig worden gevolgd.

Verwacht wordt dat de eerste effecten van het pakket van maatregelen dat op 28 november van kracht is geworden niet eerder dan komende week zichtbaar worden, bovenop de effecten van de maatregelen van 13 november. Becijferd is dat dit pakket aan maatregelen, uiteraard steeds afhankelijk van de mate waarin er opvolging aan gegeven wordt, het reproductiegetal met 25-40% kan doen dalen. Toegepast op de actuele R-waarde van rond de 1, kan deze geschatte daling betekenen dat de epidemie in een dalend been terecht komt. Echter, voor de zorgsector staat de komende periode nog een toename in bedbezetting te wachten en dat bovenop een periode van hoge, aanhoudende drukte. Er zit bovendien een periode van enkele weken tussen de afname van het aantal besmettingen en het effect daarvan op de opnames in het ziekenhuis en op de IC. Uit de modellen blijkt een schatting van de toename naar 650-800 IC-bedbezetting, als de piek in opnames nu bereikt zou zijn.

Gezien deze prognoses en schattingen adviseert het OMT niet om nu extra maatregelen te nemen, in afwachting van ontwikkelingen in de komende week inclusief de eerste indicaties van een effect van de maatregelen van 28 november. Het OMT zal de situatie volgende week opnieuw beoordelen om zich ervan te vergewissen dat het effect van dat pakket zich manifesteert in de praktijk, en indien nodig bevonden ongevraagd tussendoor adviseren. Het OMT zal zich bij volgende gelegenheid laten informeren over uitkomsten van ‘what if’-scenario’s betreffende de verspreiding van de omikronvariant, waarbij gevolgen van een eventueel hogere mate van besmettelijkheid, ziekmakend vermogen en vaccinescape zullen worden gemodelleerd.

Met betrekking tot de nieuwe variant omikron bestaan nog veel onduidelijkheden wereldwijd en het OMT benadrukt de noodzaak om de komende weken, in afwachting van nieuwe informatie, hier alert op te zijn. Ook voor de omikronvariant geldt dat de basisregels betreffende bronisolatie (blijf thuis bij klachten, enz.) en de 1,5 m veilige afstandsnorm de eerste linie van verdediging zijn. Er zijn zorgen over de mate van opvolging van de adviezen voor reizigers uit de hoogrisicolanden met VOC (nu gaat het hier om de omikronvariant) om zich bij aankomst op luchthavens te laten testen. Vanwege de omikronvariant zijn er recent aanpassingen gedaan in de regels die gelden voor het inreizen in Nederland. Echter, personen die geen interesse hebben in een test kunnen deze test nu afwijzen en zonder getest te zijn, doorreizen in Nederland.

Derhalve adviseert het OMT om na te gaan of een testverplichting (PCR) bij aankomst uit een VOC-land mogelijk is en ingevoerd kan worden. Door gebruik te maken van de PCR-test (en niet antigeensneltesten) kan ook op positief bevonden monsters sequencing uitgevoerd worden. Dit maakt tevens nader onderzoek op monsters van de omikonvariant mogelijk, hetgeen van groot belang is voor de nationale en internationale bestrijding. Verder adviseert het OMT om

steekproefsgewijs PCR-controles uit te voeren onder terugkerende reizigers uit andere gebieden (d.i. niet VOC-landen buiten EU) van buiten de EU.

Om het zicht te houden op het verloop van de epidemie en de effecten van maatregelen, is een adequate registratie van het aantal positieve zelftesten die niet in de GGD-teststraat worden geconfirmeerd essentieel. Het is wenselijk om mogelijk te maken dat personen met alleen een positieve zelftest gemakkelijk digitaal de uitkomst van de zelftest kunnen doorgeven aan de GGD. Zoals in het 110e OMT-advies is geadviseerd, dienen de benodigde aanpassingen in de registratiesystemen in gang te worden gezet, voor het faciliteren van de burger en de GGD voor verwerking van positieve zelftesten, om daarmee ook beter zicht te houden op het verloop van de epidemie. Ten slotte, met betrekking tot de zelftesten hecht het OMT eraan te wijzen naar specifieke situaties waarin juist geen zelftest geadviseerd wordt, zoals bij kwetsbare mensen, en medewerkers van zorginstellingen. Daar waar zij in contact staan met kwetsbare personen wordt dan een PCR-test geadviseerd.

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

In het 131e OMT-advies is aangegeven te overwegen om de kerstvakantie naar voren te verlengen. Zoals boven aangegeven spelen de besmettingen op school zich vooral af in de bovenbouw van het basisonderwijs; in de groep vanaf 12 jaar speelt dit veel minder, omdat daar veel kinderen gevaccineerd zijn. Het OMT wees er op dat er in het onderwijs veel besmettingen optreden, die tot doorgifte van de infectie aan de ouders en anderen kunnen leiden. Dit jaar begint de kerstvakantie op 24 december, de dag direct voor beide kerstdagen. Om besmettingen tijdens de kerstdagen naar oudere familieleden te voorkomen kan het nuttig zijn om de schoolvakanties (d.i. binnen het basisonderwijs) met een week naar voren te vervroegen, zodat in de periode tussen sluiting van de scholen en de kerstdagen, men in de eigen gezinsbubbel kan blijven met minder kans op besmettingen en minder kans op transmissie tijdens de kerst.
Het OMT attendeert op de eerdere adviezen aan zelfstandig wonende ouderen (OMT 131).

Indien de scholen eerder sluiten moet er, net zoals bij eerdere keren, aandacht 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.
Uiteraard is het nut van een gezinsbubbel afhankelijk van de wijze van opvang van de kinderen, die opvang zou dan natuurlijk niet bij de grootouders gelegd moeten worden.
Het OMT merkt op dat gezien de tijdspanne tussen de adviesaanvraag en dit advies er geen modellering of andere onderzoeksdata beschikbaar waren om het precieze effect van deze maatregel te kwantificeren.

Verder heeft het OMT geconstateerd dat het advies van het 131e OMT om vanwege de infectiedruk op basisscholen en daarmee het risico van het doorsijpelen van de besmettingen naar ouders en zelfs grootouders, de kinderen in de basisschoolleeftijd, geassisteerd en onder toezicht tweemaal per week te testen met een antigeensneltest (of zelftesten) nu in de praktijk is geïmplementeerd als testen vanaf groep 6. Het OMT adviseert, aangezien ook in de lagere leeftijdsgroepen besmettingen voorkomen, om te testen vanaf groep 1.

Tot een nadere mondelinge toelichting ben ik gaarne bereid.

Hoogachtend,

Prof. dr. J.T. van Dissel
Directeur CIb

Productie 15

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

> Retouradres Postbus 1 3720 BA Bilthoven

Aan de Directeur-Generaal van de
Volksgezondheid
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
drs. M. Sonnema
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

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

Behandeld door
LCI

T (030) 274 7000
F (030) 274 4455
lci@rivm.nl

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

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, artsen-microbioloog, een regionaal arts-consulent, ouderengeneeskundige, artsen 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 vervolgadviezen 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.

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 (≥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.

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 (≥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 aselecte 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.

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. 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-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 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 sequencen. Hierin zijn tot nu toe drie besmettingen bevestigd middels sequencen. Alle omikronpositieve casus worden doorgegeven aan de GGD voor bron-en contactonderzoek.

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 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 sequencen. In totaal is data van 9 laboratoria verkregen. Voor de 3 laboratoria die routinematig reeds een dergelijke PCR-test gebruikten, wordt met deze uitvraag 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 aselecte 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 sequencen. 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.

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 Rt, 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.

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?

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.

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?

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.

Isolatieduur en her-testen bij personen recent teruggekeerd uit Zuidelijk Afrika

Aan het OMT is een voorstel voor aanpassing van werkwijze met betrekking tot isolatieduur 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.

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,

Prof. dr. J.T. van Dissel
Directeur CIb

Productie 16

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

> Retouradres Postbus 1 3720 BA Bilthoven

Aan de Directeur-Generaal van de
Volksgezondheid
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
drs. M. Sonnema
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

Ons kenmerk
0147/2021 LCI/JvD/at/hr

Behandeld door
LCI

T (030) 274 7000
F (030) 274 4455
lci@rivm.nl

Datum 18 december 2021
Onderwerp Advies n.a.v. 134e OMT

18 december 2021: aanpassing van de adviesbrief d.d.18 december 2021
In deze gewijzigde versie van de adviesbrief zijn enkele verduidelijkingen in de tekst toegepast.

Geachte mevrouw Sonnema,

Op 17 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, artsen-microbioloog, een regionaal arts-consulent, ouderengeneeskundige, artsen 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 vervolgadviezen 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 15 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.

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, vooral m.b.t. de ontwikkelingen van de variant omikron?
Wat is er bekend over de besmettelijkheid van omikron, over de bescherming door een doorgemaakte infectie, de primaire vaccinatie en de booster op besmetting, transmissie, ziekte en opname? Wat is bekend over het ziekmakend vermogen van deze variant en het aandeel mensen dat ernstig ziek wordt? Wat is er bekend over de mate waarin antigeentesten en PCR testen een omikron infectie detecteren?
Wat is de prognose van het verloop van besmettingen, ziekenhuis en IC-opnames?

Epidemiologische situatie
In de afgelopen 7 kalenderdagen (9-16 december 2021) is het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positieve personen met bijna een kwart gedaald in vergelijking met de 7 dagen ervoor. Er werden landelijk 612 personen per 100.000 inwoners gemeld met een positieve test voor SARS-CoV-2, vergeleken met 800 per 100.000 inwoners in de week daarvoor. Deze incidentie varieert tussen 447 en 753 per regio; de verschillen in incidentie tussen de regio's zijn dus kleiner geworden dan in de week hiervoor. De regio's met het hoogste aantal meldingen per 100.000 inwoners (≥ 700) in de afgelopen week waren Zeeland en Zuid-Holland Zuid.

In week 49 (6 t/m 12 december) is de landelijk gewogen gemiddelde virusvracht (gebaseerd op 313 meetlocaties) licht gestegen (+6%) ten opzichte van week 48 toen de virusvracht met 28% daalde; de huidige virusvracht ligt dus nog steeds beduidend lager dan in week 47. De virusvrachten in het hele land blijven hiermee nog steeds op een heel hoog niveau.

In Infectieradar werd een verdere afname van het aandeel personen met COVID-19-achtige klachten waargenomen. Daarnaast is een toename van gebruik van zelftesten door de deelnemers aan de Infectieradar zichtbaar.

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 in de voorgaande maand het hoogst in de leeftijdsgroep 0-12 jaar, gevolgd door de leeftijdsgroepen 30-39 en 40-49

jaar (> 800 per 100.000 inwoners in week 49). Bij de leeftijdsgroepen vanaf 50 jaar was het aantal meldingen per 100.000 inwoners wederom minder hoog dan in andere leeftijdsgroepen (≈400-500 per 100.000).

Het aantal meldingen bij personen bekend als bewoners van verpleeghuizen en woonzorgcentra voor ouderen lijkt ook weer te dalen. Echter, vanaf begin november wordt vanwege de afschaling van het BCO door de GGD niet gestructureerd nagevraagd of iemand in een instelling woont. Bewoners van een verpleeghuis of woonzorgcentrum voor ouderen worden nu merendeels als zodanig geclassificeerd op basis van postcode en leeftijd. Dit kan 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 is vorige week afgenomen met 25%. Hier zijn ten minste twee mogelijke verklaringen voor: een dalende incidentie van personen met klachten en het veranderde beleid waarbij zelftesten bij milde klachten gebruikt kunnen worden door mensen die niet kwetsbaar zijn of met kwetsbare anderen in aanraking komen. In de lopende kalenderweek is tot nu toe 58% van alle positieve testen afkomstig van personen van wie bekend is dat 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 23,7% voor alle personen die zich lieten testen bij de GGD in de afgelopen 7 dagen; een lichte stijging ten opzichte van de week daarvoor (22,8%).
Bij personen getest in het kader van het coronatoegangsbewijs (CTB, door Stichting Open Nederland) daalde het percentage positieve testen; het betrof 1,2% in de afgelopen kalenderweek vergeleken met 1,7% in de week ervoor.

De instroom in het ziekenhuis en op de IC van personen met een positieve test op SARS-CoV-2 daalde duidelijk de afgelopen week. De bezetting neemt nog niet af, deze loopt achter vanwege de ligduur. Gemiddeld werden over de laatste week 237 personen per dag opgenomen op een verpleegafdeling en 39 op de IC. Op 16 december 2021 was de totale bedbezetting 2.527: 1.923 op de verpleegafdelingen in het ziekenhuis en 623 op een IC in Nederland, naast 22 op een IC in Duitsland (bron: LCPS).

De oversterfte was verhoogd in de periode 6 t/m 12 december: in totaal overleden 4.100 personen; 1.050 meer dan verwacht o.b.v. de gemiddelde sterfte in de jaren vóór corona. Deze oversterfte is nog steeds hoog maar minder hoog dan de week er voor (1.250) (bron: CBS).

De geschatte opkomst voor ten minste één vaccinatie bedroeg t/m 12 december 2021 88,9% voor de volwassen bevolking ≥ 18 jaar, 85,8% had de volledige vaccinatieserie afgerond. Voor de bevolking vanaf 12 jaar was dit respectievelijk 87,1% en 84,0%. Bij personen met een positieve test tot nu toe gemeld in december was van 71% de vaccinatiestatus bekend. Van hen was 51% zeker niet gevaccineerd.
De schattingen van vaccineffectiviteit tegen ziekenhuis- en IC-opname voor de periode 13 oktober t/m 7 december 2021 waren 89% en 95%, respectievelijk, waarbij deze zoals vanaf het begin lager waren bij oudere dan jongere leeftijdsgroepen. Schattingen van vaccineffectiviteit tegen infectie (circa 73-85%) tijdens de gehele deltaperiode (4 juli t/m 2 december 2021) laten ook een lagere

bescherming zien bij ouderen, een afnemende bescherming met toenemende tijd sinds laatste vaccinatie en een hogere startbescherming bij mRNA-vaccins. Ook was de gemeten bescherming lager bij nauwe contacten van positief geteste personen, mogelijk als gevolg van een hogere blootstelling. Op basis van de eerste Nederlandse data met een S-deletie als proxy voor omikron lijkt de vaccineffectiviteit tegen infectie beduidend lager te zijn voor omikron vergeleken met de deltavariant; verder onderzoek moet dit preciseren. Dit is in lijn met internationale gegevens.

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 70.152 monsters in deze aselecte steekproef gesequencet. Hierin blijkt het aandeel van de deltasubvariant AY.4.2 toch weer een licht stijgende trend te tonen met een aandeel van 2,4% in week 46, van 2,6% in week 47 en 3,1% in week 48.
De data voor week 48 (start 29 november) zijn nog aan verandering onderhevig, omdat nog niet alle monsters verwerkt zijn.
Vanaf week 47 (start 21 november) wordt de omikronvariant aangetroffen in de kiemsurveillance. In week 47 had deze variant een aandeel van 0,23% en in week 48 een voorlopig aandeel van 0,24%.

In de regio Amsterdam wordt door de GGD en het Amsterdam UMC met een dagelijkse aselecte steekproef van ongeveer 200 coronapositieve monsters uit twee GGD-teststraten via een omikronspecifieke PCR in combinatie met sequencen de aanwezigheid van de variant gemonitord. In deze monitoring neemt het aandeel omikronvariant snel toe (geschatte groeisnelheid ~30% per dag) met een aandeel van 1,2 % op 5 december, 3,7% op 12 december, 11,7% op 13 december, 14,1% op 14 december en 24,9% op 15 december. Het percentage personen met omikron dat gevaccineerd was, is vrijwel identiek aan de vaccinatiegraad onder volwassenen.
Deze aantallen zijn bevestigd op basis van sequencen tot en met de bemonstering van 14 december. Alle omikronpositieve casus worden doorgegeven aan de GGD voor bron- en contactonderzoek.

Er zijn drie GGD-teststraatlaboratoria (Saltro, Gelre ziekenhuis en Synlab) die reeds gebruikmaakten van een PCR-cartridge-test waarmee een realtime aanwijzing verkregen kan worden voor de aanwezigheid van de omikronvariant. De inzet van deze testen biedt ook een dagelijkse monitoring van het aandeel omikronverdachte casus in deze complete teststromen. In deze dagelijkse monitoring vanuit Synlab en Saltro neemt het aandeel vermoedelijke besmettingen met de omikronvariant snel toe (geschatte groeisnelheid ~30% per dag) met een respectievelijk aandeel van 1,2% en 0,9% op 12 december, 1,2% en 1,1% op 13 december, 2,7% en 2,4% op 14 december, 3,5% en 5,4% op 15 december en 4,8% en nog onbekend voor Saltro op 16 december. In deze periode waren er gezamenlijk door deze twee laboratoria 12.774 personen getest. Definitieve vaststelling van omikron wordt in de huidige epidemiologische context nog gedaan op basis van sequencing. Iedere week worden verdachte monsters uit deze monitoring naar het RIVM gestuurd voor sequencing. Alle omikronpositieve casus worden doorgegeven aan de GGD voor bron- en contactonderzoek.

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 omikron verdachte monsters. Deze data worden op wekelijkse basis verzameld. Definitieve vaststelling van omikron wordt in de huidige epidemiologische context nog gedaan op basis van sequencing. In totaal is data van 8-11 laboratoria verkregen (variatie per week). Voor de 3 laboratoria die routinematig reeds een dergelijke PCR-test gebruikten, wordt met deze uitvraag de data van alle door hen verwerkte testen verkregen (zie hierboven). Van de overige 8 laboratoria een door hen geteste steekproef. De data vertegenwoordigen niet per se een aselecte 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 omikronhoogrisicolanden. In deze dataset lijkt er een lichte stijging in het aandeel van omikronverdachte monsters te zijn in de periode week 47-49.

Reizigers uit hoogrisicogebieden worden tot nu toe op Schiphol verzocht zich te laten testen. Uit de vliegtuigen in de periode 27 november t/m 16 december hebben 1316 personen zich direct bij aankomst laten testen. Hiervan is bij 163 personen een coronavirusbesmetting vastgesteld. In nader onderzoek bij het RIVM op monsters tot en met 14 december zijn er op basis van PCR 71 omikronverdachte en 9 deltaverdachte monsters geïdentificeerd. Voor 74 monsters was nadere PCR-typering niet mogelijk vanwege te lage hoeveelheid virusmateriaal. Overige monsters zijn nog in onderzoek. Tot nu toe is bij 55 van de 71 omikronverdachte personen definitief een omikronbesmetting vastgesteld op basis van sequencing. Bij 7 personen is definitief een infectie met de deltavariant vastgesteld. Hierbij is vooralsnog geen discrepantie waargenomen tussen de omikronverdenking op basis van PCR en de uiteindelijke typering middels sequencing. 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.

Tot 17 december zijn in totaal 136 bevestigde omikron (WGS)-gevallen gemeld aan het RIVM. Hiervan hadden 77 personen een reishistorie naar zuidelijk Afrika (57%), 19 een reishistorie naar een ander land (14%) en 40 personen geen reishistorie (29%). Het optreden van besmettingen zonder dat een reis als besmettingsbron vastgesteld kan worden en de aanwezigheid van omikron in de kiemsurveillancedataset duidt op zogenaamde community-transmissie in Nederland.

De ontwikkelingen met betrekking tot SARS-CoV-2-varianten, en omikron in het bijzonder, worden op de voet gevolgd via (inter)nationale netwerken. 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, wat zich uit in een snellere verspreiding. De eerste studies duiden op een verminderde effectiviteit van opgebouwde immuniteit door vaccinatie of eerder doorgemaakte infectie als component hierin alsmede een mogelijk verhoogde besmettelijkheid en kortere generatietijd. Of de variant

daarnaast ook een verhoogde ziektelast kent, is nog niet duidelijk. Gegevens uit Zuid-Afrika lijken een milder ziektebeeld te ondersteunen, gegevens uit Engeland en Denemarken tonen dit vooralsnog niet al zijn de aantallen nog laag. De huidige verwachting is dat de omikronvariant binnen afzienbare termijn (eind december) dominant zal worden in Nederland.

Reproductiegetal, prognoses ziekenhuizen, IC en omikronvariant
De meest recente schatting van het reproductiegetal Rt van de huidige epidemie, zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is voor 2 december op basis van Osiris: gemiddeld 0,90 (95%-interval 0,89 – 0,92) besmettingen per geval. Dit is lager dan 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 1 december, het is gemiddeld 0,97 (95%-interval 0,86 – 1,09). Het reproductiegetal berekend op basis van nieuwe IC-opnames is gemiddeld 0,98 (95%-interval 0,69 – 1,29).

De prognose op korte termijn (1 week) op basis van het regressiemodel dat uitgaat van het aantal meldingen nu, laat voor de komende week een verdere daling zien van het aantal ziekenhuis- en IC-opnames. Deze statistische prognose geeft een orde van grootte aan voor het aantal ziekenhuisopnames per dag in de komende week van 100 tot 175, en een orde van grootte voor het aantal IC-opnames van 40 tot 20.

De simulaties met een transmissiemodel dat 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, laat zien dat we nu rond de piek zijn voor wat betreft de bezetting van ziekenhuizen en de IC met COVID-19-patiënten.

Een verkenning van de mogelijke implicaties van toename van de nieuwe omikronvariant laat zien dat er nog veel onzekerheid is. De relatieve toenamesnelheid ten opzichte van de deltavariant in de RAI-teststraat schatten we op 0,28 per dag, wat overeenkomt met een verdubbelingstijd van het aandeel omikron in de infecties van 2,5 dag. Dat duidt op een zeer snelle toename van het aandeel omikron in het aantal infecties. De dag van monsterafname waarop 50% van alle besmetting door omikron veroorzaakt worden in de RAI-teststraat is geschat op 21 december (95%-interval: 19-25 december). Op basis van de kiemsurveillance verwachten we dat het beeld voor deze teststraat enkele dagen voorloopt op de rest van Nederland. Deze groeisnelheid is conform schattingen op basis van gegevens uit andere landen in West-Europa, zoals Denemarken, Engeland en België.

Er is onzekerheid in welke mate de snelle relatieve groei wordt bereikt door ontsnapping aan de immuniteit die is opgewekt door natuurlijke infectie of vaccinatie, of door een hoger intrinsiek besmettend vermogen, of een combinatie van deze twee. Bij de mogelijke combinaties verwachten we een golf van infecties in de komende maand, van een grotere omvang dan de golf door de deltavariant die we net achter de rug hebben. De UK Health Security Agency rapporteerde

deze week de eerste schattingen van het beschermend effect van een boostervaccinatie op milde ziekte. Een versnelde boostercampagne kan de golf verminderen. Als er veel mensen al blootgesteld worden aan de omikronvariant voordat ze een booster zullen ontvangen voor eind januari 2022 kan de golf aanzienlijk groter worden. De hoogte van de golf kan verkleind worden door bijkomende maatregelen te nemen die de verspreiding van het virus afremmen.

Hoe hoog de bezetting in de ziekenhuizen en IC wordt is zeer onzeker; aantallen die uitstijgen boven wat in eerdere golven is bereikt en wat de zorgcapaciteit aan zou kunnen zijn daarbij mogelijk. Een factor die bijdraagt aan de onzekerheid is het gebrek aan kennis over de ernst van het beloop van de ziekte na besmetting met de omikronvariant, en de kans op ziekenhuisopname (en IC-opname) na besmetting. Een andere factor is de vaccineffectiviteit na een booster tegen infectie met de omikronvariant en tegen ziekenhuisopname na infectie. Weer een andere factor is de duur van de generatietijd – de typische tijdsduur tussen het besmet worden van een bron en het besmetten van andere gevallen door de bron – omdat dit ook de snelle groei zou kunnen verklaren. Verder is de te bereiken boostervaccinatiegraad onzeker.

C. Adviezen

Maatregelen

Adviesaanvraag VWS

Zijn aanvullend op geldende maatregelen en de versnelde boostercampagne interventies noodzakelijk om de te verwachten omikron-golf te vertragen en te verlagen? Kunt u ook iets zeggen over timing en duur van eventuele maatregelen?

Het epidemiologische beeld op korte termijn ziet er gunstig uit, verschillende doorrekeningen laten echter een snelle omslag zien door de verspreiding van de omikronvariant.

Het is de afgelopen week duidelijk geworden dat de omikronvariant zich ook in Nederland zeer snel verspreidt, waarbij er steeds meer besmettingen in Nederland worden opgelopen. De snelle toename is vergelijkbaar met die in Denemarken en het Verenigd Koninkrijk. Op basis van modellering op deze verspreiding verwacht het OMT nu dat de omikronvariant eind december al dominant zal zijn in Nederland. Dit is eerder dan vorige week werd verwacht. Daarnaast blijkt uit de modellering dat niet uitgesloten kan worden dat de snelle verspreiding leidt tot een hoge piek in ziekenhuis- en IC-opnames waarbij de capaciteit van de Nederlandse gezondheidszorg overschreden wordt. Naast dit sombere scenario zijn er ook andere uitkomsten mogelijk die minder belasting op de zorg leggen. Echter, de vele onzekerheden maken een keuze tussen de scenario’s momenteel niet mogelijk – kennis die komende week of weken beschikbaar komt over percentage opnames onder omikroninfecties en de IC-belasting, de boostervaccinatiegraad en dergelijke, maakt een keuze van het meest waarschijnlijke scenario pas mogelijk.

Omdat er nog veel onzekerheden zijn met betrekking tot de omikronvariant en een overbelasting van de zorgketen tot de mogelijkheden behoort, adviseert het OMT op korte termijn extra maatregelen te nemen om de verspreiding te beperken zodat de bevolking zo goed mogelijk beschermd kan worden door uitvoering van de al versnelde boostercampagne.

Uit de modellering blijkt dat de hoogte van de piek en daarmee de integraal onder de curve – het aantal zieken – teruggebracht kan worden door ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk mensen een boostervaccinatie ontvangen hebben. En om de boostercampagne de kans te geven zoveel mogelijk mensen tijdig te bereiken, is het opportuun nu extra maatregelen naast de avondlockdown te nemen waardoor de opkomst van de omikronvariant vertraagd wordt. Ook adviseert het OMT te onderzoeken of de observatietijd van 15 minuten na het toedienen van de booster losgelaten kan worden, om zo het geven van boosters te bespoedigen en capaciteit te verhogen. Ook het verder verhogen van de vaccinatiegraad onder nog niet gevaccineerde personen draagt bij aan de bescherming tegen ziekte en tegen verspreiding van omikron.

Om nu 'tijd te kopen' voor de boostercampagne, en de uitgangspositie van de zorg te verbeteren door de verspreiding van de omikronvariant te vertragen, adviseert het OMT om de huidige avondlockdown uit te breiden, op een wijze vergelijkbaar met december 2020 en januari 2021 inclusief de toen geldende maatregelen, door:

- sluiting van scholen en onderwijsinstellingen;
- sluiting van de horeca;
- sluiting van niet-essentiële winkels;
- sluiting van de cultuursector en sportclubs;
- sluiting van overige locaties.

Indien niet tot sluiting van scholen en onderwijsinstellingen wordt besloten, bv ten behoeve van doorgang van examens, dient overal in het onderwijs de 1,5 metermaatregel en mondneusmaskerplicht te worden doorgevoerd.
Tevens kan een verdere beperking van het aantal bezoekers thuis (en in instellingen voor langdurige zorg) tot 2 worden geadviseerd, waarbij een uitzondering tot 4 gemaakt kan worden voor de kerstdagen.
Tot slot kan een dringend advies worden gegeven om niet te reizen voor vakantiedoeleinden. Ook hier is het advies de maatregelen te volgen zoals die van toepassing waren in december 2020 en januari 2021.

Ook herhaalt het OMT het advies om voorbereidingen te treffen in de hele zorgketen om de verwachte toename van de zorgvraag op te kunnen vangen.

Het OMT benadrukt dat er wat betreft verschillende essentiële karakteristieken van de omikronvariant, zoals ziekmakend vermogen, nog geen eenduidig beeld is. Dit zou snel kunnen veranderen; reden voor het OMT om de internationale ontwikkelingen met betrekking tot de omikronvariant nauwgezet te volgen. Mocht duidelijk worden dat de omikronvariant een mild ziektebeeld veroorzaakt, met verminderde kans op ziekenhuis- en IC-opname ten opzichte van de deltavariant, dan zal het OMT dit direct doorrekenen in de modellen en op grond daarvan eventueel snel adviseren de maatregelen weer terug te brengen tot de huidige avondlockdown. Daarnaast is er een nieuw weegmoment als de boostercampagne ten einde loopt (volgens planning medio tot eind januari 2022),

wat goed zou kunnen samenvallen met de eerder afgesproken evaluatie per 14 januari. Immers, het mogelijk maken om iedereen die dat wil tijdig een booster te geven is een belangrijke motivering om nu de maatregelen te intensiveren.
Ten slotte, voor de langere termijn verwacht het OMT meer van nieuwe vaccins specifiek gericht tegen de omikronvariant; mogelijk kunnen ook vaccins op eiwitbasis (NovaVax) bescherming bieden.

Testbeleid

Adviesaanvraag VWS

In het licht van de verwachte stijging in het aantal besmettingen vanwege de omikron variant en de noodzaak om bij de GGD-en de prioriteit te geven aan het zetten van de boosterprikken, en het gegeven dat de verspreiding van omikron kan leiden tot een stijgende testvraag die de vorige piek te boven gaat is aanpassing van het testbeleid nodig. Het kabinet is zich er van bewust dat voor een goed zelftestbeleid geborgd moet worden dat voldoende zelftesten verkrijgbaar zijn en dat de drempel om deze aan te schaffen niet te hoog is. Wat zijn, volgens het OMT, de epidemiologische aspecten waarmee rekening moet worden gehouden bij een (mogelijk tijdelijke) wijziging van het zelftestbeleid waarbij iedereen met klachten en dag 1 van het BCO wordt geadviseerd om een zelftest te gebruiken (nu is het advies daarbij een keuze tussen een zelftest of een test bij de GGD). De GGD-capaciteit wordt dan ingezet op confirmatietesten, testen van zorgmedewerkers en kwetsbaren, op dag 5 van het BCO testen en voor testen van inkomende reizigers uit zeerhoogrisico landen. Is dit volgens het OMT voldoende om zicht te houden op de verspreiding van het virus.

Het OMT adviseert dringend om het beleid met betrekking tot zelftesten op dit moment niet aan te passen. De onderbouwing van de huidige (zelf)testadviezen is te vinden in het advies van het 130e OMT. Het (zelf)testadvies is dus nog zeer recent en ook zeer ingrijpend gewijzigd. De communicatie hierover loopt nog en er leven nog veel – ook praktische – vragen bij het publiek. Een nieuwe wijziging zal tot extra onduidelijkheid en extra vragen leiden.
Bovendien heeft het OMT eerder aangegeven dat het voor uitbreiding van de inzet van zelftesten belangrijk is dat er kwalitatief goede testen gratis of laagdrempelig ter beschikking worden gesteld aan met name de minder draagkrachtigen. De meest recente informatie van de gedragsunit toont dat het gebruik van zelftesten bij lager opgeleiden lager is dan bij midden en hoger opgeleiden, hetgeen gerelateerd kan zijn aan de kosten die het zelf aanschaffen van zelftesten met zich meebrengen.
Waar in het verleden zelftesten ingezet werden bij mensen zonder klachten kan binnen de huidige adviezen een zelftest ook al gebruikt worden bij mensen met klachten en op dag 1 bij het BCO. Op basis van de data uit de GGD-teststraten lijkt dit al op grote schaal te gebeuren. Het OMT ziet onder de huidige omstandigheden – waarbij de testvraag afneemt – geen meerwaarde in het ontmoedigen van het testen bij de GGD. Vanwege de onzekerheid omtrent de omikronvariant en de gevolgen van de reeds doorgevoerde wijziging in het testbeleid is het juist belangrijk om zo goed mogelijk zicht te houden op de ontwikkelingen in de testvraag en testuitslagen. Kortom, het OMT adviseert om het (zelf)testbeleid nu niet aan te passen.

Reizen en bron- en contactonderzoek (BCO)

Datum
18 december 2021

Ons kenmerk
0147/2021 LCI/JvD/at/hr

Adviesaanvraag VWS

In het vorige advies heeft het OMT aangegeven in een volgend overleg meer in detail te kijken naar het brede beleid voor testen, isolatie en quarantaine met betrekking tot reizigers in het kader van de opkomst van de omikronvariant. U heeft aangegeven na te gaan welke aanpassingen gezien de actuele ontwikkelingen gewenst zijn. Ik ontvang graag uw analyse en advies hierover.

Gezien de snelle toename van de omikronvariant en de verwachting dat deze op zeer korte termijn dominant zal zijn in Nederland adviseert het OMT om het beleid met betrekking tot isolatie en quarantaine bij COVID-19 niet alleen voor reizigers aan te passen maar voor iedereen. Omdat vaccinatie en doorgemaakte infectie vooralsnog weinig bescherming lijken te geven tegen de omikronvariant adviseert het OMT het quarantainebeleid voortaan onafhankelijk van de immuunstatus te maken. Het isolatie en quarantainebeleid wordt hiermee hierdoor aanzienlijk vereenvoudigd. De isolatieduur voor positief geteste personen zonder klachten (asymptomatisch) wordt verlengd en overige nauwe contacten (categorie 2) gaan ongeacht hun immuunstatus in quarantaine. Het RIVM zal dit beleid verder uitwerken; het streven is om dit zo spoedig mogelijk te laten ingaan. Tevens vraagt het OMT aandacht voor het inrichten en beschikbaar stellen van elektronische systemen voor het melden van positieve zelftesten, en het uitvoeren van BCO door de index zelf.

Met betrekking tot reizigers vanuit EU-landen adviseert het OMT het EU-beleid te volgen. Daarnaast adviseert het OMT om alle landen buiten de EU als hoog-risicoland te beschouwen en reizigers vanuit deze landen ongeacht vaccinatiestatus of doorgemaakte infectie een testverplichting, bij voorkeur een NAAT-test, afgenomen 24 uur voor vertrek, op te leggen.

Ten slotte zal het OMT in een volgend advies ingaan op uw vraag over eventuele aanpassing van het beleid met betrekking tot persoonlijke beschermingsmiddelen in de zorg vanwege de opkomst van de omikronvariant. De werkgroep van de FMS is gevraagd hiertoe een voorstel doen, rekening houdend met de nieuwste wetenschappelijke inzichten.

Tot een nadere mondelinge toelichting ben ik gaarne bereid.

Hoogachtend,

Prof. dr. J.T. van Dissel
Directeur CIb

Productie 17

STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 33032
23 juni 2021

Regeling van de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van Justitie en Veiligheid en van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties van 11 juni 2021, kenmerk 2378985-1011053-PDC19, tot wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met de inzet van coronatoegangsbewijzen op basis van vaccinatie of herstel

De Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van Justitie en Veiligheid en van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,

Handelende in overeenstemming met het gevoelen van de ministerraad;

Gelet op de artikelen 58e, eerste lid, 58ra, eerste lid, 58rd, 58re, tweede, zesde en zevende lid, van de Wet publieke gezondheid;

Besluiten:

ARTIKEL I

De Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 wordt als volgt gewijzigd:

A

Na artikel 6.26 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 6.26a Vaccinatie

Een vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2 bestaat uit toediening van een vaccin tegen een infectie veroorzaakt door het virus SARS-CoV-2, dat is goedgekeurd door het College ter beoordeling van geneesmiddelen of het Europees Medicijn Agentschap.

B

Voor artikel 6.27 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 6.26b Herstel

Herstel van het virus SARS-CoV-2 bestaat uit het herstel van een infectie veroorzaakt door het virus SARS-CoV-2, welke infectie is vastgesteld door middel van een positieve testuitslag.

C

Na artikel 6.27 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 6.27a Verklaring van vaccinatie

Om voor een resultaat te kunnen worden gebruikt, bevat een verklaring van vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2:
a. de naam en de geboortedatum van de gevaccineerde persoon;
b. de merknaam en de naam van de fabrikant van elk vaccin dat is toegediend;
c. de datum van toediening van elk vaccin dat is toegediend;
d. indien van toepassing, een bevestiging van een eerdere positieve testuitslag.

D

Voor artikel 6.28 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 6.27b Verklaring van herstel

Om voor een resultaat te kunnen worden gebruikt, bevat een verklaring van herstel van het virus SARS-CoV-2 een testuitslag met:
a. de naam en de geboortedatum van de herstelde persoon;
b. het type test dat is uitgevoerd;
c. de datum en het tijdstip van de afname van de test;
d. de uitslag van de uitgevoerde test.

E

Artikel 6.29 wordt als volgt gewijzigd:

1. Voor de tekst wordt de aanduiding '1. 'geplaatst.

2. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:

2. Een coronatoegangsbewijs op basis van een vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2 is geldig voor deelname aan een activiteit of toegang tot een voorziening waarvoor het beschikken over een resultaat krachtens de wet is voorgeschreven indien:
   a. het coronatoegangsbewijs betrekking heeft op de persoon die de deelname of de toegang wenst; en
   b. de vaccinatie is voltooid doordat:
      1°. de vaccinatie bestaat uit de toediening van één vaccin en dit vaccin is toegediend; of
      2°. de vaccinatie bestaat uit de toediening van twee vaccins en
         – beide vaccins zijn toegediend met inachtneming van het aanbevolen interval; of
         – één vaccin is toegediend en is bevestigd dat de gevaccineerde persoon blijkens een positieve testuitslag eerder geïnfecteerd is geweest met het virus SARS-CoV-2.

F

Aan artikel 6.29 wordt een lid toegevoegd, luidende:

3. Een coronatoegangsbewijs op basis van herstel van het virus SARS-CoV-2 is geldig voor deelname aan een activiteit of toegang tot een voorziening waarvoor het beschikken over een resultaat krachtens de wet is voorgeschreven indien:
   a. het coronatoegangsbewijs betrekking heeft op de persoon die de deelname of de toegang wenst;
   b. een NAAT-test of een antigeentest is uitgevoerd;
   c. de uitslag van de uitgevoerde test positief is; en
   d. op het moment van aanvang van de deelname of toegang ten minste elf dagen en ten hoogste 180 dagen zijn verstreken sinds het tijdstip van afname van de test, bepaald overeenkomstig artikel 6.28, onder b, onder 2°.

G

Na artikel 6.31 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 6.31a Persoonsgegevens vaccinatie

1. Op verzoek van de gevaccineerde persoon gaat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ten behoeve van een elektronisch of schriftelijk coronatoegangsbewijs op basis van een verklaring van vaccinatie na of het RIVM beschikt over gegevens met betrekking tot diens vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2 en zo nee, wie die persoon een vaccinatie tegen dat virus heeft toegediend.

2. Het RIVM of, indien het RIVM niet beschikt over de gegevens, de toediener van de vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2 verstrekt op verzoek van de gevaccineerde persoon ten behoeve van een elektronisch of schriftelijk coronatoegangsbewijs op basis van een verklaring van vaccinatie de volgende gegevens:
   a. de naam en de geboortedatum van de gevaccineerde persoon;
   b. de merknaam en de naam van de fabrikant van elk vaccin dat is toegediend;
   c. de datum van toediening van elk vaccin dat is toegediend;
   d. indien van toepassing, de datum van een positieve testuitslag.

3. Ter uitvoering van het verzoek, bedoeld in het eerste of tweede lid, worden de volgende

gegevens van de gevaccineerde persoon verwerkt:
a. zijn naam en geboortedatum;
b. zijn burgerservicenummer.

4. De gevaccineerde persoon kan met de gegevens, bedoeld in het tweede lid, door middel van de applicatie, bedoeld in artikel 58re, eerste lid, onder a, onder 1°, van de wet een door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gegenereerd coronatoegangsbewijs verkrijgen.

5. Bij de uitvoering van de voorgaande leden en het gebruik van de in het vorige lid bedoelde applicatie wordt het IP-adres verwerkt dat de gevaccineerde persoon gebruikt.

6. De beheerder en de toezichthouder kunnen de gegevens, bedoeld in artikel 6.28, onder b, door middel van de applicatie, bedoeld in artikel 58re, derde lid, van de wet verwerken om te zien of het elektronisch of schriftelijk coronatoegangsbewijs geldig is en zo ja, wat de gegevens zijn, bedoeld in artikel 6.28, onder b, onder 1°.

H

Voor artikel 6.32 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 6.31b Persoonsgegevens herstel

1. De verklaarder van het herstel van het virus SARS-CoV-2 verstrekt op verzoek van de herstelde persoon ten behoeve van een elektronisch of schriftelijk coronatoegangsbewijs op basis van herstel van het virus SARS-CoV-2 de volgende gegevens:
   a. de naam en de geboortedatum van de herstelde persoon;
   b. het type test dat is uitgevoerd;
   c. de datum en het op hele uren afgeronde tijdstip van afname van de test;
   d. de uitslag van de uitgevoerde test;
   e. een code voor het opvragen van de gegevens, bedoeld onder a tot en met d, tenzij de geteste persoon voor het opvragen van deze gegevens gebruikmaakt van DigiD.

2. De herstelde persoon kan met de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onder a tot en met d, door middel van de applicatie, bedoeld in artikel 58re, eerste lid, onderd a, onder 1°, van de wet een door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gegenereerd coronatoegangsbewijs verkrijgen.

3. Bij de uitvoering van het eerste en tweede lid en het gebruik van de in het vorige lid bedoelde applicatie wordt het IP-adres verwerkt dat de geteste persoon gebruikt.

4. De beheerder en de toezichthouder kunnen de gegevens, bedoeld in artikel 6.28, onder b, door middel van de applicatie, bedoeld in artikel 58re, derde lid, van de wet verwerken om te zien of het elektronisch of schriftelijk coronatoegangsbewijs geldig is en zo ja, wat de gegevens zijn, bedoeld in artikel 6.28, onder b, onder 1°.

ARTIKEL II

De Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Bonaire wordt als volgt gewijzigd:

A

Na artikel 6b.1 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 6b.1a Vaccinatie

Een vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2 bestaat uit toediening van een vaccin tegen een infectie veroorzaakt door het virus SARS-CoV-2, dat is goedgekeurd door het College ter beoordeling van geneesmiddelen of het Europees Medicijn Agentschap.

B

Voor artikel 6b.2 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 6b.1b Herstel

Herstel van het virus SARS-CoV-2 bestaat uit het herstel van een infectie veroorzaakt door het virus

SARS-CoV-2, welke infectie is vastgesteld door middel van een positieve testuitslag.

C

Na artikel 6b.2 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 6b.2a Verklaring van vaccinatie

Om voor een resultaat te kunnen worden gebruikt, bevat een verklaring van vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2:
a. de naam en de geboortedatum van de gevaccineerde persoon;
b. de merknaam en de naam van de fabrikant van elk vaccin dat is toegediend;
c. de datum van toediening van elk vaccin dat is toegediend;
d. indien van toepassing, een bevestiging van een eerdere positieve testuitslag.

D

Voor artikel 6b.3 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 6b.2b Verklaring van herstel

Om voor een resultaat te kunnen worden gebruikt, bevat een verklaring van herstel van het virus SARS-CoV-2 een testuitslag met:
a. de naam en de geboortedatum van de herstelde persoon;
b. het type test dat is uitgevoerd;
c. de datum en het tijdstip van de afname van de test;
d. de uitslag van de uitgevoerde test.

E

Artikel 6b.4 wordt als volgt gewijzigd:

1. Voor de tekst wordt de aanduiding '1. 'geplaatst.

2. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:

2. Een coronatoegangsbewijs op basis van een vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2 is geldig voor deelname aan een activiteit of toegang tot een voorziening waarvoor het beschikken over een resultaat krachtens de wet is voorgeschreven indien:
   a. het coronatoegangsbewijs betrekking heeft op de persoon die de deelname of de toegang wenst; en
   b. de vaccinatie is voltooid doordat:
      1°. de vaccinatie bestaat uit de toediening van één vaccin en dit vaccin is toegediend; of
      2°. de vaccinatie bestaat uit de toediening van twee vaccins en
         – beide vaccins zijn toegediend met inachtneming van het aanbevolen interval; of
         – één vaccin is toegediend en is bevestigd dat de gevaccineerde persoon blijkens een positieve testuitslag eerder geïnfecteerd is geweest met het virus SARS-CoV-2.

F

Aan artikel 6b.4 wordt een lid toegevoegd, luidende:

3. Een coronatoegangsbewijs op basis van herstel van het virus SARS-CoV-2 is geldig voor deelname aan een activiteit of toegang tot een voorziening waarvoor het beschikken over een resultaat krachtens de wet is voorgeschreven indien:
   a. het coronatoegangsbewijs betrekking heeft op de persoon die de deelname of de toegang wenst;
   b. een NAAT-test of een antigeentest is uitgevoerd;
   c. de uitslag van de uitgevoerde test positief is; en
   d. op het moment van aanvang van de deelname of toegang ten minste elf dagen en ten hoogste 180 dagen zijn verstreken sinds het tijdstip van afname van de test, bepaald overeenkomstig artikel 6b.3, onder b, onder 2°.

G

Na artikel 6b.6 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 6b.6a Persoonsgegevens vaccinatie

1. Op verzoek van de gevaccineerde persoon gaat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ten behoeve van een elektronisch of schriftelijk coronatoegangsbewijs op basis van een verklaring van vaccinatie na of het RIVM beschikt over gegevens met betrekking tot diens vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2 en zo nee, wie die persoon een vaccinatie tegen dat virus heeft toegediend.

2. Het RIVM of, indien het RIVM niet beschikt over de gegevens, de toediener van de vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2 verstrekt op verzoek van de gevaccineerde persoon ten behoeve van een elektronisch of schriftelijk coronatoegangsbewijs op basis van een verklaring van vaccinatie de volgende gegevens:
   a. de naam en de geboortedatum van de gevaccineerde persoon;
   b. de merknaam en de naam van de fabrikant van elk vaccin dat is toegediend;
   c. de datum van toediening van elk vaccin dat is toegediend;
   d. indien van toepassing, de datum van een positieve testuitslag.

3. Ter uitvoering van het verzoek, bedoeld in het eerste of tweede lid, worden de naam en geboortedatum van de gevaccineerde persoon verwerkt.

4. De gevaccineerde persoon kan met de gegevens, bedoeld in het tweede lid, door middel van de applicatie, bedoeld in artikel 58re, eerste lid, onder a, onder 1°, van de wet een door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gegenereerd coronatoegangsbewijs verkrijgen.

5. Bij de uitvoering van de voorgaande leden en het gebruik van de in het vorige lid bedoelde applicatie wordt het IP-adres verwerkt dat de gevaccineerde persoon gebruikt.

6. De beheerder en de toezichthouder kunnen de gegevens, bedoeld in artikel 6b.3, onder b, door middel van de applicatie, bedoeld in artikel 58re, derde lid, van de wet verwerken om te zien of het elektronisch of schriftelijk coronatoegangsbewijs geldig is en zo ja, wat de gegevens zijn, bedoeld in artikel 6b.3, onder b, onder 1°.

H

Voor artikel 6b.7 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 6b.6b Persoonsgegevens herstel

1. De verklaarder van het herstel van het virus SARS-CoV-2 verstrekt op verzoek van de herstelde persoon ten behoeve van een elektronisch of schriftelijk coronatoegangsbewijs op basis van herstel van het virus SARS-CoV-2 de volgende gegevens:
   a. de naam en de geboortedatum van de herstelde persoon;
   b. het type test dat is uitgevoerd;
   c. de datum en het op hele uren afgeronde tijdstip van afname van de test;
   d. de uitslag van de uitgevoerde test;
   e. een code voor het opvragen van de gegevens, bedoeld onder a tot en met d, tenzij de geteste persoon voor het opvragen van deze gegevens gebruikmaakt van DigiD.

2. De herstelde persoon kan met de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onder a tot en met d, door middel van de applicatie, bedoeld in artikel 58re, eerste lid, onder a, onder 1°, van de wet een door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gegenereerd coronatoegangsbewijs verkrijgen.

3. Bij de uitvoering van het eerste en tweede lid en het gebruik van de in het vorige lid bedoelde applicatie wordt het IP-adres verwerkt dat de geteste persoon gebruikt.

4. De beheerder en de toezichthouder kunnen de gegevens, bedoeld in artikel 6b.3, onder b, door middel van de applicatie, bedoeld in artikel 58re, derde lid, van de wet verwerken om te zien of het elektronisch of schriftelijk coronatoegangsbewijs geldig is en zo ja, wat de gegevens zijn, bedoeld in artikel 6b.3, onder b, onder 1°.

ARTIKEL III

De Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Sint Eustatius wordt als volgt gewijzigd:

A

Na artikel 6a.1 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 6a.1a Vaccinatie

Een vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2 bestaat uit toediening van een vaccin tegen een infectie veroorzaakt door het virus SARS-CoV-2, dat is goedgekeurd door het College ter beoordeling van geneesmiddelen of het Europees Medicijn Agentschap.

B

Voor artikel 6a.2 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 6a.1b Herstel

Herstel van het virus SARS-CoV-2 bestaat uit het herstel van een infectie veroorzaakt door het virus SARS-CoV-2, welke infectie is vastgesteld door middel van een positieve testuitslag.

C

Na artikel 6a.2 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 6a.2a Verklaring van vaccinatie

Om voor een resultaat te kunnen worden gebruikt, bevat een verklaring van vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2:
a. de naam en de geboortedatum van de gevaccineerde persoon;
b. de merknaam en de naam van de fabrikant van elk vaccin dat is toegediend;
c. de datum van toediening van elk vaccin dat is toegediend;
d. indien van toepassing, een bevestiging van een eerdere positieve testuitslag.

D

Voor artikel 6a.3 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 6a.2b Verklaring van herstel

Om voor een resultaat te kunnen worden gebruikt, bevat een verklaring van herstel van het virus SARS-CoV-2 een testuitslag met:
a. de naam en de geboortedatum van de herstelde persoon;
b. het type test dat is uitgevoerd;
c. de datum en het tijdstip van de afname van de test;
d. de uitslag van de uitgevoerde test.

E

Artikel 6a.4 wordt als volgt gewijzigd:

1. Voor de tekst wordt de aanduiding ’1. ’geplaatst.

2. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:

2. Een coronatoegangsbewijs op basis van een vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2 is geldig voor deelname aan een activiteit of toegang tot een voorziening waarvoor het beschikken over een resultaat krachtens de wet is voorgeschreven indien:
   a. het coronatoegangsbewijs betrekking heeft op de persoon die de deelname of de toegang wenst; en
   b. de vaccinatie is voltooid doordat:
      1°. de vaccinatie bestaat uit de toediening van één vaccin en dit vaccin is toegediend; of
      2°. de vaccinatie bestaat uit de toediening van twee vaccins en
         – beide vaccins zijn toegediend met inachtneming van het aanbevolen interval; of
         – één vaccin is toegediend en is bevestigd dat de gevaccineerde persoon blijkens een positieve testuitslag eerder geïnfecteerd is geweest met het virus SARS-CoV-2.

F

Aan artikel 6a.4 wordt een lid toegevoegd, luidende:

3. Een coronatoegangsbewijs op basis van herstel van het virus SARS-CoV-2 is geldig voor deelname aan een activiteit of toegang tot een voorziening waarvoor het beschikken over een resultaat krachtens de wet is voorgeschreven indien:
   a. het coronatoegangsbewijs betrekking heeft op de persoon die de deelname of de toegang wenst;
   b. een NAAT-test of een antigeentest is uitgevoerd;
   c. de uitslag van de uitgevoerde test positief is; en
   d. op het moment van aanvang van de deelname of toegang ten minste elf dagen en ten hoogste 180 dagen zijn verstreken sinds het tijdstip van afname van de test, bepaald overeenkomstig artikel 6a.3, onder b, onder 2°.

G

Na artikel 6a.6 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 6a.6a Persoonsgegevens vaccinatie

1. Op verzoek van de gevaccineerde persoon gaat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ten behoeve van een elektronisch of schriftelijk coronatoegangsbewijs op basis van een verklaring van vaccinatie na of het RIVM beschikt over gegevens met betrekking tot diens vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2 en zo nee, wie die persoon een vaccinatie tegen dat virus heeft toegediend.

2. Het RIVM of, indien het RIVM niet beschikt over de gegevens, de toediener van de vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2 verstrekt op verzoek van de gevaccineerde persoon ten behoeve van een elektronisch of schriftelijk coronatoegangsbewijs op basis van een verklaring van vaccinatie de volgende gegevens:
   a. de naam en de geboortedatum van de gevaccineerde persoon;
   b. de merknaam en de naam van de fabrikant van elk vaccin dat is toegediend;
   c. de datum van toediening van elk vaccin dat is toegediend;
   d. indien van toepassing, de datum van een positieve testuitslag.

3. Ter uitvoering van het verzoek, bedoeld in het eerste of tweede lid, worden de naam en geboortedatum van de gevaccineerde persoon verwerkt.

4. De gevaccineerde persoon kan met de gegevens, bedoeld in het tweede lid, door middel van de applicatie, bedoeld in artikel 58re, eerste lid, onder a, onder 1°, van de wet een door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gegenereerd coronatoegangsbewijs verkrijgen.

5. Bij de uitvoering van de voorgaande leden en het gebruik van de in het vorige lid bedoelde applicatie wordt het IP-adres verwerkt dat de gevaccineerde persoon gebruikt.

6. De beheerder en de toezichthouder kunnen de gegevens, bedoeld in artikel 6a.3, onder b, door middel van de applicatie, bedoeld in artikel 58re, derde lid, van de wet verwerken om te zien of het elektronisch of schriftelijk coronatoegangsbewijs geldig is en zo ja, wat de gegevens zijn, bedoeld in artikel 6a.3, onder b, onder 1°.

H

Voor artikel 6a.7 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 6a.6b Persoonsgegevens herstel

1. De verklaarder van het herstel van het virus SARS-CoV-2 verstrekt op verzoek van de herstelde persoon ten behoeve van een elektronisch of schriftelijk coronatoegangsbewijs op basis van herstel van het virus SARS-CoV-2 de volgende gegevens:
   a. de naam en de geboortedatum van de herstelde persoon;
   b. het type test dat is uitgevoerd;
   c. de datum en het op hele uren afgeronde tijdstip van afname van de test;
   d. de uitslag van de uitgevoerde test;
   e. een code voor het opvragen van de gegevens, bedoeld onder a tot en met d, tenzij de geteste persoon voor het opvragen van deze gegevens gebruikmaakt van DigiD.

2. De herstelde persoon kan met de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onder a tot en met d, door middel van de applicatie, bedoeld in artikel 58re, eerste lid, onder a, onder 1°, van de wet een door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gegenereerd coronatoegangsbewijs verkrijgen.

3. Bij de uitvoering van het eerste en tweede lid en het gebruik van de in het vorige lid bedoelde applicatie wordt het IP-adres verwerkt dat de geteste persoon gebruikt.

4. De beheerder en de toezichthouder kunnen de gegevens, bedoeld in artikel 6a.3, onder b, door middel van de applicatie, bedoeld in artikel 58re, derde lid, van de wet verwerken om te zien of het elektronisch of schriftelijk coronatoegangsbewijs geldig is en zo ja, wat de gegevens zijn, bedoeld in artikel 6a.3, onder b, onder 1°.

ARTIKEL IV

De Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Saba wordt als volgt gewijzigd:

A

Na artikel 6a.1 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 6a.1a Vaccinatie

Een vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2 bestaat uit toediening van een vaccin tegen een infectie veroorzaakt door het virus SARS-CoV-2, dat is goedgekeurd door het College ter beoordeling van geneesmiddelen of het Europees Medicijn Agentschap.

B

Voor artikel 6a.2 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 6a.1b Herstel

Herstel van het virus SARS-CoV-2 bestaat uit het herstel van een infectie veroorzaakt door het virus SARS-CoV-2, welke infectie is vastgesteld door middel van een positieve testuitslag.

C

Na artikel 6a.2 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 6a.2a Verklaring van vaccinatie

Om voor een resultaat te kunnen worden gebruikt, bevat een verklaring van vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2:
a. de naam en de geboortedatum van de gevaccineerde persoon;
b. de merknaam en de naam van de fabrikant van elk vaccin dat is toegediend;
c. de datum van toediening van elk vaccin dat is toegediend;
d. indien van toepassing, een bevestiging van een eerdere positieve testuitslag.

D

Voor artikel 6a.3 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 6a.2b Verklaring van herstel

Om voor een resultaat te kunnen worden gebruikt, bevat een verklaring van herstel van het virus SARS-CoV-2 een testuitslag met:
a. de naam en de geboortedatum van de herstelde persoon;
b. het type test dat is uitgevoerd;
c. de datum en het tijdstip van de afname van de test;
d. de uitslag van de uitgevoerde test.

E

Artikel 6a.4 wordt als volgt gewijzigd:

1. Voor de tekst wordt de aanduiding ’1. ’geplaatst.

2. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:

2. Een coronatoegangsbewijs op basis van een vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2 is geldig voor deelname aan een activiteit of toegang tot een voorziening waarvoor het beschikken over een resultaat krachtens de wet is voorgeschreven indien:
   a. het coronatoegangsbewijs betrekking heeft op de persoon die de deelname of de toegang wenst; en
   b. de vaccinatie is voltooid doordat:
      1°. de vaccinatie bestaat uit de toediening van één vaccin en dit vaccin is toegediend; of
      2.° de vaccinatie bestaat uit de toediening van twee vaccins en
         – beide vaccins zijn toegediend met inachtneming van het aanbevolen interval; of
         – één vaccin is toegediend en is bevestigd dat de gevaccineerde persoon blijkens een positieve testuitslag eerder geïnfecteerd is geweest met het virus SARS-CoV-2.

F

Aan artikel 6a.4 wordt een lid toegevoegd, luidende:

3. Een coronatoegangsbewijs op basis van herstel van het virus SARS-CoV-2 is geldig voor deelname aan een activiteit of toegang tot een voorziening waarvoor het beschikken over een resultaat krachtens de wet is voorgeschreven indien:
   a. het coronatoegangsbewijs betrekking heeft op de persoon die de deelname of de toegang wenst;
   b. een NAAT-test of een antigeentest is uitgevoerd;
   c. de uitslag van de uitgevoerde test positief is; en
   d. op het moment van aanvang van de deelname of toegang ten minste elf dagen en ten hoogste 180 dagen zijn verstreken sinds het tijdstip van afname van de test, bepaald overeenkomstig artikel 6a.3, onder b, onder 2°.

G

Na artikel 6a.6 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 6a.6a Persoonsgegevens vaccinatie

1. Op verzoek van de gevaccineerde persoon gaat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ten behoeve van een elektronisch of schriftelijk coronatoegangsbewijs op basis van een verklaring van vaccinatie na of het RIVM beschikt over gegevens met betrekking tot diens vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2 en zo nee, wie die persoon een vaccinatie tegen dat virus heeft toegediend.

2. Het RIVM of, indien het RIVM niet beschikt over de gegevens, de toediener van de vaccinatie tegen het virus SARS-CoV-2 verstrekt op verzoek van de gevaccineerde persoon ten behoeve van een elektronisch of schriftelijk coronatoegangsbewijs op basis van een verklaring van vaccinatie de volgende gegevens:
   a. de naam en de geboortedatum van de gevaccineerde persoon;
   b. de merknaam en de naam van de fabrikant van elk vaccin dat is toegediend;
   c. de datum van toediening van elk vaccin dat is toegediend;
   d. indien van toepassing, de datum van een positieve testuitslag.

3. Ter uitvoering van het verzoek, bedoeld in het eerste of tweede lid, worden de naam en geboortedatum van de gevaccineerde persoon verwerkt.

4. De gevaccineerde persoon kan met de gegevens, bedoeld in het tweede lid, door middel van de applicatie, bedoeld in artikel 58re, eerste lid, onder a, onder 1°, van de wet een door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gegenereerd coronatoegangsbewijs verkrijgen.

5. Bij de uitvoering van de voorgaande leden en het gebruik van de in het vorige lid bedoelde applicatie wordt het IP-adres verwerkt dat de gevaccineerde persoon gebruikt.

6. De beheerder en de toezichthouder kunnen de gegevens, bedoeld in artikel 6a.3, onder b, door middel van de applicatie, bedoeld in artikel 58re, derde lid, van de wet verwerken om te zien of het elektronisch of schriftelijk coronatoegangsbewijs geldig is en zo ja, wat de gegevens zijn, bedoeld in artikel 6a.3, onder b, onder 1°.

H

Voor artikel 6a.7 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 6a.6b Persoonsgegevens herstel

1. De verklaarder van het herstel van het virus SARS-CoV-2 verstrekt op verzoek van de herstelde persoon ten behoeve van een elektronisch of schriftelijk coronatoegangsbewijs op basis van herstel van het virus SARS-CoV-2 de volgende gegevens:
   a. de naam en de geboortedatum van de herstelde persoon;
   b. het type test dat is uitgevoerd;
   c. de datum en het op hele uren afgeronde tijdstip van afname van de test;
   d. de uitslag van de uitgevoerde test;
   e. een code voor het opvragen van de gegevens, bedoeld onder a tot en met d, tenzij de geteste persoon voor het opvragen van deze gegevens gebruikmaakt van DigiD.

2. De herstelde persoon kan met de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onder a tot en met d, door middel van de applicatie, bedoeld in artikel 58re, eerste lid, onder a, onder 1°, van de wet een door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gegenereerd coronatoegangsbewijs verkrijgen.

3. Bij de uitvoering van het eerste en tweede lid en het gebruik van de in het vorige lid bedoelde applicatie wordt het IP-adres verwerkt dat de geteste persoon gebruikt.

4. De beheerder en de toezichthouder kunnen de gegevens, bedoeld in artikel 6a.3, onder b, door middel van de applicatie, bedoeld in artikel 58re, derde lid, van de wet verwerken om te zien of het elektronisch of schriftelijk coronatoegangsbewijs geldig is en zo ja, wat de gegevens zijn, bedoeld in artikel 6a.3, onder b, onder 1°.

ARTIKEL V

Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst, met uitzondering van de artikelen I, onderdeel B, D, F en H, II, onderdeel B, D, F en H, III, onderdeel B, D, F en H, en IV, onderdeel B, D, F en H, die in werking treden met ingang van 1 juli 2021.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

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

De Minister van Justitie en Veiligheid,
F.B.J. Grapperhaus

De Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,
K.H. Ollongren

TOELICHTING

Algemeen

1. Inleiding

De Tijdelijke wet coronatoegangsbewijzen (Stb. 2021, 240) wijzigt de tijdelijke bepalingen in hoofdstuk Va van de Wet publieke gezondheid (Wpg) om het mogelijk te maken bij het treffen van maatregelen ter bestrijding van de epidemie van covid-19 regels te kunnen stellen over het tonen van een coronatoegangsbewijs dat gebaseerd is op een test op, vaccinatie tegen of herstel van een infectie met het virus SARS-CoV-2 (coronavirus). Met de onderhavige wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 (Trm) wordt het mogelijk gemaakt om een coronatoegangsbewijs te genereren op basis van een verklaring van vaccinatie tegen het coronavirus en op basis van herstel van een uit een positieve test blijkende infectie met het coronavirus. Dit, in aanvulling op de reeds bestaande mogelijkheid coronatoegangsbewijzen te genereren op basis van een testuitslag waaruit blijkt dat er op het moment van afname van de test geen besmetting was met het coronavirus. Deze regeling bevat een wijziging van de algemene, nadere bepalingen in paragraaf 6.11 Trm voor de inzet van coronatoegangsbewijzen op basis van een vaccinatie tegen het coronavirus. Het betreft:

– de kenmerken van een verklaring van vaccinatie en van herstel,
– de eisen aan een schriftelijk coronatoegangsbewijs op basis van een verklaring van vaccinatie en herstel,
– de geldigheid van een coronatoegangsbewijs op basis van een verklaring van vaccinatie of herstel, en
– de te verwerken persoonsgegevens voor een elektronisch of schriftelijk coronatoegangsbewijs op basis van een verklaring van vaccinatie of herstel.

De algemene bepalingen over de verplichtingen omtrent het tonen van een coronatoegangsbewijs en een identiteitsbewijs alsmede over de duur van de zichtbaarheid van een coronatoegangsbewijs, zijn voor coronatoegangsbewijzen op basis van een verklaring van vaccinatie of een verklaring van herstel van een uit een positieve testuitslag blijkende infectie hetzelfde als voor coronatoegangsbewijzen op basis van een negatieve testuitslag. Deze bepalingen behoeven derhalve geen wijziging.
Dat geldt ook voor de uitzondering op de wettelijke verplichting voor bepaalde activiteiten of voorzieningen over een coronatoegangsbewijs te beschikken voor een persoon die vanwege een beperking of een ziekte geen test kan ondergaan die nodig is om de voorgeschreven testuitslag te verkrijgen of als gevolg van een dergelijke test ernstig ontregeld raakt. Van deze persoon mag ook geen coronatoegangsbewijs op basis van een vaccinatie of herstel worden verlangd. Dit neemt echter niet weg dat een persoon die om genoemde redenen niet getest kan worden, mogelijk wel gevaccineerd is en het hem in dat geval vrij staat op basis daarvan een coronatoegangsbewijs te generen.

Net als bij de bepalingen over het coronatoegangsbewijzen op basis van een negatieve testuitslag, worden er geen regels gesteld aan de aansluiting van de verstrekker van de verklaring van vaccinatie tegen het coronavirus of van de verklaarder van herstel op de applicatie voor het tonen van het toegangsbewijs op basis van een vaccinatie of herstel, het gebruik van de applicaties voor het tonen en lezen van het coronatoegangsbewijs of de beveiliging tegen verlies en onrechtmatige verwerking van persoonsgegevens (artikel 58re, achtste lid, Wpg). Het ontwerp van de applicaties en de privaatrechtelijke aansluit- en gebruiksvoorwaarden bieden de benodigde waarborgen voor een verantwoorde inzet van coronatoegangsbewijzen, ook vanuit het oogpunt van privacy.

Tot slot van deze inleiding wordt opgemerkt dat naar verwachting per 1 juli 2021 in werking zal treden de verordening van het Europees Parlement en de Raad betreffende een kader voor de afgifte, verificatie en aanvaarding van interoperabele vaccinatie-, test- en herstelcertificaten teneinde het vrije verkeer tijdens de COVID-19-pandemie te vergemakkelijken (2021/0068(COD)). De verordening strekt onder meer tot de uitgifte van test-, vaccinatie- en herstelcertificaten. De uitvoering van de verordening en de daarvoor benodigde persoonsgegevens is grotendeels gelijk aan de wijze waarop coronatoegangsbewijzen op basis van negatieve testuitslag, vaccinatie en herstel worden uitgegeven op basis van de Tijdelijke wet coronatoegangsbewijzen. Daar zijn dezelfde personen en organisaties bij betrokken. Ook de applicaties en systemen zijn hetzelfde, zij het met enige verschillen, bijvoorbeeld wat betreft de gegevens die zijn opgenomen in het toegangsbewijs onderscheidenlijk het certificaat.

2. Systematiek inzet coronatoegangsbewijzen

2.1. Algemeen

De inzet van coronatoegangsbewijzen is uitvoerig beschreven in de memorie van toelichting op het voorstel van Tijdelijke wet coronatoegangsbewijs (Kamerstukken II 2020/21, 35 807, nr. 3). De systematiek voor de inzet van coronatoegangsbewijzen is kortweg als volgt. In de Trm kan worden

voorgeschreven dat deelname aan of toegang tot daarbij te bepalen activiteiten of voorzieningen in bepaalde situaties slechts mogelijk is wanneer men over een "resultaat" beschikt. Een resultaat is een testuitslag, de vaccinatie tegen het coronavirus of het herstel van een infectie met het coronavirus. Het resultaat toont men aan door een coronatoegangsbewijs te laten zien aan degene die bevoegd is tot het toelaten van personen tot de activiteiten of voorzieningen. Dit is de beheerder (artikel 1.1 Trm). Een coronatoegangsbewijs is een summiere weergave van een resultaat, namelijk een QR-code. Voor een coronatoegangsbewijs in elektronische vorm stelt de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een applicatie beschikbaar. Dit is de applicatie CoronaCheck. Vooralsnog kan alleen daarmee een digitaal coronatoegangsbewijs gegenereerd worden. Eveneens kan een papieren coronatoegangsbewijs worden gemaakt. Ook voor het lezen van een coronatoegangsbewijs stelt de Minister van VWS een applicatie beschikbaar: Coronacheck Scanner. Het gebruik van deze applicatie is verplicht voor het lezen van zowel digitale, als papieren coronatoegangsbewijzen.

Bij de inzet van coronatoegangsbewijzen op basis vaccinatie of herstel staan de volgende actoren centraal:
- de gevaccineerde of herstelde persoon,
- de toediener van de vaccinatie, zoals een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD), huisarts of ziekenhuis, of verklaarder van het herstel, zoals een GGD of een uitvoerder van testen,
- de beheerder van de activiteiten of voorziening waar die persoon toegang wenst,
- het RIVM en
- de Minister van VWS.

Laatstgenoemde faciliteert het digitale proces waarin uit het COVID-vaccinatie Informatie- en Monitoringsysteem (CIMS) van het RIVM of uit een verklaring van de toediener van de vaccinatie gedestilleerde gegevens worden omgezet in een coronatoegangsbewijs in de vorm van een QR-code voor de gevaccineerde persoon. Een vergelijkbare rol vervult de Minister van VWS voor coronatoegangsbewijzen op basis van herstel. Om de betrouwbaarheid van deze gegevens te garanderen, worden door gespecialiseerde organisaties elektronische handtekeningen geplaatst van de toediener van de vaccinatie of de verklaarder van het herstel waarop het coronatoegangsbewijs is gebaseerd en van de Minister van VWS. Een papieren coronatoegangsbewijs kan de gevaccineerde persoon zelf printen met een door de Minister van VWS beschikbaar gestelde webapplicatie, eventueel met assistentie uit zijn sociale omgeving of van organisaties die hem bijstaan. De Minister van VWS stelt privaatrechtelijke voorwaarden aan uitgevers van de verklaring van vaccinatie en herstel over de aansluiting op CoronaCheck.

2.2 Randvoorwaarden

Coronatoegangsbewijzen kunnen behalve op een negatieve testuitslag ook worden gebaseerd op gegevens over een vaccinatie tegen het coronavirus of herstel van het coronavirus. Alvorens daartoe besloten kan worden, moet voldaan zijn aan de twee eisen die artikel 58ra, tweede lid, Wpg daaraan stelt.

Ten eerste dient vastgesteld te worden dat een gevaccineerde of herstelde persoon een vergelijkbaar risico oplevert op transmissie van het coronavirus als iemand die negatief getest is. Hierover is advies gevraagd aan de Gezondheidsraad en het Outbreak Management Team (OMT).
In het advies 'Transmissie na vaccinatie' van 20 mei 2021 constateert de Gezondheidsraad dat de op dat moment beschikbare studies beperkt in aantal zijn en veelal indirect bewijs leveren, maar wel in dezelfde richting wijzen. De Gezondheidsraad acht het waarschijnlijk dat vaccinatie tot op zekere hoogte transmissie tegengaat. Meer onderzoek zal uitwijzen in welke mate, hoe lang en in welke omstandigheden vaccinatie transmissie tegengaat en welke factoren hierop van invloed zijn. De Gezondheidsraad sluit af met de conclusie dat vaccinatie de gevaccineerde beschermt tegen (ernstige) ziekte en sterfte en in meer of mindere mate bijdraagt aan het voorkomen van infecties bij anderen. Het OMT onderschrijft in het advies van 24 mei 2021 (114e OMT, deel 2) het advies van de Gezondheidsraad. Het OMT verwacht dat het daadwerkelijke effect van vaccinatie op voorkómen van transmissie zelf onderschat is. Volgens het OMT kennen alle voorgestelde vormen van een toegangsbewijs – een recent negatief testresultaat, een bewijs van vaccinatie of een doorgemaakte SARS-CoV-2-infectie – een gering restrisico op besmetting met het coronavirus, waardoor de besmettelijkheid van de houder van een toegangsbewijs en daarmee de transmissie naar anderen nooit volledig is uitgesloten. De grootte van dit restrisico is afhankelijk van de prevalentie van covid-19, het aantal vatbare anderen op de locatie waar het toegangsbewijs wordt ingezet en de (basis)maatregelen die daar worden gehanteerd. Bij de beoogde stap 4 uit het openingsplan op 30 juni wordt 'terug naar niveau zorgelijk' vermeld; vanaf dat moment zijn naar het oordeel van het OMT de genoemde epidemiologische randvoorwaarden te verwachten die het verantwoord maken om het volledige vaccinatie- en herstelbewijs als toegangsbewijs te accepteren, een en ander onder de aanname van doorgaande vaccinatie conform de planning. Inmiddels volgt uit prognoses van de RIVM van 2 juni dat deze epidemiologische randvoorwaarden al halverwege de maand juni zullen worden bereikt,

zodat het al eerder dan verwacht epidemiologisch verantwoord is het vaccinatie- en herstelbewijs als toegangsbewijs in te zetten.

Ten tweede blijft de mogelijkheid bestaan om voor het genereren van een coronatoegangsbewijs een negatieve testuitslag te gebruiken in plaats van een verklaring van vaccinatie tegen het coronavirus. De desbetreffende bepalingen in de Trm zijn met de onderhavige regeling niet gewijzigd.

2.3 Verklaring van vaccinatie (artikel 6.26a)

De mogelijkheid om een coronatoegangsbewijs te baseren op een vaccinatie tegen het coronavirus, bestaat uiteraard alleen voor personen die zich hebben laten vaccineren. De Minister van VWS draagt zorg voor de uitvoering van het rijksvaccinatieprogramma, waarin de vaccinatie tegen het coronavirus is opgenomen (artikel 11, vierde lid, Besluit publieke gezondheid). In dat kader kan men zich kosteloos laten vaccineren.
Een coronatoegangsbewijs kan uitsluitend gebaseerd worden op vaccinatie tegen het coronavirus met vaccins die zijn goedgekeurd door het College ter beoordeling van geneesmiddelen (CBG) of het Europees Medicijn Agentschap (EMA). Om vaccins in Nederland in het handelsverkeer te brengen, is een vergunning nodig van het CBG of de EMA (artikel 40 Geneesmiddelenwet). Een vergunning van de EMA geldt voor de gehele Europese Unie. Vaccins die door één van deze instanties zijn goedgekeurd voor gebruik, kunnen worden aangewend voor een coronatoegangsbewijs.

2.4 Herstel van het coronavirus (artikelen 6.26b)

De Trm bevat reeds de algemene bepalingen voor de inzet van coronatoegangsbewijzen op basis van een negatieve testuitslag. Behalve coronabewijzen op basis van een verklaring van vaccinatie wordt hieraan wordt toegevoegd coronabewijzen op basis van herstel van een infectie met het virus SARS-CoV-2, indien de infectie is vastgesteld met een positieve testuitslag. Serologie, het testen van antistoffen in het bloed, wordt niet ingezet voor een verklaring van herstel voor een coronatoegangsbewijs. De reden is dat deze test onvoldoende betrouwbaar is om immuniteit aan te tonen, als het moment van besmetting niet bekend is. Is dat wel bekend, dan is er een positieve testuitslag en dat is voldoende voor een verklaring van herstel.

2.5 Kenmerken verklaring van vaccinatie (artikel 6.27a)

Om als basis voor een coronatoegangsbewijs te kunnen dienen, is van belang te weten welke vaccins betrokkene heeft gekregen en wanneer deze toegediend zijn. Hiervoor zijn van de toediener van de vaccinatie tegen covid-19 dezelfde gegevens nodig als voor een EU Digital COVID Certificate, zoals voorgeschreven in de aanstaande Europese verordening. Dit zijn de naam en de geboortedatum van de gevaccineerde persoon en voor elk toegediend vaccin de merknaam (naam van het product en de fabrikant) en de datum van toediening.
Indien de vaccinatie als voltooid wordt beschouwd omdat betrokkene eerder geïnfecteerd is geweest met het coronavirus, is aanvullende informatie nodig. Dit is de datum van de positieve test op infectie met het coronavirus.

Niet in de laatste plaats dient in de verklaring van vaccinatie te zijn opgenomen wie de gevaccineerde persoon is. Daarvoor zijn nodig de naam en de geboortedatum. Aangezien de toediener van het vaccin een zorgaanbieder is, wordt in beginsel de identiteit van de te vaccineren persoon vastgesteld en zijn burgerservicenummer gebruikt. Dit is geregeld in de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg. Daarmee is geborgd dat de verklaring van vaccinatie tegen het coronavirus betrekking heeft op de juiste persoon.

Het coronatoegangsbewijs zelf bevat veel minder dan de hiervoor aangegeven gegevens die nodig zijn om het te kunnen genereren. Naar de huidige toepassing is een coronatoegangsbewijs een QR-code die een deel van de gegevens van de verklaring van vaccinatie bevat, voorzien van een digitale handtekening van de Minister van VWS. Het bevat niet het burgerservicenummer en ook niet de volledige naam en geboortedatum van de gevaccineerde persoon, maar alleen de eerste letter van de voornaam en van de achternaam alsmede de geboortemaand en -dag. Als uit een statistische analyse blijkt dat er een zeldzame combinatie van deze gegevens is, worden één of meer van deze gegevens weggelaten. Dit verkleint de herleidbaarheid van het coronatoegangsbewijs tot de gevaccineerde persoon. Ter verificatie van de betrouwbaarheid is het coronatoegangsbewijs voorzien van een digitale handtekening van de Minister van VWS.

Functioneel moet het coronatoegangsbewijs op basis van een vaccinatie zodanig in een QR-code zijn gegoten dat het lezen ervan met CoronaCheck Scanner toont of er een geldig coronatoegangsbewijs is. Daartoe bevat de QR-code datum en tijdstip vanaf welke het coronatoegangsbewijs geldig is alsmede de geldigheidsduur van het coronatoegangsbewijs. Of het coronatoegangsbewijs is

gebaseerd op een negatieve testuitslag of op een verklaring van vaccinatie, is niet relevant en daarom niet in de QR-code opgenomen. CoronaCheck Scanner hoeft alleen na te gaan of het coronatoegangsbewijs op het moment van het tonen ervan nog geldig is. Alleen als het coronatoegangsbewijs dan geldig is, wordt een groen scherm getoond alsmede de initialen en de geboortemaand en -dag van de gevaccineerde persoon. Deze gegevens behoren overeen te komen met het identiteitsbewijs van de toonder van het coronatoegangsbewijs. Als het coronatoegangsbewijs niet geldig is, wordt een rood scherm getoond; de initialen en de geboortemaand en -dag zijn dan niet zichtbaar.

Het digitale, op een vaccinatie gebaseerde coronatoegangsbewijs in CoronaCheck voldoet aan dezelfde eisen omtrent de verklaring van vaccinatie en de QR-code als voorgeschreven voor het papieren coronatoegangsbewijs. Een verschil is dat de QR-code op het papieren coronatoegangsbewijs statisch is en dat in CoronaCheck de QR-code binnen enkele minuten verandert. Een dynamische QR-code vermindert het risico op fraude en voorkomt dat de toonder getraceerd kan worden.

2.6 Kenmerken verklaring van herstel (artikel 6.27b)

De positieve testuitslag voor een verklaring van herstel bestaat uit dezelfde elementen als een testuitslag voor een coronatoegangsbewijs op basis van een negatieve testuitslag.

2.7 Geldigheid coronatoegangsbewijs op basis van vaccinatie (artikel 6.29, tweede lid)

Een coronatoegangsbewijs op basis van een verklaring van vaccinatie dient geschikt te zijn om toegang te verkrijgen tot de activiteit of voorziening waarvoor dat is voorgeschreven. Alleen dan is sprake van een geldig coronatoegangsbewijs. Hiervoor zijn twee eisen van belang.

Ten eerste moet het coronatoegangsbewijs betrekking hebben op de persoon die de toegang wil verkrijgen.

Ten tweede moet het gaan om een voltooide vaccinatie tegen het coronavirus. Een vaccinatie kan op verschillende manieren voltooid zijn. Een vaccinatie kan met één toediening volledig zijn zoals bijvoorbeeld het geval is bij het coronavaccin van Janssen. De meeste vaccinaties bestaan uit twee toedieningen. In dat laatste geval behoort ten minste het interval tussen beide toedieningen te worden aangehouden die in de bijsluiter van het vaccin is vermeld. Er kan ook met één toediening volstaan worden wanneer men eerder geïnfecteerd was met het coronavirus, blijkend uit een positieve uitslag van een gevalideerde test. Deze voorwaarde sluit aan op de 'Uitvoeringsrichtlijn COVID-19-vaccinatie; Professionele standaard voor COVID-19-vaccinatie 2021', versie 4 juni 2021, van het RIVM. Dat de vaccinatie is voltooid, dient te kunnen worden afgeleid uit een verklaring van vaccinatie.

2.8 Geldigheid coronatoegangsbewijs op basis van herstel (artikel 6.29, derde lid)

Het wordt verantwoord geacht om deelname aan activiteiten of toegang tot voorzieningen ook toe te staan aan personen die geïnfecteerd zijn geweest met het coronavirus. Zij kunnen daartoe een coronatoegangsbewijs op basis van herstel verkrijgen die zij gedurende een bepaalde periode na afname van een test met een positieve testuitslag kunnen gebruiken. Een positieve testuitslag toont aan dat iemand op het moment van afname besmet was. Vanaf 11 dagen na het moment van besmetting is de kans op herinfectie en transmissie van het virus naar anderen afgenomen. Dit blijkt uit onder andere uit data van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). De wetenschappelijke data over de duur van de natuurlijke immuniteit die ontstaat na een doorgemaakte infectie ondersteunt volgens deskundigen de aanname dat deze immuniteit ten minste 180 dagen aanhoudt. Op basis van deze overwegingen, wordt het restrisico als aanvaardbaar beoordeeld, als mensen vanaf 11^{e} dag tot en met 180 dagen na een positieve testuitslag van een NAAT-test of een antigeentest toegang wordt verleend tot activiteiten of voorzieningen waarvoor een testbewijs wordt voorgeschreven. Deze termijn is ontleend aan de Europese verordening. Zoals in paragraaf 2.2 toegelicht, adviseert het OMT weliswaar vanaf stap 4 van het openingsplan toegangsbewijzen tevens te baseren op een herstelbewijs, maar zullen de door het OMT gestelde epidemiologische randvoorwaarden volgens een prognose van het RIVM al halverwege de maand juni worden bereikt. Er is dan, zoals artikel 58ra, tweede lid, onderdeel a, Wpg verlangt, een vergelijkbare kans op overdracht van het coronavirus als bij een negatieve testuitslag.

2.9 Verwerking van persoonsgegevens vaccinatie (artikel 6.31a)

Voorts is voor toegangsbewijzen op basis van vaccinatie tegen het coronavirus expliciet bepaald welke persoonsgegevens de toediener van het vaccin, de gevaccineerde persoon en de beheerder verwerken gedurende het proces van het maken, tonen en lezen van een coronatoegangsbewijs. De toediener van het vaccin beschikt over de gegevens die nodig zijn voor de verklaring van vaccinatie. Dit zijn gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en), ziekenhuizen en huisartsen. Verreweg de meeste

gevaccineerde personen geven toestemming om de vaccinatiegegevens ook op te nemen in het COVID-vaccinatie Informatie- en Monitoringsysteem (CIMS) van het RIVM. Ongeveer 80% van de gevaccineerde personen is vermeld in dit systeem. Doel van de gegevensverwerking in CIMS is het vergroten van informatie te behoeve van de infectieziektebestrijding; ook kunnen gevaccineerde personen geïnformeerd worden over bijwerkingen van vaccins.

De verklaring van vaccinatie wordt verstrekt wanneer de gevaccineerde persoon daarom vraagt. Wanneer dit verzoek wordt gedaan met de applicatie CoronaCheck of de webapplicatie voor het aanmaken van toegangsbewijzen, gaat de Minister van VWS eerst na waar de vaccinatiegegevens van betrokkene berusten. Om te waarborgen dat de verklaring van vaccinatie betrekking heeft op degene die op basis daarvan een coronatoegangsbewijs wenst te genereren, wordt bij het verwerken van het verzoek aan de Minister van VWS behalve de naam en geboortedatum van betrokkene ook zijn burgerservicenummer gebruikt. Dit is gebaseerd op de Wet algemene bepalingen burgerservicenummer. Het verzoek wordt gedaan door in te loggen met DigiD. Bij het doen van het verzoek om de verklaring van vaccinatie en het genereren van het daarop te baseren coronatoegangsbewijs is het IP-adres zichtbaar van het toestel of het systeem dat de gevaccineerde persoon gebruikt. Het IP-adres is een persoonsgegeven indien het herleidbaar is tot de gevaccineerde persoon. Daarom is de verwerking van dit gegeven uitdrukkelijk vermeld.
Indien de vaccinatiegegevens reeds zijn opgenomen in CIMS, kunnen de gegevens rechtstreeks uit dat systeem worden opgehaald. Anders dient de bron van de vaccinatiegegevens te worden gezocht. Daartoe worden genoemde gegevens van de verzoeker om een verklaring van vaccinatie op zo'n manier gepseudonimiseerd dat alleen degene die de vaccinatie heeft toegediend, de sleutel heeft om deze te lezen en aan de Minister van VWS kenbaar te maken dat de bron van de vaccinatiegegevens gevonden is. De vindplaats van de vaccinatiegegevens wordt teruggekoppeld naar de gevaccineerde persoon, die vervolgens met de (web)applicatie de vaccinatiegegevens ophaalt bij het RIVM, bij de toediener van het vaccin of – indien betrokkene door verschillende zorgaanbieders is gevaccineerd – bij de toedieners van de vaccins. Daarbij plaatsen zij een digitale handtekening ter beveiliging en waarmerking van de gegevens.

Vervolgens zet de gevaccineerde persoon de gegevens over zijn vaccinatie met CoronaCheck om in een digitaal coronatoegangsbewijs. De digitale handtekening onder de verklaring van vaccinatie van de toediener van de vaccins wordt vervangen door een digitale handtekening van de minister van VWS op basis van een aan de ICT-dienstverlener beschikbaar gesteld certificaat. Op dat moment wordt ook de statistische analyse van de initialen en geboortemaand en -dag uitgevoerd. Ook wanneer het coronatoegangsbewijs wordt gemaakt met gegevens van het RIVM, wordt het voorzien van een digitale handtekening van de Minister van VWS. Voor een papieren coronatoegangsbewijs geldt hetzelfde, zij het dat de gevaccineerde persoon daarvoor de door de Minister van VWS beschikbaar gestelde webapplicatie gebruikt in plaats van CoronaCheck.

Tot slot leest de beheerder het digitale of papieren coronatoegangsbewijs met CoronaCheck Scanner. Hierbij vindt geautomatiseerde gegevensverwerking plaats om de beheerder door middel van een groen scherm of een rood scherm te kunnen laten zien of het wel of geen geldig coronatoegangsbewijs betreft. Niet zichtbaar wordt gemaakt of een test dan wel een vaccinatie is uitgevoerd, laat staan nadere informatie over de test of vaccinatie. Indien een geldig coronatoegangsbewijs wordt getoond, kan aan de hand van de daarbij getoonde initialen en de geboortemaand en -dag van de toonder in combinatie met het tegelijkertijd getoond identiteitsbewijs worden nagegaan of het coronatoegangsbewijs daadwerkelijk betrekking heeft op de toonder. Een en ander geldt ook voor de toezichthouder.

2.10 Verwerking van persoonsgegevens herstel (artikel 6.31b)

De verklaarder van het herstel van het coronavirus verwerkt dezelfde persoonsgegevens met betrekking tot een herstelde persoon als nodig zijn voor een coronatoegangsbewijs op basis van een negatieve testuitslag met betrekking tot een geteste persoon. Voor de verklaring van herstel is immers eveneens een testuitslag nodig, zij het met een positieve uitslag. Deze testuitslagen worden verkregen van de GGD. Op vergelijkbare wijze als de bron van de gegevens over vaccinatie wordt gezocht, wordt nagegaan welke GGD over gegevens beschikt met betrekking tot een positieve testuitslag van betrokkene.

2.11 Software en overeenkomsten in plaats van voorschriften

De Minister van VWS stelt de software beschikbaar voor de inzet van coronatoegangsbewijzen. Dat zijn CoronaCheck voor het maken van digitale coronatoegangsbewijzen, de webapplicatie voor het maken van een papieren coronatoegangsbewijzen en CoronaCheck Scanner voor het lezen van een digitaal of papieren coronatoegangsbewijs. Teneinde de verklaring van vaccinatie of herstel beschikbaar te kunnen maken, treft de Minister van VWS verder de benodigde technische voorzieningen om het RIVM, toedieners van vaccinaties en verklaarders van herstel in staat te stellen hun automatise-

ringssystemen te koppelen aan CoronaCheck en de webapplicatie. Bij het aanbieden van deze software worden gebruiksvoorwaarden (CoronaCheck, Coronacheck Scanner en de webapplicatie) alsmede aansluitvoorwaarden (de koppelingen voor de uitvoerder van de vaccinatie of de verklaarder van herstel) gesteld.

Door dit samenstel van software, certificaten en voorwaarden heeft de Minister van VWS direct controle over de condities voor de mogelijke inzet van coronatoegangsbewijzen op basis van een verklaring van vaccinatie of herstel. De voorwaarden worden door de Minister van VWS opgesteld. Wanneer deze niet worden geaccepteerd of nagekomen, kan de software niet in werking worden gesteld respectievelijk buiten werking worden gesteld. De software wordt door de Minister van VWS ontwikkeld en onderhouden. Bij het ontwikkelen van de software zijn privacy en 'security by design' het vertrekpunt geweest. Dataminimalisatie en beveiliging van persoonsgegevens zijn ingebouwd in de software. Bescherming van persoonsgegevens wordt ook geborgd in de aansluit- en gebruiksvoorwaarden. Waar nodig zal ook de omgeving waarin de software functioneert worden getoetst. Een en ander betekent bijvoorbeeld dat verouderde versies van de applicaties CoronaCheck en CoronaCheck Scanner niet gebruikt kunnen worden of dat deze applicaties niet gebruikt kunnen worden op verouderde besturingssystemen.

3. Caribisch Nederland

Met deze regeling worden de algemene, nadere bepalingen over de inzet van coronatoegangsbewijzen op basis van een verklaring van vaccinatie of herstel ook geïntroduceerd in de tijdelijke regelingen maatregelen covid-19 die van toepassing zijn in de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba (artikelen II, III en IV). De uitvoering van deze bepalingen kan daar afwijken van de beschrijving die in deze toelichting is gegeven voor het Europees deel van Nederland. Zo is in Caribische Nederland geen burgerservicenummer beschikbaar. Verder geldt daar niet de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG), maar de Wet bescherming persoonsgegevens BES (Wpb-BES). Herhaald zij, dat hiermee de concrete inzet van coronatoegangsbewijzen ook voor Caribische Nederland nog niet is geregeld. Daarover vindt separaat besluitvorming plaats. Hoewel thans het voornemen bestaat om geen coronatoegangsbewijzen in te zetten in Sint Eustatius of Saba, zijn de algemene bepalingen vanuit het oogpunt van gelijke systematiek wel in de tijdelijke regelingen voor die openbare lichamen opgenomen.

4. Uitvoering en (financiële) gevolgen

De effecten van de inzet van coronatoegangsbewijzen zijn in algemene zin reeds beschreven in de memorie van toelichting op het voorstel van Tijdelijke wet coronatoegangsbewijzen en in de toelichting op de regeling van de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van Justitie en Veiligheid en van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties van 28 mei 2021 tot wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met de inzet van coronatoegangsbewijzen op basis van een testuitslag (Stcrt. 2021, 28498).

Bij de totstandkoming van de Tijdelijke wet coronatoegangsbewijzen is al rekening gehouden met de mogelijkheid om toegangsbewijzen te verstrekken aan gevaccineerde of herstelde personen. Verondersteld werd dat de wijze van uitvoering vergelijkbaar zou zijn met coronatoegangsbewijzen op basis van een testuitslag. Bij de voorbereidingen van de uitvoering van de hierboven genoemde Europese verordening is echter gebleken dat niet dezelfde mate van decentrale uitvoering mogelijk is. Hier zijn twee redenen voor. Ten eerste omdat er een minder rechtstreeks verband is tussen het ontvangen van volledige vaccinatie en het verkrijgen van een coronatoegangsbewijs en ten tweede omdat het palet aan zorgaanbieders bij vaccinatie veel gevarieerder is. Voor een coronatoegangsbewijs op basis van een testuitslag laat men zich speciaal testen bij een gespecialiseerde zorgaanbieder en is het hele proces binnen één of twee dagen afgerond. Men laat zich niet speciaal vaccineren voor een coronatoegangsbewijs; sterker nog, een substantieel deel van de vaccinaties zijn toegediend toen het nog niet duidelijk was of op basis daarvan een coronatoegangsbewijs zou kunnen worden verkregen. Vaccinatie neemt weken in beslag en het is mogelijk dat de vaccins door twee zorgaanbieders zijn toegediend. Het aantal zorgaanbieders dat vaccins toedient, is een veelvoud van het aantal zorgaanbieders dat testen uitvoert op infectie met het coronavirus. Dit aantal is te groot om – op korte termijn – aan te sluiten op de applicatie CoronaCheck. Er bestaat evenwel al een digitale voorziening voor het uitwisselen van vaccinatiegegevens. In het kader de infectieziektebestrijding houdt het RIVM een registratie bij van toegediende vaccinaties. Dit is het hierboven genoemde CIMS. Opname in CIMS geschiedt op vrijwillige basis. Gelet op deze verschillen in constellatie, zijn er vergeleken met de inrichting van coronatoegangsbewijzen op basis van een testuitslag twee centrale schakels geplaatst in het gegevensverkeer tussen de gevaccineerde persoon en de toediener van het vaccin. Op verzoek van de gevaccineerde gaat de Minister van VWS na wie de vaccin(s) heeft toegediend. Deze vindplaats wordt teruggekoppeld aan de gevaccineerde, die vervolgens een verklaring van vaccinatie ophaalt bij de toediener van het vaccin. Indien de gegevens al in CIMS opgenomen zijn, kan het achterhalen van

en de gegevensopvraag bij de toediener van het vaccin achterwege blijven. De verklaring van vaccinatie wordt dan uit CIMS gehaald. Op vergelijkbare wijze wordt nagegaan waar gegevens over positieve testuitslagen beschikbaar zijn voor verklaringen van herstel.
Overigens is een wetsvoorstel ingediend tot wijziging van de Wet publieke gezondheid in verband met enkele verbeteringen en preciseringen van de tijdelijke regels over de inzet van coronatoegangsbewijzen bij de bestrijding van het virus SARS-CoV-2 (Kamerstukken 2020/21, 35 853, nr. 1–2) om voor deze andere wijze van uitvoering dan aanvankelijk voor ogen stond de grondslagen voor de verwerking van de benodigde persoonsgegevens zeker te stellen.

De bronsystemen van de toedieners van vaccinaties en CIMS alsmede van de verklaarders van herstel zullen gekoppeld worden aan de applicatie CoronaCheck en de webapplicatie om de gegevens te verstrekken waarmee een coronatoegangsbewijs gegenereerd kan worden. Deze geautomatiseerde gegevensverstrekking zal daarom niet tot extra taken leiden bij het RIVM, toedieners van vaccinaties of verklaarders van herstel. Wanneer echter niet via deze geautomatiseerde route de gegevens verstrekt kunnen worden, zal de toediener van de vaccinatie rechtstreeks door de gevaccineerde benaderd worden om een coronatoegangsbewijs te genereren door de gegevens in te voeren in een portal die door de Minister van VWS wordt ontwikkeld. Deze alternatieve route kan bijvoorbeeld aan de orde zijn als de gevaccineerde in het geheel niet beschikt over digitale middelen of als de gevaccineerde niet in CIMS is opgenomen en het bronsysteem de toediener van de vaccinatie ook niet aan CoronaCheck of de webapplicatie is gekoppeld.

5. Grondrechten en bescherming persoonsgegevens

De inzet van coronatoegangsbewijzen op basis van een verklaring van vaccinatie of herstel raakt grondrechten met betrekking tot met name de lichamelijke integriteit en de privacy. Beperkingen van grondrechten zijn toegestaan, maar er gelden wel voorwaarden (zie ook artikel 58b Wpg). De beperking moet bij wet zijn voorzien en in een democratische samenleving noodzakelijk zijn. De Tijdelijke wet coronatoegangsbewijzen voorziet in de vereiste wettelijke basis voor het gebruik van een verklaring van vaccinatie. Het noodzakelijkheidsvereiste houdt in dat:
– de inzet van coronatoegangsbewijzen op basis van een verklaring van vaccinatie of herstel geschikt moet zijn om de verspreiding van het coronavirus tegen te gaan,
– er geen minder vergaande maatregel mogelijk is en
– burgers er geen onevenredige nadelige gevolgen van mogen ondervinden.
Deze laatste twee voorwaarden worden ook wel aangeduid als subsidiariteit en proportionaliteit.

Aan het noodzakelijkheidsvereiste wordt voldaan. De volksgezondheid is een gerechtvaardigd belang voor een inbreuk op grondrechten en coronatoegangsbewijzen op basis van een verklaring van vaccinatie of herstel gaan transmissie van het coronavirus effectief tegen. Hierboven in paragraaf 2.2 is uiteengezet dat voldaan is aan de wettelijke voorwaarde dat het risico op transmissie bij gevaccineerde personen vergelijkbaar is met het risico op transmissie bij negatief geteste personen. De proportionaliteit is geborgd, doordat toegangsbewijzen alleen tijdelijk en onder voorwaarden worden ingezet om meer ingrijpende maatregelen in niet-essentiële sectoren te versoepelen en sneller los te laten (bij het afschalen) of maatregelen minder ingrijpend te laten zijn en later in te voeren (bij het opschalen). Tot slot wordt opgemerkt dat de beperking van de grondrechten relatief gering is. Bij een coronatoegangsbewijs op basis van een verklaring van herstel in het geheel geen sprake van een testplicht. Anders dan testen, is vaccinatie wel invasief en grijpt het langdurig in op het menselijke immuunsysteem. Tevens kunnen er soms ernstige bijwerkingen optreden. Daarnaast zijn er mensen die gewetensbezwaren hebben tegen vaccineren waardoor dit kan raken aan het recht op vrijheid van godsdienst. Echter, waar bij een coronatoegangsbewijs op basis van een negatieve testuitslag sprake is van een indirecte testplicht, is bij een coronatoegangsbewijs op basis van een verklaring van vaccinatie geen sprake van een (indirecte) vaccinatieplicht. In de Tijdelijke wet coronatoegangsbewijzen is immers vastgelegd dat men altijd gebruik zal kunnen maken van een testuitslag. Daarnaast laat men zich zoals gezegd niet speciaal vaccineren voor een coronatoegangsbewijs en is een substantieel deel van de vaccinaties zelfs reeds toegediend toen het nog niet eens duidelijk was of op basis daarvan een coronatoegangsbewijs zou kunnen worden verkregen. Het belangrijkste voordeel van een coronatoegangsbewijs op basis van een verklaring van vaccinatie is dat betrokkene zich niet meer hoeft te laten testen voor toegang. Bovendien is de inzet van coronatoegangsbewijzen een tijdelijke maatregel.

De beperking van de privacy is zo gering mogelijk gehouden. De eisen aan de verklaring van vaccinatie of herstel omvatten de minimaal benodigde gegevens om een coronatoegangsbewijs op te baseren. Het toegangsbewijs bestaat uit nog minder gegevens, waarbij zelfs niet altijd de volledige initialen van de gevaccineerde of geteste persoon worden gebruikt. Dit beperkt de herleidbaarheid van het coronatoegangsbewijs tot de gevaccineerde of herstelde persoon. Het coronatoegangsbewijs laat niet zien of het is gebaseerd op een negatieve testuitslag, een verklaring van vaccinatie of een verklaring van herstel. Het coronatoegangsbewijs is verder slechts korte tijd leesbaar met Corona-

Check Scanner en wordt direct daarna verwijderd van het toestel waarop deze applicatie is geïnstalleerd. Wanneer de geldigheid van het coronatoegangsbewijs is verstreken, wordt het van de mobiele telefoon verwijderd zodra de applicatie CoronaCheck wordt gestart.
Deze persoonsgegevens mogen alleen worden verwerkt met de applicaties en software die de Minister van VWS daarvoor beschikbaar stelt. Dat is wettelijk verplicht voor CoronaCheck en CoronaCheck Scanner. De applicaties en software zijn ontwikkeld met als uitgangspunt de bescherming van de privacy en volgens het principe 'security by design'.

Er is een data protection impact assessment (hierna: DPIA) uitgevoerd op de verwerking van gegevens die nodig is voor de werking van beide CoronaCheck apps. In deze DPIA zijn geen hoge risico's naar voren gekomen die niet kunnen worden afgedekt.
Deze DPIA wordt aangevuld met de verwerking van persoonsgegevens om een schriftelijk coronatoegangsbewijs te genereren en met de verantwoordelijkheidsverdeling van de nog aan te sluiten toedieners van vaccinaties en de Minister van VWS. Het spreekt voor zich dat er niet wordt gestart met deze verwerking totdat de DPIA is afgerond en de daarbij eventueel gebleken risico's zijn afgedekt.

6. Regeldruk

Het streven is de effecten van deze regeling op de regeldruk minimaal te houden. De toediener van de vaccinatie is al verplicht de vaccinatie te registreren; ook de uitvoerders van testen waarop een verklaring van herstel kan worden gestoeld, hebben een medisch dossier aan te houden. Wanneer de toediener van de vaccinatie rechtstreeks door de gevaccineerde benaderd wordt om een coronatoegangsbewijs te genereren door de gegevens in te voeren in een portal die door de Minister van VWS wordt ontwikkeld, ontstaan wel enige administratieve lasten.

7. Fraude

Diverse maatregelen zijn genomen om fraude tegen te gaan. Allereerst is ervoor gekozen om een beperkt aantal persoonsgegevens toe te voegen aan het coronatoegangsbewijs. Dit betreft de initialen, de geboortemaand en -dag. Deze gegevens controleert de persoon die toegang geeft tot de locatie tezamen met het identiteitsbewijs van de persoon die het coronatoegangsbewijs toont. Hiermee wordt het risico op fraude, namelijk dat het coronatoegangsbewijs door een ander persoon kan worden gebruikt dan de persoon die is gevaccineerd, in zeer grote mate beperkt.
Daarnaast zijn er diverse andere technische maatregelen om fraude tegen te gaan. Voorbeelden hiervan zijn:
- Beperkte geldigheid van het coronatoegangsbewijs. Wanneer de geldigheid van het coronatoegangsbewijs is verstreken, wordt het van de mobiele telefoon verwijderd zodra de applicatie CoronaCheck wordt gestart.
- Tweetraps authenticatie om te verifiëren dat het de gevaccineerde persoon is die de verklaring van vaccinatie opvraagt.
- Cryptografische ondertekening van de verklaring van vaccinatie en het coronatoegangsbewijs met digitale handtekeningen.

8. Toezicht en handhaving

Dat coronatoegangsbewijzen behalve op negatieve testuitslagen, ook gebaseerd kunnen worden op vaccinatie en herstel, maakt voor toezicht en handhaving niet uit. In de kern gaat het daarbij om het controleren of bij het verlenen van toegang op de juiste wijze wordt nagegaan of de deelnemer aan de activiteit of de bezoeker van de voorziening beschikt over een geldig coronatoegangsbewijs. Waar het toegangsbewijs op is gebaseerd, is niet relevant.
In aanvulling op de toezicht en handhaving zoals beschreven in de memorie van toelichting op het voorstel van de Tijdelijke wet coronatoegangsbewijzen, wordt volledigheidshalve opgemerkt dat civielrechtelijke handhaving een belangrijke rol vervult. Ten behoeve van de inzet van coronatoegangsbewijzen worden overeenkomsten gesloten tussen de toedieners van de vaccinatie en de Minister van VWS. De contractspartijen zullen over en weer erop moeten toezien dat de afspraken worden nagekomen. Zodra blijkt dat er tekortkomingen zijn, zal daar direct tegen opgetreden moeten worden om de tekortkoming te herstellen dan wel de uitvoering van de overeenkomst te staken. De overeenkomsten voorzien in dergelijke maatregelen.

9. Advisering en consultatie

Deze regeling is op 28 mei 2021 voor advies voorgelegd aan de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) en het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR). Voor deze advisering is een reactietermijn van één week gehanteerd gezien de wenselijkheid om met spoed de mogelijkheid te creëren tot de inzet van coronatoegangsbewijzen op basis van een verklaring van vaccinatie. Met (belangen)organisaties die

betrokken zijn bij de uitvoering van deze regeling worden doorlopende gesprekken gevoerd over de implementatie.

De AP heeft laten weten geen opmerkingen te hebben over het concept van de regeling.

Het ATR heeft het dossier niet geselecteerd voor een formeel advies, omdat het beperkte gevolgen voor de regeldruk heeft.

10. Inwerkingtreding en verval

Deze regeling treedt in werking op de dag na publicatie. Het streven is het coronatoegangsbewijzen in de week van 21 juni ook te kunnen baseren op vaccinaties, zodra de wijziging van de Wet publieke gezondheid in verband met enkele verbeteringen en preciseringen van de tijdelijke regels over de inzet van coronatoegangsbewijzen bij de bestrijding van het virus SARS-CoV-2 (Kamerstukken 2020/21, 35 853, nr. 1–2) in werking is getreden. Vanwege technische ontwikkelingen zullen vanaf 1 juli coronatoegangsbewijzen ook kunnen worden gebaseerd op herstel.
Nogmaals wordt opgemerkt dat deze regeling slechts de algemene regels bevat coronatoegangsbewijzen niet alleen te kunnen baseren op een testuitslag, maar ook op een verklaring van vaccinatie of herstel. De aanwijzing van de activiteiten of voorzieningen waarbij de tijdelijke inzet van coronatoegangsbewijzen concreet aan de orde is, wordt in een afzonderlijke wijziging van de Trm vastgelegd.

Artikelsgewijs

Aangezien de artikelen reeds in afzonderlijke paragrafen zijn verduidelijkt in het algemeen deel van deze toelichting, wordt daar kortheidshalve en ter vermijding van herhalingen naar verwezen.

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

De Minister van Justitie en Veiligheid,
F.B.J. Grapperhaus

De Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,
K.H. Ollongren

Productie 18

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Gezondheidsraad

Datum: 20 mei 2021 | Uw kenmerk: 1836729-219114-PDC19 | Ons kenmerk: 1837859/2364183/JVDB/ym/078
Telefoon: | E-mail: | Bijlagen: -

Onderwerp: aanbieding advies *Transmissie na vaccinatie*

Publicatienummer: 2021/22

Geachte minister,

Op 2 maart 2021 verzocht u de raad om advies over wat de verwachting is over het effect van vaccinatie op de transmissie van SARS-CoV-2. De Commissie Medische Aspecten van COVID-19 heeft zich over de vraag gebogen. Zoals gebruikelijk voor de werkwijze van de Gezondheidsraad zijn in deze commissie experts uit alle relevante gebieden van de klinische gezondheidszorg en de volksgezondheid vertegenwoordigd. Een overzicht van de commissiesamenstelling vindt u onderaan deze brief.

Om de COVID-19-pandemie te bestrijden, is het van belang dat het virus dat COVID-19 veroorzaakt, SARS-CoV-2, zich minder goed in de populatie kan verspreiden. Maatregelen zoals 1,5 meter afstand houden, frequent handen wassen en thuisblijven bij klachten zijn manieren om virusverspreiding te voorkomen. De mate van transmissie (overdracht van virus tussen mensen) van SARS-CoV-2 is afhankelijk van de hoeveelheid luchtwegklachten, de duur van uitscheiding van het virus en van de virusvariant. Mensen met ernstiger luchtwegklachten zijn besmettelijker dan mensen met milde klachten, en mensen met milde klachten scheiden gemiddeld genomen korter virus uit dan ernstig zieke mensen. De mate van transmissie verschilt ook tussen verschillende virusvarianten. Vaccinatie tegen COVID-19 beschermt niet alleen tegen (ernstige) ziekte en sterfte, maar kan tot op zekere hoogte ook transmissie tegengaan. De commissie geeft in antwoord op de adviesaanvraag een korte samenvatting van de stand van wetenschap over het effect van vaccineren op transmissie.

Het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC) heeft onlangs alle beschikbare wetenschappelijke evidentie beschreven over transmissie na vaccinatie.[1] Daarin wordt één studie beschreven die de effecten van vaccinatie op transmissie heeft onderzocht. Deze studie is nog niet beoordeeld door vakgenoten (*peer-review*). Het betreft een zogenoemde ‘huishoudstudie’ waarin gekeken werd naar het aantal infecties bij ongevaccineerde huisgenoten van gevaccineerde en van ongevaccineerde zorgmedewerkers.[2] Inmiddels zijn er nog twee studies gepubliceerd (beide nog niet *peer-reviewed*) die ook gekeken hebben naar het effect van vaccinatie op transmissie. Het betreft een huishoudstudie en een studie onder verpleeghuisbewoners.[3,4] De drie studies laten zien dat vaccinatie met één dosis BioNTech/Pfizer- of AstraZeneca-vaccin transmissie vermindert met ongeveer 30 tot 50%. Het is niet duidelijk hoe deze resultaten zich vertalen naar de algemene populatie en maatschappij – het effect kan gunstiger of minder gunstig uitvallen. Dit komt omdat de effecten op transmissie in slechts drie settings zijn onderzocht, voor een beperkt aantal weken na vaccinatie met één dosis BioNTech/Pfizer- of AstraZeneca-vaccin. Ook zijn er geen gegevens over mogelijke verschillen in effect op transmissie bij virusvarianten die meer besmettelijk zijn, zoals de Zuid-

Bezoekadres
Korte Voorhout 7
2511 CW Den Haag

e. info@gr.nl
t.
www.gezondheidsraad.nl

Afrikaanse (B.1.351) en de Braziliaanse (P.1) varianten. Gegevens over transmissie na vaccinatie met de vaccins van Moderna en Janssen zijn ook nog niet beschikbaar.

Andere studies die tot op heden beschikbaar zijn leveren alleen indirecte aanwijzingen op dat vaccinatie met BioNTech/Pfizer of AstraZeneca transmissie van SARS-CoV-2 kan verminderen. Deze studies zijn, op twee na, ook nog niet beoordeeld door vakgenoten (*peer-reviewed*). Het betreft studies naar de hoeveelheid genetisch materiaal van het virus dat aanwezig is in keel of neus en de duur van virusuitscheiding na vaccinatie. De studies laten zien dat vaccinatie de hoeveelheid genetisch materiaal van het virus aanzienlijk kan verminderen en de duur virusuitscheiding kan reduceren.[5-11] Het is aannemelijk dat dit bijdraagt aan een lager risico op transmissie, maar is het is niet duidelijk in welke mate.

Hoewel het aantal studies beperkt is en deze veelal indirect bewijs leveren, wijzen de uitkomsten van de verschillende studies in dezelfde richting. De commissie acht het dan ook waarschijnlijk dat vaccinatie tot op zekere hoogte transmissie tegengaat. Meer onderzoek zal uitwijzen in welke mate, hoe lang en in welke omstandigheden vaccinatie transmissie tegengaat en welke factoren hierop van invloed zijn, zoals het type vaccin, virusvarianten en persoonskenmerken.

Vaccinatie beschermt dus de gevaccineerde tegen (ernstige) ziekte en sterfte en draagt in meer of mindere mate bij aan het voorkomen van infecties bij anderen.

Met vriendelijke groet,

prof. dr. B.J. Kullberg,
voorzitter

prof. dr. J.M. Geleijnse,
vicevoorzitter

Literatuur

1 European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). *Risk of SARS-CoV-2 transmission from newly-infected individuals with documented previous infection or vaccination*. Stockholm, 29 maart 2021.

2 Shah AS, Gribben C, Bishop J, Hanlon P, Caldwell D, Wood R, et al. *Effect of vaccination on transmission of COVID-19: an observational study in healthcare workers and their households*. medRxiv 2021 [preprint].

3 Harris R, Hall J, Zaidi A, Andrews N, Dunbar J, Dabrera G. *Impact of vaccination on household transmission of SARS-COV-2 in England*. 29 april 2021 [preprint].

4 Monge S, Olmedo C, Alejos B, Lapeña MF, Sierra MJ, Limia A, et al. *Direct and indirect effectiveness of mRNA vaccination against SARS-CoV-2 infection in long-term care facilities in Spain*. medRxiv 2021 [preprint].

5 Emary KRW, Golubchik T, Aley PK, Ariani CV, Angus B, Bibi S, et al. *Efficacy of ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccine against SARS-CoV-2 variant of concern 202012/01 (B.1.1.7): an exploratory analysis of a randomised controlled trial*. The Lancet 2021; 397(10282): 1351-1362.

6 Levine-Tiefenbrun M, Yelin I, Katz R, Herzel E, Golan Z, Schreiber L, et al. *Initial report of decreased SARS-CoV-2 viral load after inoculation with the BNT162b2 vaccine*. Nat Med 2021; 27(5): 790-792.

7 McEllistrem MC, Clancy CJ, Buehrle DJ, Lucas A, Decker BK. *Single dose of a mRNA SARS-CoV-2 vaccine is associated with lower nasopharyngeal viral load among nursing home residents with asymptomatic COVID-19*. Clin Infect Dis 2021 [preprint].

8 Petter E, Mor O, Zuckerman N, Oz-Levi D, Younger A, Aran D, et al. *Initial real world evidence for lower viral load of individuals who have been vaccinated by BNT162b2*. medRxiv 2021 [preprint].

9 Pritchard E, Matthews PC, Stoesser N, Eyre DW, Gethings O, Vihta K-D, et al. *Impact of vaccination on SARS-CoV-2 cases in the community: a population-based study using the UK's COVID-19 Infection Survey*. medRxiv 2021 [preprint].

10 Regev-Yochay G, Amit S, Bergwerk M, Lipsitch M, Leshem E, Kahn R, et al. *Decreased Infectivity Following BNT162b2 Vaccination*. Lancet [preprint] 7 april 2021.

11 Shrotri M, Krutikov M, Palmer T, Giddings R, Azmi B, Subbarao S, et al. *Vaccine effectiveness of the first dose of ChAdOx1 nCoV-19 and BNT162b2 against SARS-CoV-2 infection in residents of Long-Term Care Facilities (VIVALDI study)*. medRxiv 2021 [preprint].

Samenstelling Commissie Medische aspecten van COVID-19 bij het advies Transmissie na vaccinatie:

- prof. dr. B.J. Kullberg, hoogleraar interne geneeskunde en infectieziekten, internist-infectioloog, Radboudumc, Nijmegen, *voorzitter*
- drs. M. van Beek, klinisch geriater, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven
- prof. dr. C.J.P.A. Hoebe, hoogleraar sociale geneeskunde en infectieziektebestrijding, Maastricht UMC, GGD Zuid-Limburg
- prof. dr. M.P.G. Koopmans, hoogleraar virologie, hoofd afdeling viroscience, Erasmus MC, Rotterdam
- prof. dr. M.E.T.C. van den Muijsenbergh, hoogleraar gezondheidsverschillen en persoonsgerichte eerstelijnszorg, huisarts, Radboudumc, Nijmegen
- dr. R.H.M. Pierik, universitair hoofddocent rechtsfilosofie, Universiteit van Amsterdam
- prof. dr. J.M. Prins, hoogleraar infectieziekten, internist-infectioloog, Amsterdam UMC
- prof. dr. M.H.N. Schermer, hoogleraar filosofie van de geneeskunde, Erasmus MC, Rotterdam
- prof. dr. C. Schultsz, hoogleraar global health, arts-microbioloog, Amsterdam UMC
- dr. H.E. de Melker, epidemioloog, Centrum Infectieziektebestrijding, RIVM, Bilthoven, *structureel geraadpleegd deskundige**
- prof. dr. E.A.M. Sanders, chief science officer, Centrum Infectieziektebestrijding, RIVM, Bilthoven, *incidenteel geraadpleegd deskundige**
- dr. M.S. Lambooij, socioloog, Centrum Voeding, Preventie en Zorg, RIVM, Bilthoven, *incidenteel geraadpleegd deskundige**
- prof. dr. O.M. Dekkers, hoogleraar klinisch epidemiologie, internist, LUMC, Leiden, *incidenteel geraadpleegd deskundige**
- prof. dr. F.G.M. Russel, hoogleraar farmacologie en toxicologie, Radboud Universiteit, Nijmegen, *incidenteel geraadpleegd deskundige**

Waarnemers

- drs. J.A. van Vliet, Centrum Infectieziektebestrijding, RIVM, Bilthoven
- dr. S. Gevers, College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, Utrecht
- dr. E. Wijnans, College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, Utrecht
- drs. D. van Bentem, VWS, Den Haag
- dr. H.N. Hoffenkamp, VWS, Den Haag
- dr. N. Kenters, VWS, Den Haag

Secretaris

- dr. J. van der Berg, Gezondheidsraad, Den Haag

*Geraadpleegd deskundigen worden door de commissie geraadpleegd vanwege hun deskundigheid. Geraadpleegd deskundigen en waarnemers hebben spreekrecht tijdens de vergadering. Ze hebben geen stemrecht en dragen geen verantwoordelijkheid voor de inhoud van het advies van de commissie.

Productie 19

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

> Retouradres Postbus 1 3720 BA Bilthoven

Aan de Directeur-Generaal van de
Volksgezondheid
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
drs. M. Sonnema
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

Ons kenmerk
0086/2021/LCI/JvD/at/hr

Behandeld door
LCI

T (030) 274 7000
F (030) 274 4455
lci@rivm.nl

Datum 25 mei 2021
Onderwerp Advies deel 2 n.a.v. 114e OMT, aangepast

Geachte mevrouw Sonnema,

Op 22 mei jl. ontving u deel 1 van het advies naar aanleiding van het 114e OMT, waarin ingegaan werd op de epidemiologische situatie, de verdere opening van het voortgezet onderwijs en de eventuele vervroeging van stap 3 van het openingsplan.

Ten aanzien van de in deel 1 van de adviesbrief gemelde vaccinatiegraad gegevens voor personen vanaf 65 jaar en onder de 60 jaar naar gemeente verduidelijken we nog graag dat de genoemde vaccinatiegraden voor thuiswonenden allen gebaseerd zijn op het aantal vaccinaties door de GGD verstrekt voor personen die toestemming hebben gegeven voor doorgifte van hun vaccinatiegegevens aan het RIVM. Daarnaast zijn de noemergegevens gebaseerd op de totale bevolking, aangezien niet bekend is welk deel in een instelling verblijft. Hiermee zijn de gerapporteerde vaccinatiegraad cijfers een onderschatting is van de daadwerkelijke vaccinatiegraad.

In deel 2 van het advies gaan we in op uw overige adviesvragen.

Adviezen

Transmissie

Adviesvraag VWS: De Gezondheidsraad is 2 maart jl. gevraagd te adviseren over wat de verwachting is over het effect van vaccinatie op de transmissie van SARS-CoV-2 in Nederland en hoe dit beoordeeld moet worden in de internationale context waarin verspreiding kan blijven plaatsvinden. Het advies van de Gezondheidsraad en onderliggende informatie komen waarschijnlijk in de week van 17 mei beschikbaar. Graag vraag ik een eerste inschatting van het OMT van de mate van transmissie na vaccinatie op basis van de informatie die het OMT heeft ontvangen van de Gezondheidsraad. Ik vraag daarbij ook de modelleringen hieromtrent van het RIVM te betrekken.

Het OMT onderschrijft het advies 'Transmissie na vaccinatie' van de Gezondheidsraad van 20 mei 2021. Hoewel het aantal studies, waar het advies op gebaseerd is, beperkt is en deze veelal indirect bewijs leveren, wijzen de resultaten erop dat vaccinatie ten minste gedeeltelijk bescherming biedt tegen transmissie van SARS-CoV-2. Verder onderzoek moet inzicht geven in de mate van bescherming tegen transmissie in verschillende settings. Omdat de modellen, die ten grondslag liggen aan de prognoses voor de epidemiologie en ziekenhuis-

en IC-bezetting, mede gebaseerd zijn op de transmissiekans na vaccinatie, volgt het OMT de wetenschappelijke inzichten op dit gebied nauwgezet.

Het OMT verwacht dat de schatting in het advies van de Gezondheidsraad een onderschatting is van het daadwerkelijke effect van vaccinatie op voorkómen van transmissie; dit komt door methodologische beperkingen van de gepubliceerde studies die onderliggend zijn aan het advies. Maar de bewijsvoering voor een groter effect is vooral indirect: uit onderzoeken is duidelijk dat vaccinatie zeer effectief is (~90-95%) om infectie door SARS-CoV-2 te voorkomen, hetgeen een navenant effect zou kunnen hebben op virusoverdracht. Dit temeer omdat uit een aantal follow-up-studies van gevaccineerde personen ook afgeleid kan worden dat de kans het coronavirus in de keel te dragen – onafhankelijk van klachten – eveneens afneemt en in de situatie dat toch virus geïsoleerd wordt de virale load lager blijkt dan bij niet-gevaccineerde controles en dat het minder lang aantoonbaar blijft in de nasofarynx.

Voor het schetsen van een perspectief op langere termijn is gekeken naar de mogelijkheid dat er met het huidige vaccinatieprogramma een nieuwe COVID-19-epidemie mogelijk is in de winter. Deze informatie is belangrijk voor het plannen van onder andere (kiem)surveillance en BCO- en testcapaciteit. De conclusie is dat in een optimistische situatie met een homogene en hoge vaccinatiegraad (75%) het reproductiegetal in de komende winter net onder de 1 kan blijven. Het reproductiegetal kan boven de waarde van 1 komen – waardoor een uitbraak mogelijk wordt – als er verlies in immuniteit is, als er nieuwe besmettelijkere varianten komen, of als er heterogeniteit in de vaccinatiegraad is. Dit suggereert dat naast het huidig vaccinatieprogramma (aanvullende) basismaatregelen nodig zullen blijven.

De prognoses op de langere termijn zijn onzeker en zullen regelmatig geactualiseerd worden.

Digital Green Certificate

Adviesvraag VWS: Op 17 maart jl. heeft de Europese Commissie een concept verordening uitgebracht voor een kader waarin de afgifte, de verificatie en de acceptatie van vaccinatie-, test- en herstelcertificaten (DGC) wordt beschreven. Verwacht wordt dat de verordening eind juni van kracht wordt. Vanaf dat moment zullen lidstaten, afhankelijk van de onderhandelingen die nog gaande zijn, verplicht worden om vaccinatie-, test- en mogelijk herstelbewijzen uit te geven aan burgers die hier om vragen. Of lidstaten ook versoepelingen van maatregelen toekennen aan reizigers is aan de lidstaten zelf.

Graag vraag ik uw advies over het gebruik van de verschillende vormen van het DGC voor reizigers uit andere EU lidstaten (in casu vaccinatie-, test- en herstelbewijzen). Welke maatregelen voor reizigers (testverplichting / quarantaineplicht / dringend advies voor thuisquarantaine) kunnen, gezien wat er nu bekend is over transmissie na vaccinatie, aangepast worden voor reizigers met een vaccinatiebewijs? Geldt dit ook voor maatregelen bij reizigers met een herstelbewijs?

Bijgevoegd vindt u, zoals gevraagd, de concept EU verordening.

- *Het vaccinatiebewijs is gebaseerd op een afgeronde vaccinatie met een door de EMA goedgekeurd vaccin.*

- *Het herstelbewijs, waarover nog wordt onderhandeld, is gebaseerd op een positief testresultaat van een NAAT van minimaal 12 en maximaal 180 dagen oud.*

Het DGC is een Europees (digitaal) document en zal in eerste instantie alleen worden ingezet voor reizigers binnen de EU. Het advies beperkt zich dus tot deze reizigers.

Volgens de EC-verordening bestaat het DGC uit drie componenten:
1. Bewijs van vaccinatie: een certificaat met de bevestiging dat aan de houder een COVID-19-vaccin is toegediend in de lidstaat die het certificaat afgeeft ('vaccinatiecertificaat').
2. Testbewijs: een certificaat met het resultaat en de datum van de door de houder ondergane NAAT-test of snelle antigeentest, als opgenomen in de gemeenschappelijke en bijgewerkte lijst van snelle COVID-19-antigeentests die is opgesteld op basis van Aanbeveling 2021/C 24/01 van de Raad ('testcertificaat').
3. Herstelbewijs: een certificaat met de bevestiging dat de houder is hersteld van een SARS-CoV-2-infectie na een positieve NAAT-test of een positieve snelle antigeentest, als opgenomen in de gemeenschappelijke en bijgewerkte lijst van snelle COVID-19-antigeentests die is opgesteld op basis van Aanbeveling 2021/C 24/01 van de Raad ('herstelcertificaat').

De informatie uit het DGC wordt via een app gematcht met de eisen van het land van aankomst.

Met betrekking tot de eisen die worden gesteld aan reizigers die Nederland binnenkomen, wordt na invoering van de quarantaineplicht (eind mei / begin juni 2021) onderscheid gemaakt tussen reizigers afkomstig uit laagrisicogebieden, hoogrisicogebieden en zeerhoogrisicogebieden voor COVID-19. Voor deze reizigers gelden dan de volgende eisen en verplichtingen:

Eisen	Laagrisicoland Incidentie < 150/100k/14d en vindpercentage <4% en geen andere zorgelijke omstandigheden	Hoogrisicoland Incidentie 150-500/100k/14d of vind-percentage >4%	Zeerhoog-risicoland Op basis van VOC-dreiging	Zeerhoog-risicoland Incidentie >500/100k/14d of niet vertrouwde surveillance buiten EU
Ag-test 24 uur voor vertrek	-	-	+ *	+* of – (nog niet besloten)
NAAT-test max. 72 uur voor aankomst	-	+	+*	+*
Quarantaine	-	**Dringend advies****	Verplicht	Verplicht

Velden die OMT-adviesvraag betreffen

* Indien de NAAT-test minder dan 24 uur voor vertrek is afgenomen, is een antigeensneltest (Ag-test) niet nodig.

**** In het door het OMT geadviseerde beleid komt alleen het dringende quarantaineadvies voor reizigers uit hoogrisicolanden te vervallen indien de reiziger volledig gevaccineerd is of immuun is door een recente infectie.**

Het testbewijs voor vertrek dient een tweeledig doel: het mogelijk maken van een veilige vliegreis en tegengaan van overdracht tijdens de vlucht, alsmede – voor degenen die Nederland als eindbestemming hebben – het tegengaan van introductie van COVID-19-geïnfecteerde personen in Nederland.

Zeerhoogrisicogebieden

Voor reizigers uit zeerhoogrisicogebieden, waar de incidentie zeer hoog is (>500/100.000/14 dagen) en/of besmettelijkere of gevaarlijkere virusvarianten (VOC) voorkomen en/of de surveillance niet betrouwbaar is, zal een verplichte quarantaine gelden alsmede een testverplichting voor aankomst in Nederland. Voor hen verandert de situatie na invoering van het DGC niet.

Hoogrisicogebieden

Voor reizigers uit hoogrisicogebieden, op basis van incidentie (150-500/100.000/14 dagen) of vindpercentage (>4%), geldt nu naast de testverplichting voor aankomst in Nederland een dringend advies om na aankomst in Nederland in quarantaine te gaan.

Het OMT adviseert om dit dringende quarantaineadvies te laten vervallen voor reizigers die volledig gevaccineerd zijn of die recent een SARS-CoV-2-infectie hebben doorgemaakt. Hieronder vallen personen die:

- een volledige vaccinatieserie ontvangen hebben volgens registratie (1 of 2 vaccinaties met bijbehorend minimale interval tussen 1e en 2e vaccinatie, conform bijsluiter van de gebruikte vaccins, met de laatste vaccinatie >14 dagen geleden);
- 1 vaccinatie hebben gehad na een bewezen doorgemaakte infectie in de 6 maanden voorafgaand aan de vaccinatie (termijn tussen positieve test en vaccinatie is minimaal 4 weken) met de vaccinatie >14 dagen geleden;
- in de 6 maanden voorafgaand aan aankomst in Nederland COVID-19 hebben doorgemaakt, blijkend uit een bewijs van een positieve NAAT- of positieve snelle antigeentest van minimaal 12 dagen en maximaal 6 maanden oud voor aankomst in Nederland.

Voor alle personen afkomstig uit een hoogrisicogebied blijft wel gelden dat zij maximaal 72 uur voor aankomst negatief getest zijn met een NAAT-test (zoals een PCR-test).

Het OMT is van mening dat bij personen afkomstig uit een hoogrisicogebied zonder bewijs van volledige vaccinatie of bewijs van doorgemaakte infectie, een ‘quarantaineadvies’ een te vrijblijvende indruk maakt en spreekt daarom liever van een dringende indicatie voor quarantaine.

Laagrisicogebieden
Voor reizigers afkomstig uit laagrisicogebieden, op basis van incidentie (<150/100.000/14 dagen) en vindpercentage (<4%), geldt GEEN quarantaineadvies of -verplichting en geen testverplichting.

Het OMT is van mening dat **alle binnenkomende reizigers** geïnformeerd dienen te worden over de Nederlandse coronamaatregelen en de instructie om zich bij klachten te laten testen en ten minste tot de testuitslag in (zelf)isolatie te blijven.

Het OMT adviseert om dit beleid in elk geval kort na de zomer te evalueren, en zo nodig eerder.

Toegangsbewijzen

Adviesvraag VWS: Het kabinet wil, indien dit verantwoord is, naast een bewijs van een recent negatief testresultaat, een bewijs van vaccinatie of een doorgemaakte COVID-19-besmetting, accepteren als toegangsbewijs. Vanwege Europese wetgeving zal er waarschijnlijk gelijke behandeling gelden van alle Europese burgers. Dit betekent, dat als in Nederland besloten wordt dat op basis van een vaccinatie-, test- of herstelbewijs, toegang verleend kan worden aan een evenement, dit niet alleen zal gelden voor Nederlandse burgers, maar ook voor Europese toeristen met een DGC.

Aan welke epidemiologische randvoorwaarden (waaronder de vaccinatiegraad van de populatie) moet binnen Nederland voldaan zijn om een bewijs van vaccinatie te accepteren als toegangsbewijs? Aan welke epidemiologische randvoorwaarden moet binnen Nederland voldaan zijn om een herstelbewijs te accepteren als toegangsbewijs?

Alle voorgestelde vormen van een toegangsbewijs – een recent negatief testresultaat, een bewijs van vaccinatie of een doorgemaakte SARS-CoV-2-infectie – kennen een gering restrisico op besmetting met SARS-CoV-2 (d.i. asymptomatische aanwezigheid in de nasofarynx). Besmettelijkheid van de houder van een toegangsbewijs voor een evenement en daarmee transmissie naar andere aanwezigen bij het evenement is daardoor nooit volledig uitgesloten. De grootte van dit restrisico is afhankelijk van:

- de prevalentie van COVID-19 in Nederland ten tijde van het evenement;
- het aantal vatbare personen bij het evenement, d.i. het aantal personen toegelaten op grond van een negatief testbewijs, die niet immuun zijn door vaccinatie of doorgemaakte infectie.

In lijn met het advies over het Digital Green Certificate, is het restrisico acceptabel wanneer Nederland voldoet aan de epidemiologische eisen die voor een laagrisicoland gelden, d.w.z. wanneer de incidentie <150/100.000 inwoners/14 dagen is en het percentage positieve testen <4% is en er verder geen andere zorgelijke omstandigheden zijn. In die situatie zouden zowel een bewijs van volledige vaccinatie als een herstelbewijs als toegangsbewijs geaccepteerd kunnen worden, naast degenen toegelaten op grond van een negatieve testuitslag. Deze eisen komen niet een-op-een overeen met een risiconiveau, maar kunnen op basis van incidentie vallen onder de risiconiveaus ‘zorgelijk’ (35-100 meldingen per 100.000 per week) en ‘waakzaam’ (<35 meldingen per 100.000 per week).

In het openingsplan wordt onder meer gebruikt gemaakt van de risiconiveaus. Bij de beoogde stap 4 per 30 juni wordt 'terug naar niveau zorgelijk' vermeld; vanaf dat moment zijn de genoemde epidemiologische randvoorwaarden te verwachten om het volledige vaccinatie– en herstelbewijs als toegangsbewijs te accepteren, een en ander onder de aanname van doorgaande vaccinatie conform de planning.

Uw vragen over de Fieldlab-experimenten en ventilatie zullen in het 115e OMT worden besproken.

Tot een nadere mondelinge toelichting ben ik gaarne bereid.

Hoogachtend,

Prof. dr. J.T. van Dissel
Directeur CIb

Productie 20

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Eerste Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20017
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
3269826-1017704-PDC19

Bijlage(n)
1

Uw kenmerk
167290.212u

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

Datum 25 oktober 2021
Betreft Commissiebrief Eerste Kamer Maatregelen COVID-19

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen die in uw brief van 8 oktober jl.[1] zijn gesteld door de leden van de vaste commissies voor Justitie en Veiligheid (J&V), voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), voor Binnenlandse Zaken en de Hoge Colleges van Staat / Algemene Zaken en Huis van de Koning (BiZa/AZ), en voor Infrastructuur, Waterstaat en Omgeving (IWO). Dit naar aanleiding van de mijn brieven van 14 september jl., 17 september en 30 september 2021 die uw Kamer in afschrift heeft ontvangen.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Hugo de Jonge

[1] Kamerstukken I 2020/2021, 167290.212u

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

*De **VVD**-fractieleden hebben kennisgenomen van de stand van zakenbrief Covid-19 d.d. 14 september 2021 gericht aan de Tweede Kamer, waarvan de Eerste Kamer een afschrift heeft ontvangen. Zij hebben vragen over het onderdeel van de brief dat gaat over de maatschappelijke en ethische gevolgen van de oplopende vaccinatiegraad (paragraaf 6).*

Op pagina 25 van de brief schetst u een aantal dilemma's dat ontstaat nu een groot deel van de bevolking is gevaccineerd en een klein deel nog niet. Een helder antwoord op deze vraag blijft echter uit. De VVD-fractieleden vinden dit onbevredigend. Ook zij zien diverse dilemma's, maar het helpt niet om hier nu een brede maatschappelijke discussie over te voeren zoals u doet. Mensen hebben nu behoefte aan duidelijkheid, zeker daar waar het gaat om het beschermen van kwetsbaren in de zorg, maar ook als het gaat om het maatschappelijk verkeer waaraan kwetsbaren ook weer veilig willen kunnen deelnemen.

Het is mooi dat u vasthoudt aan de vrijheid om te kiezen of je gevaccineerd wilt worden of niet. Maar de vraag hoever je wilt gaan in het eerbiedigen van de vrijheid van de één, daar waar de veiligheid van de ander in gevaar wordt gebracht, vraagt ook om een antwoord. Bij de vrijheid om te kiezen hoort immers ook de verantwoordelijkheid voor de gevolgen van die keuze. Bijvoorbeeld, voor een werknemer in de zorg kan dit betekenen dat je niet langer in aanraking mag komen met cliënten met een kwetsbare gezondheid. Zeker niet nu we weten dat bij kwetsbaren de beschermingsgraad van de vaccinatie afneemt en dat niet-gevaccineerden een hoger transmissierisico vormen. Bent u het met de VVD-fractieleden eens dat het gezien de nauwe contacten tussen zorgverlener en cliënt, het onvermijdelijk is om te weten of de betreffende zorgverlener gevaccineerd is? Deelt u met deze leden het inzicht dat een hoge vaccinatiegraad op instellings- of locatieniveau mooi is, maar dat de vaccinatiestatus van de individuele werknemer er voor de cliënt pas echt toe doet? Vindt u het niet redelijk dat cliënten en familieleden de zorgverlener vragen een vaccinatiebewijs te tonen? Is het omwille van veilige zorg niet noodzakelijk dat werkgevers inzicht hebben in welke werknemers gevaccineerd zijn en welke niet? En dat werkgevers omwille van het kunnen plannen van zorg, de vaccinatiestatus ook moeten kunnen vastleggen? Wat gaat u concreet op korte termijn doen om het veiligheidsrisico dat ongevaccineerde zorgmedewerkers vormen voor hun cliënten, te beperken?

Er zijn situaties denkbaar dat een zorgwerkgever – in goed overleg met zijn personeel – rekening wil houden met de vaccinatiestatus van zijn personeel, bijvoorbeeld daar waar gewerkt wordt met kwetsbare mensen. Een zorgwerkgever heeft immers meerdere plichten: de verantwoordelijkheid om een veilige werkomgeving (Arbo) en een veilige zorgomgeving (Wkggz) te creëren en kan daar ook aansprakelijk voor worden gesteld. Ik heb de Tweede Kamer daarom toegezegd een verkenning uit te voeren naar hoe registratie van de vaccinatiestatus in de zorg mogelijk gemaakt kan worden, eventueel met inzet van het CTB. Daarvoor is een wetswijziging vereist. Ik ben momenteel in gesprek met de werkgevers- en werknemersorganisaties in de zorg om te verkennen hoe registratie in de zorg mogelijk gemaakt zou kunnen worden. Daarnaast wordt gekeken naar de huidige vaccinatiegraad in verschillende deelsectoren en wordt

het Outbreak Management Team (OMT) gevraagd te adviseren over de risico's, voorzorgsmaatregelen en handelingsopties om kwetsbare patiënten te beschermen. Deze verkenning vindt plaats in samenhang met de brede maatschappelijke discussie over het gebruik van CTB's – wat ook om ruimte voor registratie vraagt - en de mogelijkheid om deze ook voor de zorg en andere werksituaties toe te passen. Omdat in de huidige Tijdelijke wet Coronatoegangsbewijzen werknemers worden uitgezonderd, zal het kabinet verkennen of deze uitzondering kan vervallen en onder welke voorwaarden.

Op basis van deze drie elementen neemt het kabinet begin november een besluit over een eventuele wetswijziging om registratie van de vaccinatiestatus in de zorg mogelijk te maken. Het gaat uitdrukkelijk niet om een registratieplicht en evenmin zijn medewerkers verplicht mee te werken aan een uitvraag en hun vaccinatiestatus te delen.

Bent u niet bevreesd dat bij het niet tijdig nemen van maatregelen om ongevaccineerde zorgverleners te weren bij kwetsbare cliënten, als alternatief weer op grote schaal beschermende kleding (PBM) moet worden ingezet? De afgelopen periode heeft aangetoond dat het dragen van PBM niet alleen confronterend is, maar ook schadelijk is voor het welbevinden van cliënten. Vindt u dit aanvaardbaar?

Zorginstellingen zijn verantwoordelijk voor het waarborgen van een veilige werkomgeving én voor het garanderen van veilige en goede zorg aan patiënten. Ik moedig alle werkgevers in de zorg daarom aan om binnen de eigen instelling het goede gesprek te voeren met hun medewerkers en een zorgvuldige afweging te maken hoe deze veiligheid het beste kan worden gewaarborgd. Daarbij dienen zij ook de mogelijke nadelen van het gebruik van Persoonlijke Beschermingsmiddelen (PBM's) in de afweging mee te nemen. Dit is onder meer besproken in eerdergenoemde gesprekken met werkgevers- en werknemersorganisatie in de zorg. Ook de OMT-werkgroep Langdurige Zorg heeft op 24 juni jl. gesteld, dat wanneer er geen hoge vaccinatiegraad binnen de instelling of locatie is (minimaal 80%), de instelling een afweging dient te maken van de risico's van het staken van het mondneusmaskergebruik en het belang hiervan voor de bewoners en medewerkers.

De VVD-fractieleden vinden het voorstel om op basis van vrijwillig gegeven informatie de niet-gevaccineerde medewerker zodanig in te roosteren dat deze niet met kwetsbare cliënten in aanraking komt, onrealistisch en niet sociaal richting de collega's die wel gevaccineerd zijn. Dit leidt mogelijk tot ongelijke verdeling van de werklast en meer verzuim. De VVD-fractieleden vragen u daarom op korte termijn duidelijkheid te geven over op welke wijze zorgwerkgevers toegang kunnen krijgen tot de vaccinatiestatus van de werknemers.

Zoals aangegeven, neemt het kabinet begin november een besluit over een eventuele wetswijziging om registratie van de vaccinatiestatus in de zorg mogelijk te maken. Ik verwijs u verder naar bovenstaande beantwoording.

Een ander zorggerelateerde kwestie betreft het niet testen of opvragen van de vaccinatiestatus van op te nemen niet-Covid-gerelateerde patiënten in ziekenhuizen. De leden van de VVD-fractie horen verontrustende verhalen van patiënten die in het ziekenhuis besmet worden door (ongevaccineerde) medepatiënten die zonder het te weten of te melden, besmet zijn met Covid-19. Dit heeft voor betrokkenen onder andere tot gevolg dat geplande operaties niet door kunnen gaan, met alle gevolgen van dien. Dat patiënten voor opname niet zouden mogen worden gecontroleerd op een eventuele asymptomatische besmetting, bevreemdt de leden van de VVD-fractie. Voor andere meldingsplichtige infectieziektes gelden immers strakke richtlijnen om verspreiding van de ziekte binnen het ziekenhuis of zorginstelling te voorkomen. Als voorbeeld wordt verwezen naar de MRSA[2]-richtlijn die een strakke screening voorafgaande aan een eventuele opname kent. Kunt u aangeven waarom voor Covid-19, een A-ziekte, niet een soortgelijke richtlijn wordt gehanteerd als voor MRSA, een C-ziekte?

De MRSA-richtlijn geeft ziekenhuizen en andere zorginstellingen een handvat om met mogelijke MRSA besmette patiënten om te gaan. Dergelijke richtlijnen zijn er wel degelijk ook voor Covid-19. Op de website[3] van de Federatie Medisch Specialisten is de 'leidraad infectiepreventie maatregelen bij covid19 patiënten' te vinden met de bijbehorende matrix 'Aanpassingen COVID-19 maatregelen bij dalende incidentie en toegenomen bescherming door vaccinatie/doorgemaakte infectie'. Meer specifiek is er ook een 'Leidraad diagnostiek bij patiënten met opname-indicatie en verdenking op COVID-19'.

Is het niet zo dat een dergelijke richtlijn gewoon kan worden ingevoerd op basis van bestaande wet- en regelgeving?

Deze richtlijnen passen inderdaad binnen de bestaande wet- en regelgeving.

Indien het antwoord bevestigend is, waarom is deze richtlijn er nog niet?

Deze richtlijnen zijn er al.

Het verplicht tonen van het coronatoegangsbewijs (hierna: CTB) in de zorg is overigens een sneller in te voeren alternatief. Spoedeisende/acute zorg kan hiervan worden uitgezonderd. De VVD-fractieleden ontvangen graag uw reactie op dit voorstel.

Op dit moment worden verschillende opties verkend waaronder de inzet van het coronatoegangsbewijs in de zorg. Op basis van onder meer de gesprekken met de zorgsector en het OMT advies, neemt het kabinet begin november een besluit. Juridische, beleidsmatige en uitvoeringstechnische aspecten worden hierbij in ogenschouw genomen.

[2] Meticilline-resistente Staphylococcus aureus.
[3] Federatie Medisch Specialisten, *Leidraad Infectiepreventie maatregelen voor de ziekenhuiszorg van COVID-19 (verdachte) patiënten* (20 november 2020).

Ook werkgevers vragen in relatie tot hun verantwoordelijkheid voor een veilige werkomgeving en eisen van hun klanten, duidelijkheid van u over of het CTB ook mag worden toegepast in de werkomgeving. Zo is het bijvoorbeeld in de horeca niet uit te leggen dat klanten een CTB moeten tonen, terwijl de werkgever noch de klant mag vragen of de bedienende ober ook getest of gevaccineerd is. Ook is niet uit te leggen dat werknemers zelf moeten onderzoeken of collega's met wie ze direct samenwerken geen risico vormen voor hun gezondheid. Welke maatregelen neemt u om gebruik van het CTB op korte termijn uit te kunnen breiden naar bedrijven die dit willen gaan hanteren?

Het OMT heeft in haar 126e advies geadviseerd om coronatoegangsbewijzen verplicht te stellen, aangezien de 1,5m-regel werd losgelaten. De inzet van coronatoegangsbewijzen is een mitigerende maatregel om de kans op verspreiding van het coronavirus te remmen. Op dit moment is de inzet van een coronatoegangsbewijs wettelijk verplicht voor iedereen van 13 jaar en ouder in specifieke sectoren, zoals de horeca, evenementen (waaronder festivals), publiek bij professionele sportwedstrijden en bij topcompetities en bij cultuur. Voor werknemers is nu uitdrukkelijk bepaald dat er niet gevraagd mag worden naar een coronatoegangsbewijs. Met andere woorden, bedrijven kunnen dus niet vrijwillig het gebruik van coronatoegangsbewijzen implementeren.

Zoals gemeld in de brief, verkent het kabinet of een CTB in de relatie werkgever-werknemer noodzakelijk wordt geacht voor het waarborgen van een gezonde en veilige werkomgeving. De verkenning wordt uitgevoerd bij sociale partners op centraal en decentraal niveau, bij sectoren waar al een CTB-plicht voor gasten, bezoekers en cliënten geldt en vervolgens ook daarbuiten. Daarbij wordt ook een juridische verkenning uitgevoerd naar de mogelijkheden voor juridische verankering. Bij het volgende weegmoment van het Kabinet, begin november, zal meer duidelijkheid zijn over de resultaten van de verkenning en hoe deze gebruikt worden bij de verdere beleidsinzet.

Het CTB is een belangrijk, tijdelijk in te zetten hulpmiddel om de samenleving weer te kunnen openen. Tot nu toe heeft invoering van het CTB in de horeca en bij evenementen echter slechts beperkt geleid tot verhoging van de vaccinatiegraad. Om allemaal veilig te zijn, moet een vaccinatiegraad van tenminste 95% worden bereikt. Graag vernemen de VVD-fractieleden van u welke maatregelen aanvullend op de in de stand van zakenbrief genoemde maatregelen, nog genomen worden om de vaccinatiegraad op korte termijn substantieel te verhogen.

Tot en met 18 oktober heeft van de volwassenen 87,1% minimaal 1 prik gehad en is 83,5% volledig gevaccineerd. Voor iedereen van 12 jaar en ouder heeft 84,9% minimaal 1 prik gehad en is 81,4% volledig gevaccineerd. De aanpak voor het verder verhogen van de vaccinatiegraad kenmerkt zich door een focus op doelgroepen en een wijkgerichte en/of regionale aanpak en is een proces van lange adem. Communicatie, specifieke informatievoorziening en andere interventies worden gericht ingezet voor achterblijvende groepen en/of stadswijken en regio's. GGD'en, in samenwerking met sociale en medische partners, blijven inzetten op het voeren van het gesprek en het voorzien in

betrouwbare informatie. Dankzij continue uitwisseling van ervaringen, best practices en evaluaties tussen GGD-regio's onderling weten de GGD'en hun capaciteit gericht in te zetten en de vaccinatiegraad verder te verhogen.

In mijn brief aan de Tweede Kamer van 14 september jl., heb ik een toelichting gegeven op maatregelen die worden toegepast voor het verhogen van de vaccinatiegraad. In aanvulling daarop zijn door RIVM en de GGD'en onder andere onderstaande maatregelen genomen om de vaccinatiegraad verder te verhogen.
Om de vaccinatiegraad onder 45-60-jarigen verder te verhogen, worden in meerdere ziekenhuizen pop-up vaccinatielocaties geopend. De eerste locatie is eind september geopend in het Maasstad ziekenhuis en betreft een samenwerking met GGD Rotterdam-Rijnmond. Specialisten verwijzen mensen met vragen over het vaccin door naar de vaccinatielocatie, waar zij meer informatie kunnen krijgen over het vaccin en gevaccineerd kunnen worden. Binnenkort worden ook in andere ziekenhuizen pop-up locaties geopend in samenwerking met de GGD.
De vaccinatiegraad onder jongeren en met name MBO-studenten blijft een aandachtspunt. Onderwijsinstellingen en GGD'en maken afspraken over voorlichting en een eventuele pop-up locatie voor vaccinatie nabij de verschillende instellingen. Daarnaast is er intensief contact met de onderwijskoepels en andere partners rondom deze doelgroep. Doel is om te komen tot attenderende informatie voor jongeren.

Tot slot is de GGD aanwezig op plekken met hoge mobiliteit, de zogeheten doorstroomlocaties. Zo is de GGD aanwezig voor voorlichting en vaccinatie in Hoog Catharijne, op de Appeltjesmarkt in Amsterdam en op de markt in Beverwijk.

De effectiviteit van bestaande en nieuwe interventies wordt continu gemonitord, zowel kwantitatief via metingen per priklocatie en regionale dashboards, als kwalitatief. Een voorbeeld van het laatste betreft de samenwerking tussen de GGD, de Erasmus Universiteit en de gemeente Rotterdam om in kaart te brengen wat de beweegredenen zijn van bezoekers van de vaccinatielocatie in het ziekenhuis. Inzichten uit dat onderzoek worden gebruikt om deze interventie waar mogelijk breder op te schalen.

In de stand van zaken brief van 5 november geef ik opnieuw een actueel beeld van de voortgang van het fijnmazig vaccineren.

Wat vindt u bijvoorbeeld van de aanpak in Berlijn, om de nachthoreca weer volledig te openen op basis van 2G (of genezen of gevaccineerd)?

Het OMT heeft aangegeven dat de kans dat iemand op een locatie waar een CTB verplicht is toch besmettelijk is, twee keer zo klein is bij volledig gevaccineerde personen als bij ongevaccineerde, maar vooraf geteste personen. Daarom wijst het OMT er in haar 126e advies op dat in een volgende versoepelingsstap een verzwaard CTB overwogen kan worden voor bepaalde situaties of hoogrisicosettings. Bij het verzwaren van het CTB kan worden gedacht aan: een kortere geldigheidsduur van de antigeentest, alleen toegang na een NAAT-test (PCR), of het testen van alle deelnemers onafhankelijk van hun immuun- of vaccinatiestatus. Er kan ook gedacht worden aan een CTB op basis van een

herstel- of vaccinatiebewijs, het zogeheten 2G-beleid. Met een 2G-beleid zouden meer mogelijkheden kunnen ontstaan om hoogrisicosettings, zoals de nachthoreca, verder te openen, waarbij het risico op besmettingsgevallen waarvoor ziekenhuisopname nodig is, zoveel mogelijk beperkt blijft. verstandig 2G-beleid wordt dus niet op voorhand als optie uitgesloten. Op dit moment hebben we de samenleving stap voor stap geopend met behulp van coronatoegangsbewijzen op basis van 3G (herstel-, vaccinatie, of testbewijs).

De leden van de VVD-fractie verwachten dat dit vooral jongeren motiveert om zich te laten vaccineren. Zijn er ervaringscijfers, bijvoorbeeld uit Berlijn, die de verwachting van deze leden staven?

Het kabinet is niet bekend met dergelijke ervaringscijfers. Het 2G-beleid is in september geïntroduceerd in Berlijn en vervolgens in enkele andere Duitse steden. De cijfers laten sindsdien een stijging zien in de landelijke vaccinatiegraad in Duitsland[4]. Er zijn echter meerdere factoren die invloed kunnen hebben op deze stijging van de vaccinatiegraad. Het is niet mogelijk om een causaal verband te leggen tussen het 2G-beleid in Duitsland en de stijging in de vaccinatiegraad.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks en D66-fracties

De leden van de GroenLinks-fractie hebben kennisgenomen van de brief van 30 september 2021, waarmee gereageerd wordt op de vragen van de commissies van 18 juni 2021[5], en de brief van 14 september 2021, waarmee onder meer de Aanpak Najaar (hierna: najaarsplan)[6] wordt aangeboden. U lijkt ervoor te kiezen de prevalentiegrens te vervangen door harde criteria zoals het aantal covid-19-gerelateerde intensive care-opnames en ziekenhuisopnames, zoals opgenomen in het najaarsplan. In de brief van 30 september staat op pagina 6 echter: "Daarnaast wordt bij besluitvorming naar verschillende contextindicatoren gekeken, zoals druk op de zorgketen, alsook de sociaal maatschappelijke en economische situatie." In het najaarsplan wordt ook 'dijkbewaking' als contextindicator genoemd. De leden van deze fractie wijzen erop dat bij het debat over de Tijdelijke wet coronatoegangsbewijzen (35 807) op 25 mei jl. is toegezegd[7] in het plan van aanpak criteria op te nemen voor de inzet van testen voor toegang. Deze toezegging heeft voor de leden van de GroenLinks-fractie zwaar gewogen bij het instemmen met dit wetsvoorstel. Door het opnemen van de zogenaamde contextindicatoren, en hun ruime definitie, is het zeer moeilijk geworden om de proportionaliteit van de inzet van testen voor toegang te toetsen. De leden van de GroenLinks-fractie hebben in dit kader enkele vragen, waarbij de leden van de D66-fractie zich aansluiten.
De leden van de fracties van GroenLinks en D66 vragen om de contextindicatoren om te zetten in helder geformuleerde criteria, aan de hand waarvan burgers kunnen afleiden of maatregelen op enig moment door het kabinet nog proportioneel geacht worden.

[4] Dashboard van het Duitse ministerie van Volksgezondheid: https://impfdashboard.de/en/.
[5] Verslag schriftelijk overleg (*Kamerstukken I* 2021/22, 35 526/25 295, CI).
[6] *Kamerstukken I* 2020/21, 35 526/25 295, CH en bijlagen.
[7] Toezegging Proportionaliteit toegangstesten in plan van aanpak (T03143).

De leden van beide fracties krijgen daarnaast ook graag een afwegingskader aangeleverd voor de harde criteria van het najaarsplan en de contextindicatoren, zodat helder wordt welke criteria het zwaarst wegen en wat er minimaal nodig is om coronatoegangsbewijzen te kunnen handhaven.
Indien dit niet kan worden gegeven, bent u dan bereid de inzet van testen voor toegang te beperken tot die periodes waarin de covid-19-gerelateerde IC- en ziekenhuisopnames boven de criteria voor het niveau 'zorgelijk' uit het najaarsplan uitkomen? Oftewel, bent u bereid om de contextindicatoren achterwege te laten, daar deze in hun huidige vorm te moeilijk te duiden zijn om als juridische onderbouwing voor de proportionaliteit van coronatoegangsbewijzen op niet-essentiële locaties te dienen?

In de aanpak najaar is ervoor gekozen om alleen indicatoren die direct iets zeggen over de druk op de zorg (7-daagsgemiddelde van IC-opnames en ziekenhuisopnames) te gebruiken als leidende indicatoren. Hiermee wordt bepaald of we ons in een waakzame, zorgelijke of ernstige situatie bevinden met betrekking tot de druk op de zorg. Zoals aangegeven in de stand van zakenbrief van 14 september jl.[8], hebben de genoemde indicatoren niet het automatisme dat er per definitie conclusies in de vorm van al dan niet gewijzigde maatregelen aan worden verbonden. De signaalwaarden laten alarmbellen afgaan die leiden tot het nader bekijken en duiden van de situatie aan de hand van contextindicatoren, zoals druk op de zorgketen en de immuniteitsontwikkeling. Vervolgens kan worden bepaald of en welk ingrijpen passend is. Mede op basis van een OMT-advies, de wekelijkse duiding door het RIVM, SME-doelen en de contextfactoren, kan het kabinet besluiten aanvullende maatregelen te nemen, waaronder de landelijke toepassing van coronatoegangsbewijzen. Het al dan niet wijzigen van maatregelen is daarbij steeds optioneel. De contextindicatoren zijn dus een belangrijk onderdeel van de aanpak om te toetsen op een proportionele inzet van de maatregelen in verhouding tot de druk op de zorg.

Kan een onderbouwde appreciatie worden gegeven van de mate waarin de huidige omstandigheden voldoen aan de criteria van het kabinet om de coronatoegangsbewijzen te laten vervallen?

In de Kamerbrief van 14 september jl.[9] heeft het kabinet de Aanpak Najaar gepresenteerd. In deze aanpak zijn drie scenario's uiteengezet alsook de indicatoren gepresenteerd waarop Nederland wordt ingeschaald in een risiconiveau, te weten het 7-daagsgemiddelde van het aantal ziekenhuisopnames en het aantal IC-opnames. Inschaling vindt nu wekelijks op dinsdag plaats op het Coronadashboard. In de aanpak najaar is ervoor gekozen om alleen indicatoren die direct iets zeggen over de druk op de zorg (7-daagsgemiddelde van IC-opnames en ziekenhuisopnames) te gebruiken als leidende indicatoren. Hiermee wordt bepaald of we ons in een waakzame, zorgelijke of ernstige situatie bevinden met betrekking tot de druk op de zorg. Zoals aangegeven in de Stand van Zakenbrief van 14 september jl. (pagina 24), hebben de signaalwaarden niet het automatisme dat er per definitie conclusies in de vorm van al dan niet gewijzigde maatregelen aan worden verbonden. Deze indicatoren geven een eerste

[8] Kamerstuk 25 295, nr. 1422
[9] Kamerstuk 25 295, nr. 1422

cijfermatige indruk van de druk op de zorg en in hoeverre deze oploopt. Naast deze cijfermatige indruk wordt de situatie nader geduid aan de hand van de contextindicatoren, zoals druk op de zorgketen en de immuniteitsontwikkeling. Vervolgens kan bepaald worden of en welk ingrijpen passend is. Mede op basis van een advies van het OMT, de wekelijkse duiding door het RIVM, de SME-doelen en de contextfactoren kan het kabinet besluiten aanvullende maatregelen te nemen, waaronder, al dan niet, de landelijke toepassing van coronatoegangsbewijzen. Het al dan niet wijzigen van maatregelen is daarbij steeds optioneel en is een bestuurlijke afweging.

Het kabinet onderzoekt of ook werkgevers in niet-essentiële sectoren de coronapas kunnen invoeren, terwijl de wet die dit mogelijk zou maken, daar nadrukkelijk niet voor bedoeld was. Kunt u reflecteren op de juridische houdbaarheid van deze mogelijkheid?

In de huidige Wet publieke gezondheid is het niet mogelijk voor werkgevers om een coronatoegangsbewijs te vragen van werknemers. De aard van de rechtsverhouding en de afhankelijkheidsrelatie tussen werkgever enerzijds, en werknemer, uitzendkracht, gedetacheerde, zzp'er en vergelijkbare arbeidskrachten anderzijds, en daarbij de consequenties voor de medewerker die geen testbewijs kan of wil tonen, de inbreuk op de privacy van de medewerker en de doorbreking van het medisch beroepsgeheim, maken dat het wettelijk verplichten van een testbewijs voor medewerkers elementen zijn die hierin zijn meegewogen. Evenals de onaantastbaarheid van het lichaam (artikel 11 van de Grondwet), waarbij het proportionaliteitscriterium en het subsidiariteitsbeginsel van belang zijn.
Met de invoering van het verplichte coronatoegangsbewijs voor bepaalde sectoren, vragen sommige werkgevers naar de mogelijkheid van een coronatoegangsbewijs voor werknemers. Om voorbereid te zijn op ontwikkelingen van het virus, verkent het kabinet of en onder welke omstandigheden en voorwaarden een coronatoegangsbewijs van werknemers verlangd kan worden. Deze mogelijkheid zal juridisch een aanpassing van de verbodsbepaling van artikel 58ra, achtste lid, van de Wet publieke gezondheid vereisen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de brief van 14 september 2021 en de bijbehorende ministeriële regeling waarin onder andere de veilige afstand op nul meter wordt gesteld[10] en de brief van 30 september 2021[11], waarin onder meer wordt ingegaan op de motie-Van der Voort c.s.[12] over een realistische ondergrens van de prevalentie van het aantal geschatte besmettelijke personen. De leden van deze fractie hebben de ministeriële regeling en de toelichting gespiegeld aan de motie-Van der Voort c.s. en aan de Handelingen van het debat over onder meer de Verlengingsprocedures Tijdelijke wet maatregelen Covid-19 (35874) op 12 en 13 juli 2021. In dat debat hebt u gezegd: "Toen heb ik die ondergrens gesteld — ik heb daarop ook nog geen ander antwoord — op de dag dat je af kunt van de 1,5 meter. Dat is ook de dag dat je af kunt van het

[10] *Kamerstukken I* 2020/21, 35 526 / 25 295, CH en bijlagen.
[11] Verslag schriftelijk overleg (*Kamerstukken I* 2021/22, 35 526/25 295, CI).
[12] *Kamerstukken I* 2020/21, 35 807, G.

testen voor toegang."[13] Derhalve hebben de leden van de D66-fractie de volgende vragen geformuleerd.
Kunt u aangeven waarom u besloten heeft om het testen voor toegang uit te breiden op het moment dat de 1,5 meter werd opgeheven, terwijl eerder is aangegeven dat het testen voor toegang zou stoppen wanneer de 1,5 meter zou worden teruggebracht naar nihil? Hoe komt het dat u nu niet handelt volgens uw eerdere uitspraken?

Bij elk besluitvormingsmoment wordt het OMT om advies gevraagd over de epidemiologische situatie in Nederland. Mede op basis hiervan neemt het kabinet een weloverwogen besluit over het aanpassen van maatregelen. Het loslaten van de 1,5m-regel is een belangrijke stap in teruggaan naar het leven zoals we dat kennen, maar brengt risico's met zich mee. Een van die risico's is dat, ondanks de bereikte vaccinatiegraad, de zorg overbelast raakt omdat het virus zich snel weet te verspreiden, met name onder niet-gevaccineerden die een aanzienlijk hoger risico hebben om in het ziekenhuis terecht te komen. Mede op basis van het 126e advies van het OMT heeft het kabinet besloten dat het loslaten van de 1,5m-regel alleen mogelijk is als een coronatoegangsbewijs wordt ingevoerd. Het coronatoegangsbewijs is op 3 manieren te verkrijgen: middels een herstelbewijs, middels een vaccinatiebewijs, of middels een testbewijs. De context waarin het coronavirus moet worden bestreden, verandert continue, wat betekent dat we moeten meebewegen. Als de epidemiologische situatie dat toelaat, zal de verplichte inzet van een coronatoegangsbewijs uiteraard worden losgelaten.

In het debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus met de Tweede Kamer op 14 juli jl. hebt u herhaald dat u de ondergrens zou laten bepalen en dit als argument in het maken van beleid zou willen inzetten. Daarbij hebt u ook gewezen op het belang om een bovengrens te formuleren en dat dat in de zomer bekend zou moeten zijn.[14] Uit de brief van 30 september begrijpen de leden van de D66-fractie dat het RIVM het aantal besmettelijke personen niet kan vaststellen en dat dat de beperking is om een onder- en bovengrens te bepalen. Toch is een inschatting van de prevalentie de basis voor het invoeren van maatregelen. Is er een ondergrens en bovengrens te bepalen van enig ander criterium dat een inschatting geeft van de risico's die gelopen worden om weer een verheffing van de pandemie te krijgen en daarmee gebruikt kan worden om de samenleving inzicht te geven wanneer de inzet van testen voor toegang zinvol is en wanneer niet meer?

Naast de leidende indicatoren (ziekenhuis- en IC-opnames), is het voor andere criteria, waaronder de genoemde contextfactoren in de aanpak najaar, niet mogelijk om harde waarden vast te stellen. Het RIVM heeft aangegeven dat dit lastig is vanwege de vele onzekerheden in de huidige fase van de pandemie mede als gevolg van de oplopende vaccinatiegraad. De contextfactoren worden daarom gebruikt voor duiding van de situatie voordat maatregelen getroffen worden. Er wordt momenteel wel samen met het RIVM gekeken in hoeverre het mogelijk is

[13] *Handelingen I* 2020/21, nr. 46, item 2, p. 23.
[14] Stenogram 14 juli 2021: https://www.tweedekamer.nl/debat_en_vergadering/plenaire_vergaderingen/details/activeit?id=2021A04873.

om "signaalwaarden" te ontwikkelen voor de virusvracht in rioolwater. Deze indicator kan dienen in het kader van vroegsignalering.

Het huidige aantal positieve testen bij testen voor toegang is 0,2%. Hoe beoordeelt u dit percentage in het licht van de ondergrens of de 'aan-uit knop', zoals eerder besproken en in de motie-Van der Voort c.s. geformuleerd?

Zoals genoemd in reactie op een eerdere vraag van de leden van de fractie van GroenLinks en de leden van de fractie van D66, is het niet mogelijk om harde waarden vast te stellen voor de genoemde contextfactoren in de aanpak najaar. De motie Van der Voort[15] had betrekking op het openingsplan dat het kabinet in april 2021 heeft gepresenteerd. In een reactie heb ik op 29 juni per brief aan uw Kamer laten weten dat het OMT om advies is gevraagd over het in stand houden van coronatoegangsbewijzen[16]. Echter, gezien de veranderingen in de epidemiologische situatie t.o.v. de situatie in juni 2021, heeft het OMT in het 126e-advies geadviseerd om coronatoegangsbewijzen breder in te voeren in risicovolle settings waarbij personen dicht op elkaar ('ademcirkel') verblijven.

Afrondend hebben de leden van de D66-fractie nog een vraag met betrekking tot de vaccinatiegraad. Gezien het streven naar een hoge vaccinatiegraad vragen zij zich af hoe de rol van de eerste lijn hierin is. Huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners hebben een vertrouwensrelatie met burgers en kunnen derhalve een sleutelrol vervullen in het bereiken van een hoge vaccinatiegraad. Zijn er afspraken met de eerste lijn over een actieve rol om zoveel mogelijk burgers te bereiken en het gesprek over vaccinatie aan te gaan?

Uit meerdere onderzoeken blijkt inderdaad dat de eerste lijn een belangrijke rol kan spelen bij het verhogen van de vaccinatiegraad en het voeren van de dialoog. Vanuit mijn departement en het RIVM zijn zeer regelmatig overleggen waar de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) aan deelneemt. De LHV geeft aan dat huisartsen een belangrijke actieve rol willen blijven spelen in het (spreekkamer)gesprek met burgers en goede informatievoorziening. Huisartsen geven aan dat zij veel vragen krijgen van patiënten rondom vaccinatie. Het verschilt per huisartspraktijk hoe hier invulling aan wordt gegeven. Zo gaan in de grote steden huisartsen met een praktijk in achterstandswijken actief de markt en/of straat op om mensen te informeren en voor te lichten. Dit doen zij ook in samenwerking met artsen publieke gezondheid van de regionale GGD'en, die met hen contact hebben over het vaccineren van specifieke doelgroepen. Andere huisartsen geven tijdens hun afspraken voorlichting aan patiënten. Daarnaast verstrekt het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) op de website thuisarts.nl veel informatie over COVID en vaccinaties. Het RIVM organiseert, o.a. in samenwerking met de LHV, binnenkort een nieuwe serie webinars voor professionals waarin handvatten worden gegeven voor het goede gesprek en informatievoorziening richting burgers.

[15] Motie-Van der Voort (*Kamerstukken I 2020-2021*, 35 807, nr. G).
[16] Kamerbrief met reactie op motie-Van der Voort (*Kamerstukken I 2020-2021*, 35 807-I).

Ook met andere partijen in de zorg, die relatief dichtbij de burger staan, zijn we in gesprek over hun rol bij het verhogen van de vaccinatiegraad. Denk hierbij aan de apotheker, bedrijfsarts of maatschappelijk werker. Zij kunnen vanuit hun natuurlijke positie vragen beantwoorden, wijzen op de mogelijkheden om te vaccineren en/of voorlichtingssessies faciliteren.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brieven van 14 september 2021 en de brief van 17 september 2021 met bijlagen.[17] Naar aanleiding daarvan hebben zij nog enige vragen.

Gelet op de aangenomen motie-Van Hattem c.s.[18] vragen de leden van PVV-fractie om ten aanzien van de per 25 september jl. genomen maatregelen concreet aan te geven welke toetsbare indicatoren per maatregel zijn gehanteerd. Kunt u daarbij in het bijzonder aangeven in hoeverre deze motie is toegepast ten aanzien van de verplichtingen voor het coronatoegangsbewijs en het gesloten houden van de nachthoreca?

Vooralsnog gaan we uit van een scenario waarbij we dit najaar te maken krijgen met oplevingen van het virus. Er is immers nog een grote groep van circa 1,8 miljoen mensen waar het virus kans krijgt omdat ze niet gevaccineerd zijn. Er zijn twee leidende signaalwaarden geformuleerd voor ziekenhuis en IC-opnames. Als deze bereikt worden, besluit het kabinet op basis van de wekelijkse duiding door het RIVM, een OMT-advies, SME-doelen en contextfactoren over de (continuering van de dan) geldende maatregelen. Specifiek adviseert het OMT (OMT 126) voor de horeca om versoepelingen in deze setting, waarvan het OMT aangeeft dat dit een hoog-risicosetting betreft, nog ten minste een aantal weken uit te stellen, in afwachting van het verdere verloop van de epidemie. Het OMT merkt daarbij op dat uit de clusters van besmettingen begin juli is gebleken dat het transmissierisico op deze hoog-risicosettings zeer groot kan zijn. Daarbij is de gemiddelde vaccinatiegraad onder jongeren en jonge volwassenen, de doelgroep van veel nachthoreca en massale evenementen, nog lager dan gewenst en onder de gemiddelde vaccinatiegraad onder volwassenen in Nederland, aldus het OMT. Voor wat betreft de inzet van het CTB, heeft het OMT aangegeven dat het loslaten van de 1,5 meter afstandsnorm epidemiologisch alleen mogelijk is als in risicovolle settings een CTB wordt toegepast. Door inzet van het CTB dekken we de restrisico's van de toenemende contacten af, waardoor versoepelen van contact beperkende maatregelen mogelijk gemaakt wordt. Op basis van de argumentatie van het OMT acht kabinet de getroffen maatregelen, ook voor wat betreft de horeca en de inzet van het CTB proportioneel.

In de brief van 14 september jl.[19] worden weliswaar indicatoren en signaalwaarden genoemd, maar ze worden niet direct aan specifieke maatregelen gekoppeld. Bent u bereid dit gelet op voornoemde motie alsnog te doen?

[17] *Kamerstukken I* 2020/21, 35 526/25 295, CH en CG.
[18] *Kamerstukken I* 2020/21, nr. 35 526, I.
[19] *Kamerstukken I* 2020/21, 35 526 / 25 295, CH.

De inschaling in een bepaald risiconiveau (waakzaam, zorgelijk of ernstig) wordt bepaald door het 7-daags gemiddelde van ziekenhuis- en IC-opnames. Deze inschaling vindt wekelijks plaats en wordt gecommuniceerd via het Coronadashboard. Het besluit van het kabinet over de (continuering van) inzet van maatregelen vindt plaats op basis van de duiding door het RIVM, contextfactoren, een OMT-advies en de sociaaleconomische en maatschappelijke doelen. Daarbij is het een gegeven dat verschillende van deze contextfactoren, zoals de sociaaleconomische en maatschappelijke doelen lastig, tot niet, zijn te kwantificeren. Ook wijst het RIVM erop dat het in deze fase van de crisis, waarbij als gevolg van een oplopende vaccinatiegraad een oplopend aantal besmettingen niet direct hoeft te leiden tot een grotere druk op de zorg, het bijzonder lastig is om contextfactoren één-op-één aan maatregelen te koppelen. Dit maakt dat in deze fase van de crisis geen automatisme tussen indicatoren en maatregelen meer aan kan worden gebracht, zoals dat bij de eerdere routekaart nog wel het geval was.

Per 1 oktober jl. lag volgens het Coronadashboard van de Rijksoverheid[20] het 7-daags gemiddelde van ziekenhuisopnames met 36 onder de signaalwaarde van 40 en het 7-daags gemiddelde van het aantal IC-opnames met 7 onder de signaalwaarde van 10. Volgens het schema in de Stand van zakenbrief van 14 september jl. (pagina 23) zou daarmee het risiconiveau verlaagd moeten worden van 'zorgelijk' naar 'waakzaam'. Dit betekent ook dat de maatregelen zouden moeten worden afgeschaald en ingetrokken. De leden van de PVV-fractie willen graag weten waarom dit nog niet is gebeurd.

Op grond van het 7-daagsgemiddelde van het aantal ziekenhuisopnames en het aantal IC-opnames geldt per 12 oktober risiconiveau zorgelijk voor heel Nederland. Inschaling vindt wekelijks op dinsdag plaats op het Coronadashboard. In de aanpak najaar is ervoor gekozen om alleen indicatoren die direct iets zeggen over de druk op de zorg (7-daagsgemiddelde van IC-opnames en ziekenhuisopnames) te gebruiken als leidende indicatoren. Hiermee wordt bepaald of we ons in een waakzame, zorgelijke of ernstige situatie bevinden met betrekking tot de druk op de zorg. Zoals aangegeven in de stand van zakenbrief van 14 september jl., hebben de signaalwaarden niet het automatisme dat er per definitie conclusies, in de vorm van al dan niet gewijzigde maatregelen, aan worden verbonden. De indicatoren geven een eerste cijfermatige indruk van de druk op de zorg en in hoeverre deze oploopt. Naast deze cijfermatige indruk, wordt de situatie nader geduid aan de hand van de contextindicatoren, zoals druk op de zorgketen en de immuniteitsontwikkeling. Vervolgens kan bepaald worden of en welk ingrijpen passend is. Mede op basis van een advies van het OMT, de wekelijkse duiding door het RIVM, de SME-doelen en de contextfactoren, kan het kabinet besluiten aanvullende maatregelen te nemen, waaronder de landelijke toepassing van coronatoegangsbewijzen. Het al dan niet wijzigen van maatregelen is daarbij steeds optioneel en is een bestuurlijke afweging.

[20] https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/.

In de brief wordt ingegaan op de handhaving en controle van het coronatoegangsbewijs (pagina 18 en volgende). Hoeveel beleidsruimte hebben gemeenten ten aanzien van het stellen van handhavingsprioriteiten en handhavingsdoelen voor de controle en handhaving van de coronatoegangsbewijzen? In hoeverre en op welke wijze is hierbij sprake is van betrokkenheid, sturing en controle door de gemeenteraad als democratisch orgaan?

Handhaving van de coronamaatregelen is altijd een afweging in de lokale driehoek. Voor de naleving van de coronatoegangsbewijzen geldt dat de ondernemer primair de controle op het coronatoegangsbewijs uitvoert en dat de gemeente daar risicogericht en steekproefsgewijs op toeziet. Om daarbij te ondersteunen en de naleving van de verplichtingen te bevorderen, heeft het kabinet € 45 mln. ter beschikking gesteld aan de veiligheidsregio's voor de inzet van bijvoorbeeld beveiligers, controleurs of hosts die coronatoegangsbewijzen controleren of de controle van coronatoegangsbewijzen bevorderen en vergemakkelijken. Ook zijn er enkele gemeenten die de tegemoetkoming gebruiken voor de inzet van polsbandjes. Met de burgemeesters is afgesproken dat daar waar het niet goed gaat, de verantwoordelijke zal worden aangesproken en waar nodig gehandhaafd zal worden. Tegen ondernemers die willens en wetens de regels overtreden, wordt opgetreden. De gemeenteraad stelt periodiek de doelen vast die de gemeente op het terrein van veiligheid nastreeft voor de prioritering van de handhaving en de vrijgekomen middelen. De burgemeester legt verantwoording af aan de gemeenteraad over de handhaving.

Op pagina 39 van deze brief staat dat € 630 miljoen is gereserveerd voor testcapaciteit tot en met eind december en spreekt over contracten in de 'open house' regeling met onder andere Stichting Open Nederland. Kunt u aangeven in hoeverre er al (contractuele) verplichtingen zijn aangegaan voor heel deze periode en wat de consequenties zijn als er al eerder wordt afgeschaald en de verplichte coronatoegangsbewijzen al eerder worden stopgezet?

Er is 630 miljoen euro aan verplichtingenruimte gereserveerd voor de periode oktober tot en met december. De 630 miljoen euro is gebaseerd op een eerste ingeschatte begroting. De verplichting is nog niet volledig aangegaan. Onder andere doordat in de Open House-regeling vergoedingen per test marktconform zijn vastgesteld, hebben we de benodigde kasmiddelen naar beneden bij kunnen stellen. In de 12e ISB, waar ook de kaswaarden worden vastgesteld, is daarom het bedrag bijgesteld naar 452 miljoen euro.

In de periode van oktober tot en met december geldt de Open House-regeling. Indien besloten wordt te stoppen met het Coronatoegangsbewijs (CTB), dan worden per direct geen kosten meer gemaakt voor het afnemen van testen, omdat we in de Open House-regeling betalen per afgenomen test. Daarnaast heeft VWS een dienstverleningsovereenkomst met Stichting Open Nederland (SON) voor de coördinerende taken. Hierin staat aangegeven dat VWS maandelijks het contract met Stichting Open Nederland kan opzeggen. VWS gaat dus voor een maand financiële verplichtingen met SON aan voor de kosten die SON maakt.

Daarnaast zijn er altijd afbouwkosten van rond de 4 miljoen euro. Onder de afbouwkosten vallen onder andere de administratieve afhandeling, financiële afhandeling, contractuele afhandeling, huur, en IT kosten.

Op pagina 44 van de brief wordt ingegaan op de verstrekking van zelftesten. Volgens een bericht van Omroep Gelderland van 14 augustus jl. was een hond ernstig ziek geworden door het kauwen op een zelftest. Volgens dit bericht bevatten deze coronazelftesten het zeer giftige sodium azide en natrium azide. Expliciete waarschuwingen hiervoor zouden op de verpakking ontbreken.[21] Kan worden aangegeven of deze constateringen kloppen en welke maatregelen het ministerie neemt om te voorkomen dat mens of dier ziek kunnen worden door deze coronazelftesten?

Het gaat hier om producten met een CE-markering, met bijbehorende regels op productveiligheid. Ik ben ermee bekend dat er zelftesten zijn, waarvan de buffervloeistof sodium azide of natrium azide bevat. IGJ geeft in het artikel aan dat de concentratie hiervan dusdanig laag is dat het onwaarschijnlijk is dat je er ernstig ziek van wordt, maar het is uiteraard niet de bedoeling dat de buffervloeistof geconsumeerd wordt. Het is net als bij andere medische hulpmiddelen, maar bijvoorbeeld ook voor medicijnen, raadzaam om zelftesten op een droge, koele en donkere plek buiten het bereik van kinderen en huisdieren te bewaren.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdD-fractie

In artikel 58ra, tweede lid, onder a, van de Wpg is bepaald dat een vaccinatiebewijs slechts als coronatoegangsbewijs mag worden aangemerkt als op basis daarvan "kan worden vastgesteld dat een vergelijkbare kans op overdracht van het virus SARS-CoV-2 bestaat als bij een bewijs van een negatieve testuitslag". Op grond van welke feitelijke gegevens is vastgesteld dat bij een persoon die beschikt over een vaccinatiebewijs, een vergelijkbare kans op overdracht van het virus SARS-CoV-2 bestaat als bij een persoon die beschikt over een bewijs van een negatieve testuitslag?

Het ministerie baseert zich voor deze weging niet op individuele studies, maar op de adviezen van het OMT en de Gezondheidsraad. De Gezondheidsraad en het OMT baseren hun adviezen op wetenschappelijke publicaties en feitelijke gegevens. Er zijn nog te weinig gegevens om harde conclusies te kunnen trekken over de exacte transmissiekans na vaccinatie versus de transmissiekans na een negatieve testuitslag.

De Gezondheidsraad gaf op 20 mei jl. aan dat op dat moment waarschijnlijk vast te stellen is dat vaccinatie "tot op zekere hoogte transmissie tegengaat"[22]. Daarnaast is het OMT gevraagd te adviseren aan welke epidemiologische randvoorwaarden (waaronder de vaccinatiegraad van de populatie) binnen Nederland moet worden voldaan om een bewijs van vaccinatie te accepteren als toegangsbewijs. Dit advies is dinsdag 25 mei jl. ontvangen en met de Tweede

[21] https://www.gld.nl/nieuws/7343397/hond-chani-doodziek-na-kauwen-op-coronazelftest.
[22] Advies Transmissie na vaccinatie, 2021/22, p. 2.

Kamer (TK) gedeeld. Alles overziend heeft het OMT geconcludeerd dat het in ieder geval medisch verantwoord was om vaccinatiebewijzen in te voeren voor toegang in Nederland, als stap 4 van het toenmalige openingsplan op 30 juni jl. kon worden gezet. Hiermee heb ik ook invulling gegeven aan de motie van de leden Palland en De Vries om vaccinatiebewijzen zo snel mogelijk gelijk te stellen aan een testbewijs. Ten tijde van het advies was de kennis over het effect van transmissie op vaccinatie volop in ontwikkeling.

Vanaf 24 juni jl. is het mogelijk gemaakt om een coronatoegangsbewijs op basis een voltooide vaccinatie voor toegang te gebruiken. In het 116e OMT-advies[23] (gepubliceerd op 18 juni) wordt gesteld dat vaccinaties ook beschermen tegen transmissie, maar dat de grootte van het effect uiteenloopt tussen de 50-90%. Mede op basis van die inschatting is het vaccinatiebewijs voor toegang geïntroduceerd.

Op basis van advies van de GR én advies van het OMT, heeft het kabinet geconcludeerd dat de inzet van vaccinatiebewijzen medisch verantwoord was. Dat is gecommuniceerd naar en besproken met de stand van zakenbrief aan de Tweede Kamer van 25 mei jl.[24] en daarna ook belegd in regelgeving ten aanzien van de Digitale Corona Certificaten (DCC) en de Coronatoegangsbewijzen (Ctb).

Dat de inzet van vaccinatiebewijzen verantwoord was, blijkt ook uit het 126e en 127e OMT advies waar wordt gesteld dat:

> 126e OMT advies: 'Uit berekeningen blijkt dat de kans dat iemand besmettelijk virus bij zich draagt en daarmee potentieel besmettelijk is voor anderen, ook na een negatieve antigeensneltest nog altijd circa tweemaal zo groot is als de kans dat een volledig gevaccineerd persoon het virus draagt. Kortom, de kans dat een deelnemer op een evenement toch besmettelijk is, is kleiner bij volledig gevaccineerde personen dan bij ongevaccineerde, maar vooraf geteste personen.'
>
> 127e OMT advies: "Uit analyses van het RIVM blijkt dat vaccinatie zowel beschermt tegen infectie als tegen transmissie van infectie na blootstelling, beide factoren die van belang zijn voor het gebruik van een vaccinatiebewijs voor toegang. De exacte mate van bescherming tegen transmissie wordt nog onderzocht, maar is volgens schattingen van het RIVM in de orde van 50%."

In het advies van de Gezondheidsraad van 20 mei 2021 wordt geconcludeerd dat vaccinatie "in meer of mindere mate [bijdraagt] aan het voorkomen van infecties bij anderen"[25] en "[m]eer onderzoek zal uitwijzen in welke mate, hoe lang en in welke omstandigheden vaccinatie transmissie tegengaat". Bent u het met de PvdD-fractieleden eens dat uit dat advies moet worden afgeleid dat ten tijde van dat advies nog niet wetenschappelijk was vastgesteld dat vaccinatie zodanig tegen transmissie beschermt, dat de conclusie gewettigd is dat bij een persoon die

[23] Advies n.a.v. het 116e en 117e OMT, d.d. 18 juni 2021.
[24] Kamerstuk 25 295, nr. 1241
[25] Advies Transmissie na vaccinatie, 2021/22, p. 2.

beschikt over een vaccinatiebewijs, een vergelijkbare kans op overdracht van het virus SARS-CoV-2 bestaat als bij een persoon die beschikt over een bewijs van een negatieve testuitslag?

Ten tijde van het advies was de kennis over het effect van transmissie op vaccinatie volop in ontwikkeling. De Gezondheidsraad gaf aan dat op dat moment waarschijnlijk vast te stellen is dat vaccinatie 'tot op zekere hoogte transmissie' tegengaat.

In aanvulling op dit advies is het OMT gevraagd te adviseren over aan welke epidemiologische randvoorwaarden (waaronder de vaccinatiegraad van de populatie) binnen Nederland moet worden voldaan om een bewijs van vaccinatie te accepteren als toegangsbewijs. Dit advies is dinsdag 25 mei jl. ontvangen en met de Tweede Kamer gedeeld. Alles overziend heeft het OMT geconcludeerd dat het in ieder geval medisch verantwoord is om vaccinatiebewijzen in Nederland in te voeren voor toegang, als stap 4 van het toenmalige openingsplan op 30 juni jl. kon worden gezet.

Op basis van advies van de GR én advies van het OMT, heeft het kabinet geconcludeerd dat de inzet van vaccinatiebewijzen medisch verantwoord was. Vanaf 24 juni is het mogelijk gemaakt om een coronatoegangsbewijs op basis een voltooide vaccinatie voor toegang te gebruiken. In het 116e OMT-advies[26] (gepubliceerd op 18 juni) wordt gesteld dat vaccinaties ook beschermen tegen transmissie, maar dat de grootte van het effect uiteen lopen tussen de 50-90%. Mede op basis van die inschatting is het vaccinatiebewijs voor toegang geïntroduceerd.

Ook verwijs ik naar de beschrijving van het 126e en 127e OMT-advies in voorgaande vraag.

Welke onderzoeken zijn er na het advies van de Gezondheidsraad van 20 mei 2021 gepubliceerd die uitwijzen in welke mate, hoe lang en in welke omstandigheden vaccinatie transmissie tegengaat?

Het ministerie baseert zich op de weging van het geheel door de Gezondheidsraad en het OMT en houdt geen overzicht bij van de wetenschappelijke publicaties over dit onderwerp. Literatuur omtrent transmissie wordt door ECDC voortdurend in kaart gebracht. Daarnaast hebben we ook Nederlandse studies lopen. Resultaten uit het onderzoek van het RIVM zijn recentelijk nog gecommuniceerd[27]. In opvolgende (126e en 127e) OMT- adviezen is bevestigd dat vaccinatie, de transmissie van het virus vermindert.

Hebben die in vraag 2.2 bedoelde onderzoeken ertoe geleid dat de Gezondheidsraad inmiddels heeft geoordeeld dat de conclusie gewettigd is dat bij een persoon die beschikt over een vaccinatiebewijs, een vergelijkbare kans op overdracht van het virus SARS-CoV-2 bestaat als bij een persoon die beschikt over een bewijs van een negatieve testuitslag? Heeft u om dat advies gevraagd?

[26] Advies n.a.v. het 116e en 117e OMT, d.d. 18 juni 2021.
[27] Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 'Vaccinatie vermindert overdracht naar ongevaccineerde huisgenoten bij deltavariant met 63%' (15 oktober 2021).

De Gezondheidsraad is niet om advies gevraagd over de vergelijkbare kans op overdracht tussen vaccinatiebewijs en een negatieve testuitslag. In het 123e OMT-advies is uitspraak gedaan over het toekennen van een CTB. Hierin werd gesteld dat personen die de infectie niet hebben doorgemaakt en niet zijn gevaccineerd, een aanmerkelijk grotere kans hebben op ziekteverschijnselen die soms ernstig zijn en waarvoor ziekenhuisopname nodig kan zijn. Bovendien zijn deze personen naar stellige verwachting – ook bij de deltavariant - besmettelijker dan personen die wel immuun zijn en zullen zij het virus vaker doorgeven.

Beschikt u over een wetenschappelijk onderbouwd advies waaruit blijkt dat mag worden geconcludeerd dat bij een persoon die beschikt over een vaccinatiebewijs, een vergelijkbare kans op overdracht van het virus SARS-CoV-2 bestaat als bij een persoon die beschikt over een bewijs van een negatieve testuitslag?

Het OMT heeft in zijn 126e advies d.d. 14 september 2021 het volgende aangegeven:

> 'Uit berekeningen blijkt dat de kans dat iemand besmettelijk virus bij zich draagt en daarmee potentieel besmettelijk is voor anderen, ook na een negatieve antigeensneltest nog altijd circa tweemaal zo groot is als de kans dat een volledig gevaccineerd persoon het virus draagt. Kortom, de kans dat een deelnemer op een evenement toch besmettelijk is, is kleiner bij volledig gevaccineerde personen dan bij ongevaccineerde, maar vooraf geteste personen.'

In het 127e OMT-advies van 11 oktober 2021 is aangegeven dat de effecten van vaccinatie op transmissie en infectie afnemen naarmate het moment van vaccineren langer geleden is, terwijl de effectiviteit tegen ernstige ziekte onverminderd hoog blijft.

In de bijlage[28] van het recente 127e OMT-advies "Geldigheidsduur herstelbewijs en rol serologie bij CTB", wordt ook de mate van verspreiding na vaccinatie besproken:

> "Uit analyses van het RIVM blijkt dat vaccinatie zowel beschermt tegen infectie als tegen transmissie van infectie na blootstelling, beide factoren die van belang zijn voor het gebruik van een vaccinatiebewijs voor toegang. De exacte mate van bescherming tegen transmissie wordt nog onderzocht, maar is volgens schattingen van het RIVM in de orde van 50%."
>
> "[We] onderstrepen graag dat immuniteit na doorgemaakte infectie en na vaccinatie beide slechts gedeeltelijk beschermen tegen herinfectie. Het blijft van belang om helder te communiceren dat CTB geen volledige bescherming biedt, dat personen met kwetsbare gezondheid geadviseerd wordt drukte te vermijden en dat het essentieel is om bij klachten te blijven testen."

[28] Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 'Geldigheidsduur herstelbewijs en rol serologie bij CTB' (Bijlage bij advies n.a.v. 127e OMT d.d. 8 oktober 2021).

Ten slotte schrijft het RIVM op 15 oktober jl. op basis van onderzoek met data uit augustus en september dat coronavaccins ook goed beschermen tegen de overdracht van de deltavariant van het virus[29].

Ook bij een negatieve test bestaat een kans op transmissie van het virus. Dit kan het gevolg zijn van de mate van virusuitscheiding, type en juistheid van het afgenomen monster en tijdstip van bemonstering bij een COVID-19 patiënt. Uit onderzoek blijkt dat een fout-negatieve uitslag in 2 tot 33 procent van de personen met COVID-19 voorkomt[30]. Ook een test geeft geen 100% garantie.

De Gezondheidsraad en het RIVM adviseren op basis van een weging van wetenschappelijke publicaties en feitelijke gegevens. Het ministerie baseert zich niet op individuele studies, maar op het advies van de Gezondheidsraad en het RIVM. Op basis van de huidige wetenschappelijke studies blijkt dat het waarschijnlijk is dat er met een vaccinatie een vergelijkbare of kleinere kans op overdracht van het virus SARS-CoV-2 bestaat dan bij een persoon die beschikt over een bewijs van een negatieve testuitslag.

In de publicatie "Impact of Delta on viral burden and vaccine effectiveness against new SAR-CoV-2 infections in the UK"[31] wordt op pagina 8 aangegeven:
"Peak viral load therefore now appears similar in infected vaccinated and unvaccinated individuals, with potential implications for onward transmission risk, given the strong association between peak Ct and infectivity. However, the degree to which this might translate into new infections is unclear […]. Nevertheless, there may be implications for any policies that assume a low risk of onward transmission from vaccinated individuals (e.g. relating to self-isolation, travel), despite vaccines both still protecting against infection, thereby still reducing transmission overall."
Kan op grond van dat onderzoek de conclusie gewettigd worden dat bij een persoon die beschikt over een vaccinatiebewijs, een vergelijkbare kans op overdracht van het virus SARS-CoV-2 bestaat als bij een persoon die beschikt over een bewijs van een negatieve testuitslag?

Nee, die conclusie behoeft nuance. Het uitgangspunt is dat mensen in principe moeten testen, maar dat een vaccinatie daarvoor in de plaats kan komen. Hierbij is een bepaalde mate van gelijkwaardigheid verondersteld. Maar ook voor gevaccineerden geldt nog steeds: laat je testen bij klachten. Er zijn nog te weinig gegevens om harde conclusies te kunnen trekken over exacte transmissiekans na vaccinatie versus de transmissiekans na een negatieve testuitslag. De kans dat iemand geïnfecteerd wordt als gevaccineerd persoon is kleiner dan de kans op een infectie bij een ongevaccineerd persoon. Daarbij is een negatieve testuitslag een momentopname en biedt het ook geen 100% garantie.

[29] Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 'Vaccinatie vermindert overdracht naar ongevaccineerde huisgenoten bij deltavariant met 63%' (15 oktober 2021).
[30] Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 'Over de betrouwbaarheid van de PCR-test voor SARS-CoV-2' (n.d.).
[31] Griffienummer: 167290.211.

In de studie[32] waarnaar in de vraag wordt verwezen, is de volgende nuancering aangebracht op de plaats waar het citaat wordt afgebroken:

> 'However, the degree to which this might translate into new infections is unclear; a greater percentage of virus might be non-viable in individuals who are vaccinated, and/or their viral loads might also decline faster, as suggested by a recent study of patients hospitalized with B.1.617.2 (ref. 26) (supported by associations between higher Ct and higher antibody levels here and in ref. 30), leading to shorter periods 'at risk' for onwards transmission.'

Hieruit zou ook geconcludeerd kunnen worden dat ondanks een vergelijkbare viral load, mensen die gevaccineerd zijn niet even besmettelijk zijn.

Moet op grond van voornoemd onderzoek worden aangenomen dat de kans dat gevaccineerden anderen besmetten groter is dan de kans dat zij worden besmet door een persoon die beschikt over een negatieve testuitslag als bedoeld in artikel 58ra, tweede lid, onder b, van de Wpg?

In het antwoord op bovenstaande vraag, is het citaat uit het onderzoek aangevuld. Op basis van die aanvulling is deze conclusie niet gerechtvaardigd. Daarbij is het noemenswaardig dat een negatieve testuitslag slechts een momentopname is. Zoals hierboven geschetst, heeft het OMT in zijn 126e advies het volgende aangegeven:

> 'Uit berekeningen blijkt dat de kans dat iemand besmettelijk virus bij zich draagt en daarmee potentieel besmettelijk is voor anderen, ook na een negatieve antigeensneltest nog altijd circa tweemaal zo groot is als de kans dat een volledig gevaccineerd persoon het virus draagt. Kortom, de kans dat een deelnemer op een evenement toch besmettelijk is, is kleiner bij volledig gevaccineerde personen dan bij ongevaccineerde, maar vooraf geteste personen.'

In uw brief van 29 april 2021 geeft u antwoord op de volgende vraag van de PvdD-fractieleden: "Deelt u het oordeel van deze leden dat het pas zin heeft om over acceptatie, gebruik en/of invoering van een vaccinatiebewijs te beslissen als vast staat dat het vaccin ertoe leidt dat de gevaccineerde niet meer anderen kan besmetten?"[33] Uw antwoord luidde: "Dat oordeel deel ik inderdaad."[34] Op grond van welke wetenschappelijke onderbouwing bent u op dat oordeel teruggekomen?

Zoals ik in de stand van zakenbrief van 11 mei 2021 heb aangegeven, heb ik over dit vraagstuk advies gevraagd aan zowel de Gezondheidsraad als het OMT. In de brief aan de Tweede Kamer van 4 mei 2021 over het vaccinatiebewijs is het besluitvormingstraject hierover uiteengezet. Het kabinet heeft in de brief aan de Kamer[35] van 28 mei 2021 aangegeven dat het medisch verantwoord acht om,

---

[32] Nature medicine, 'Effect of Delta variant on viral burden and vaccine effectiveness against new SARS-CoV-2 infections in the UK' (14 oktober 2021).
[33] *Kamerstukken I* 2020/21, 35 526/25 295, AW, p. 5.
[34] *Kamerstukken I* 2020/21, 35 526/25 295, AW, p. 14.
[35] Kamerstuk 25 295, nr. 1241.

naast testbewijzen, ook vaccinatie- en herstelbewijzen in te zetten als onderdeel van de coronatoegangsbewijzen (in de week van 21 juni) en het DCC (per 1 juli). Dit besluit was gebaseerd op adviezen van de Gezondheidsraad[36] (20 mei) en het OMT[37] (25 mei).

Het ministerie baseert zich voor deze weging niet op individuele studies, maar op de weging van al het wetenschappelijk bewijs gewogen en geanalyseerd door het OMT en de Gezondheidsraad. Zowel de Gezondheidsraad als het OMT baseren hun adviezen op wetenschappelijke publicaties en feitelijke gegevens. Uit deze twee adviezen blijkt dat het inzetten van vaccinatiebewijzen als alternatief voor een negatieve testuitslag medisch verantwoord is gegeven de epidemiologische situatie. Ik deel dus niet de opvatting dat ik op mijn eerdere oordeel terug ben gekomen.

ZonMw deed onderzoek naar beweegredenen van vaccinatieweigeraars en publiceerde aanbevelingen.[38] Bent u bereid de aanbevelingen te volgen?

Ik heb het onderzoek en de aanbevelingen met belangstelling gelezen. Ik zou de vraag wat breder willen beantwoorden, namelijk niet alleen in te gaan op de vaccinatieweigeraars, maar ook op de mensen die twijfelen en de moeilijk bereikbare doelgroepen. De aanbevelingen hebben mijns inziens namelijk ook betrekking op deze doelgroepen. De aanbevelingen zijn en worden al meegenomen in de vaccinatiestrategie, zoals het inzetten van sleutelfiguren, ruimte voor huisartsen om lokaal informatie te verstrekken, de GGD-regio's die samenwerken met lokale organisaties, het inzetten van professionals en hun netwerk, het inzetten van mobiele prikbussen en –locaties en de lancering van de website prikkenzonderafspraak.nl.

Er is in Nederland een kleine groep pertinente 'weigeraars'. Ook is er een groep van mensen die twijfelen, bang zijn of een andere reden hebben om zich (nog) niet te laten vaccineren. Op de groep weigeraars hebben we ons bewust niet hoofdzakelijk gericht, want we moeten realistisch zijn in wat we kunnen bereiken. We richten ons meer op de mensen die twijfelen of hun vaccinatie om een andere reden uitstellen. Het informeren van die mensen, waarbij ook expliciet de specifieke groepen die moeilijk te bereiken zijn werden meegenomen, is van begin af aan onderdeel geweest van de vaccinatiecampagne. Juist voor deze groepen is de inzet van ambassadeurs, experts en sleutelfiguren dichtbij de doelgroepen en de kennis van lokale organisaties en netwerken nodig.

Vanuit het ministerie zijn er, in samenwerking met het RIVM en GGD-GHOR Nederland, verschillende overleggen georganiseerd. Hierin werken betreffende stakeholders met elkaar samen om te bekijken hoe o.a. de twijfelaars, de uitstellers en de mensen die niet bereikt worden met publiekscampagnes (zoals de arbeidsmigranten en mensen uit de maatschappelijke opvang) bereikt kunnen

[36] Advies van de Gezondheidsraad 'Transmissie na vaccinatie' d.d. 20 mei 2021, https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2021/05/20/transmissie-na-vaccinatie.
[37] Kamerstuk 25 295, nr. 384.
[38] https://www.impactcorona.nl/wp-content/uploads/2021/09/Working-paper-Voor-mij-geen-coronavaccin-sept-2021.pdf.

worden. Tijdens deze overleggen wordt ook geëvalueerd en gereflecteerd op de huidige manier van werken en waar nodig wordt de strategie aangepast.
Verdraagt zich met de aanbevelingen dat de coronapas-regeling mede tot doel heeft twijfelaars te 'dringen' richting het zich alsnog laten vaccineren?

Al eerder is door de PvdD-fractieleden gevraagd of u "het oordeel van de fractie van de PvdD [deelt] dat personen die zich in verband met mogelijke bijwerkingen van de vaccins niet willen laten vaccineren, op één lijn moeten worden gesteld met personen die gewetensbezwaren hebben tegen vaccinatie, zoals bedoeld in de vraag van de SGP-fractie, die heeft geleid tot de toezegging?"[39]. Op die vraag gaf u geen antwoord. Kunt u die vraag alsnog beantwoorden?

De keuze om je wel of niet te laten vaccineren is een vrijwillige en persoonlijke afweging. Deze keuze brengt wel verantwoordelijkheden met zich mee vanwege de consequenties voor gezondheid en gezondheidszorg – (juist) ook voor niet-gerelateerde Covid-zorg – van en voor velen. Uit onderzoek blijkt dat mensen die antistoffen hebben tegen Covid-19 – door volledige vaccinatie of een doorgemaakte infectie – aanzienlijk minder risico lopen om ziek te worden van het virus en/of om het virus over te dragen. Vaccineren heeft dus zin voor jezelf, omdat je minder ziek wordt, en voor de ander (en daarmee de volksgezondheid), omdat je anderen minder snel besmet met het virus. Het kabinet blijft zich daarom, samen met vele andere partijen zoals de GGD en huisartsen, inzetten om de vaccinatiegraad in Nederland nog verder te verhogen met een doelgerichte aanpak, bijvoorbeeld door de inzet van prikbussen in wijken waar de vaccinatiegraad laag is. Ook voor mensen die gevoelig zijn voor allergische reacties na vaccinatie is er specialistische hulp beschikbaar om als het verantwoord is vaccinatie mogelijk te maken.

Tot de inwerkingtreding van de wijziging d.d. 14 september 2021 tot wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19, mochten beheerders van horecagelegenheden en van locaties voor kunst en cultuur personen toelaten zonder coronatoegangsbewijs. Werd dat verschaffen van toegang onder de toen geldende regels veilig geacht in het licht van het tegengaan van besmettingsgevaar met Covid-19?

Afgelopen 14 september is het CTB als maatregel ingevoerd als vervanging van de 1,5 meter veilig afstandsnorm. Het verschaffen van toegang bij de door de leden genoemde locaties geschiedde tot dat moment op de voorwaarde dat er 1,5 meter afstand gehouden werd en daarmee het risico op besmetting verkleind werd.

Als de beheerders op dit moment volgens die oude regels toegang zouden verschaffen aan personen zonder coronatoegangsbewijs, in hoeverre zou dat dan besmettingsgevaar opleveren van een andere aard dan die welke vóór de inwerkingtreding van de coronapas-regeling kon optreden bij het toelaten van personen met inachtneming van de toen geldende regels?

Het OMT heeft in haar 126e advies geadviseerd om coronatoegangsbewijzen in te zetten, aangezien de 1,5m-regel werd losgelaten. De inzet van

[39] *Kamerstukken I* 2020/21, 35 526/25 295, AW, p. 15-16.

coronatoegangsbewijzen is een mitigerende maatregel om de kans op verspreiding van het coronavirus te remmen. Op dit moment is de inzet van een coronatoegangsbewijs wettelijk verplicht voor iedereen van 13 jaar en ouder in specifieke sectoren, zoals de horeca, evenementen (waaronder festivals), publiek bij professionele sportwedstrijden en bij topcompetities en bij vertoning van kunst en cultuur. In sectoren waar een coronatoegangsbewijs niet verplicht is, zal het in beginsel ook niet mogelijk zijn om van klanten en bezoekers een coronatoegangsbewijs te vragen. Voor werknemers is nu uitdrukkelijk bepaald dat er niet gevraagd mag worden naar een coronatoegangsbewijs. Met andere woorden, het is bedrijven dus niet toegestaan vrijwillig zomaar het gebruik van coronatoegangsbewijzen te implementeren. Zoals gemeld in de brief, verkent het kabinet of en zo ja op welke wijze het CTB toegepast kan worden in de relatie tussen werkgever en werknemer daar waar het noodzakelijk geacht wordt voor het waarborgen van een veilige werkomgeving. De verkenning wordt uitgevoerd in de zorg, bij sectoren waar al een CTB-plicht geldt voor gasten, bezoekers en cliënten en vervolgens ook in andere sectoren waar een CTB niet geldt. Daarbij wordt ook een juridische verkenning uitgevoerd naar de mogelijkheden voor juridische verankering. Bij het volgende weegmoment van het Kabinet, begin november, zal meer duidelijkheid ontstaan over de resultaten van deze verkenning.

Bij de brief van 26 augustus 2021[40] heeft de Nederlandse Vereniging van Bioscopen en Filmtheaters aan het kabinet verzocht om hun leden de mogelijkheid te bieden om na de invoering van het coronatoegangsbewijs volgens het voor dat tijdstip geldende regiem personen te mogen toelaten. Op grond van welke overwegingen is dat verzoek niet gehonoreerd? Indien op vraag 5.2 bevestigend moet worden geantwoord, hoe verdraagt zich dan daarmee dat het verzoek niet is gehonoreerd?

Het OMT heeft in het 126e-advies aangegeven dat het epidemiologisch verantwoord is om de 1,5m-regel los te laten. Onder andere vanuit handhavings-, nalevings-, en juridisch perspectief is er voor gekozen om de 1,5m-regel overal af te schaffen en niet gedeeltelijk. Daarom is ervoor gekozen om ook in bioscopen het coronatoegangsbewijs in te voeren. Het coronatoegangsbewijs is op 3 manieren te verkrijgen: middels een herstelbewijs, middels een vaccinatiebewijs, of middels een testbewijs. Testen is gratis. Er worden aldus verschillende alternatieven geboden en het testen blijft laagdrempelig mogelijk. Daardoor wordt niemand uitgesloten en is er ook geen sprake van vaccinatiedrang.

Bij brief van 30 september 2021[41] heeft u eindelijk geantwoord op vragen die al op 18 juni 2021 waren gesteld. Naar aanleiding van de beantwoording hebben de PvdD-fractieleden nog de volgende vragen. Is het juist dat het OMT in het 102e advies heeft aangegeven dat zolang de naleving van het quarantainebeleid in Nederland te wensen overlaat, vlieg- en aanmeerverboden dienen te worden gehandhaafd?[42]

Dat klopt.

---

[40] Griffienummer: 168683.35.
[41] *Kamerstukken I* 2021/22, 35 526/25 295, CI.
[42] *Kamerstukken I* 2020/21, 35 526/25 295, AN, bijlage brief van het RIVM van 1 maart 2021 met het advies naar aanleiding van het 102e OMT, p. 7.

Bent u het met de PvdD-fractieleden eens dat als na het 102e OMT-advies zou blijken dat de naleving van het quarantainebeleid onvoldoende is, dat voor het OMT aanleiding zou vormen te adviseren de vlieg- een aanmeerverboden opnieuw in te stellen?

De quarantaineplicht is een van de middelen die de verspreiding van het virus door reizigers en de kans op introductie van nieuwe (gevaarlijke) virusvarianten tegengaan. Andere belangrijke maatregelen zijn onder meer de reisadviezen, het EU-inreisverbod en de verplichte negatieve testuitslag voor vertrek naar Nederland.

Het OMT heeft in het advies van 31 mei en dat van 18 juni 2021 laten weten dat het daarom en gezien de epidemiologische context van die tijd, geen toegevoegde waarde zag in het behouden en instellen van reisverboden, mits de quarantaineplicht strikte opvolging zou krijgen. Wel wees het OMT op het belang van Europese harmonisatie van eventuele vliegverboden en maatregelen betreffende het reizen.

Wat betreft de naleving van de quarantaineplicht is gekozen voor een systeem waarbij er een reële pakkans is voor mensen die zich niet aan de plicht houden. Het proces is als volgt georganiseerd: het belteam belt teruggekeerde reizigers uit een zeer hoogrisicogebied na. Bij geen gehoor, een foutief telefoonnummer of signalen van het mogelijk niet naleven van de quarantaineplicht, wordt een selectie van de quarantaineverklaringen naar de gemeenten doorgestuurd. De gemeentelijk toezichthouder bezoekt de reiziger vervolgens op het opgegeven quarantaine-adres om de naleving van de quarantaineplicht te controleren. In de periode van 1 juni tot en met 10 oktober zijn ongeveer 200 sancties opgelegd, hetgeen neerkomt op minder dan één procent van de door het belteam ontvangen verklaringen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het grootste deel van de reizigers uit zeer hoogrisicolanden de quarantaineplicht goed naleeft.
Gezien het voorgaande, is het kabinet van oordeel dat vlieg- en aanmeerverboden, in lijn met het OMT-advies, niet noodzakelijk zijn. Mocht de naleving van de quarantaineplicht onvoldoende blijken en de epidemiologische situatie daar aanleiding toe geven, dan zal het kabinet alle noodzakelijke maatregelen nemen.

Is het OMT op de hoogte gesteld van de naleving van het quarantainebeleid in de maanden nadat het 102e OMT-advies was uitgebracht? Zo nee, waarom niet? Zo ja, achtte het OMT die naleving voldoende met het oog op het tegengaan van besmettingsgevaar?

Het OMT is niet specifiek op de hoogte gesteld van de naleving van het quarantainebeleid. De gedragsunit van het RIVM monitort in gedragsonderzoeken onder andere de naleving van de quarantaineplicht. De resultaten van deze onderzoeken zijn openbaar[43].

[43] Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 'Resultaten onderzoek en gedragsregels en welbevinden' (28 september 2021), https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/maatregelen-welbevinden.

Het is niet de rol van het OMT een oordeel te hebben over de naleving van de quarantaineplicht. Het OMT geeft op basis van de epidemiologische situatie een inhoudelijk advies. Daarbij betrekt het OMT alle relevante feiten en omstandigheden.

Bij de beantwoording van vraag 6 in uw brief van 30 september jl.[44] heeft u nagelaten om aan te geven hoeveel inreizigers door het belteam zijn nagebeld. Wat is het aantal inreizigers dat door het belteam is nagebeld?

In de periode tot en met medio september, waar het antwoord op vraag 6 in de door de leden van de fractie van de PvdD genoemde brief op ziet, heeft het belteam ca. 34.000 reizigers opgevolgd van de 37.000 ingenomen quarantaineverklaringen. In 69% van de gevallen was er geen aanleiding om deze door te sturen naar de gemeenten voor handhaving. In de overige gevallen was daar wel aanleiding voor. Met de gemeenten zijn afspraken gemaakt over de maximale hoeveelheid quarantaineverklaringen die de gemeenten ontvangen, vanwege de beperkte capaciteit van de gemeenten en de grote (handhavings-) opgaven waar zij voor staan. De maximale hoeveelheid quarantaineverklaringen die naar de gemeenten gaan voor handhaving is 150 per week. Het is dus niet zo dat sowieso alle quarantaineverklaringen van reizigers die bijvoorbeeld de telefoon niet opnemen, worden doorgestuurd naar de gemeenten.

Door terug te rekenen vanuit de wel gegeven percentagegegevens en het feitelijk gegeven dat er 186 sancties zijn opgelegd, komen de PvdD-fractieleden tot de volgende resultaten. 186 sancties zijn opgelegd, dat is 12% van de door gemeenten uitgevoerde controles. Het aantal door gemeenten uitgevoerde controles bedroeg dus 1.550 personen. Dat was 90% van de gemelde gevallen. Het aantal gevallen waarin aanleiding was om een signaal over mogelijke niet-naleving aan gemeenten door te sturen, bedroeg dus 1.722 personen. Dat was 31% van de personen die waren nagebeld. Het aantal personen dat is nagebeld, moet dus 5.554 hebben bedragen. Volgens de gegevens waren er 37.000 quarantaineverklaringen voor nabellen aangeleverd. Daarvan zijn er slechts 5.554 nagebeld. Omdat vermeld wordt dat dit 90% was van de personen van wie een juist telefoonnummer beschikbaar was, hadden dus 6.171 personen een juist en beschikbaar telefoonnummer opgegeven van de 37.000 van wie quarantaineverklaringen waren aangeleverd.

Dat is slechts 16,6%. In 83,4% beschikte men dus niet over een juist telefoonnummer. Blijkens de beantwoording van vraag 5 in uw brief van 30 september jl. zijn 190.000 personen uit een zeerhoogrisicogebied ingereisd.[45] Daarvan zijn slechts 5.554 personen (2,9%) door het belteam gecontroleerd, en slechts 186 personen met een sanctie bejegend.

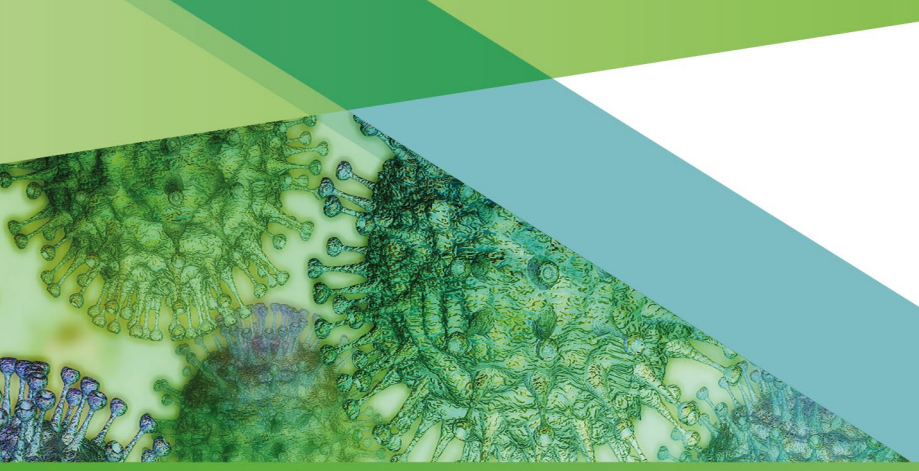
Is naar uw oordeel sprake geweest van voldoende controle op de naleving?

Ja. Naar mijn oordeel zorgt het proces van nabellen tot eventuele handhaving door een gemeentelijk toezichthouder tot voldoende controle op de naleving van de quarantaineplicht. Van de doorgestuurde quarantaineverklaringen aan de

[44] *Kamerstukken I* 2021/22, 35 526/25 295, CI, p. 8.
[45] *Kamerstukken I* 2021/22, 35 526/25 295, CI, p. 7.

gemeenten, is in 89% een controle uitgevoerd door een gemeentelijk toezichthouder. Er zijn tot en met 10 oktober ongeveer 200 sancties opgelegd vanwege het niet naleven van de quarantaineplicht. Het overgrote deel van de reizigers uit zeer hoogrisicogebieden houdt zich aan de quarantaineplicht. Naar mijn oordeel is er sprake van een reële pakkans voor mensen die zich niet aan de plicht houden.

Productie 21



ECDC TECHNICAL REPORT

Risk of SARS-CoV-2 transmission from newly-infected individuals with documented previous infection or vaccination

29 March 2021

Summary

More than one year into the SARS-CoV-2 pandemic, over 120 million people have been infected with the virus across more than 200 countries. Reinfections following natural infections with the same or a new SARS-CoV-2 variant have been reported sporadically and questions remain concerning the duration of immunity following natural infection, and whether asymptomatic reinfected individuals may be able to transmit the virus.

COVID-19 vaccines have been evaluated for their efficacy and effectiveness against symptomatic COVID-19 infection and for reducing and/or preventing mild, moderate, or severe COVID-19 disease, including mortality. However, the vaccine trials have not been designed to measure reduction in transmission risk from infected vaccinated individuals to susceptible contacts.

In this context, it is important to understand the available scientific evidence on the extent to which previous SARS-CoV-2 infection or COVID-19 vaccination prevents onward transmission from infected individuals to susceptible contacts. Therefore, ECDC has conducted a review of published and pre-print literature on duration and characteristics of immunity following a natural SARS-CoV-2 infection due to any variant or after COVID-19 vaccination with any of the EU-authorised vaccines now available.

The review of evidence on natural immunity and possibilities for transmission from previously infected to susceptible contacts found that:

- Evidence from studies specifically designed to assess the impact of previous infection on the risk of transmission is currently lacking. Infection with SARS-CoV-2 does not provide sterilising immunity for all individuals and some who are reinfected might still be able to transmit SARS-CoV-2 infection to susceptible contacts.
- There is evidence that reinfection remains a rare event. Results from cohort studies confirm that the protective effect of previous SARS-CoV-2 infection ranges from 81% to 100% from Day 14 following initial infection, for a follow-up period of five to seven months. Protection against reinfection is lower in individuals aged 65 years and older.
- These studies were carried out before the emergence of SARS-CoV-2 variants of concern (VOCs) and therefore there is limited preliminary evidence that immunity induced against previously circulating SARS-CoV-2 variants may not have the same potency or duration against the VOCs identified to date (in particular the B.1.351 and P.1 variants.)
- As the number of individuals acquiring natural immunity increases, the total number of infections is expected to decrease significantly, leading to decreased transmission overall, unless the genetic changes in the circulating variants induce significant immune escape.

Suggested citation: European Centre for Disease Prevention and Control. Risk of SARS-CoV-2 transmission from newly-infected individuals with documented previous infection or vaccination. 29 March 2021. ECDC: Stockholm, 2021.

© European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm, 2021

The review of evidence on immunity and possibilities for transmission from infected, previously-vaccinated individuals to susceptible contacts found that:

- Direct evidence of the impact of vaccination on the risk of transmission is only available from one study, a large register-based household transmission study from Scotland. This study suggests that vaccination of a household member reduces the risk of infection in susceptible household members by at least 30%.
- There is evidence that vaccination significantly reduces viral load and symptomatic/asymptomatic infections in vaccinated individuals, which could translate into reduced transmission, although the vaccine efficacy varies by vaccine product and target group. In light of this fact, the total number of infections is expected to decrease significantly as vaccination coverage increases, provided that there is a match between the vaccine strains and the circulating virus strains. This will lead to decreased transmission overall.
- Follow-up periods for vaccinated persons are not yet sufficiently long enough to draw conclusions on the duration of protection against infection long-term. Antibody titres in vaccinated individuals peak at 3–4 weeks following vaccination.
- Many of the vaccine efficacy studies were carried out before the emergence of SARS-CoV-2 VOCs. In studies that address the variants, there is limited preliminary evidence of reduced vaccine efficacy, in particular for B.1.351 and possibly also for P.1.

Follow-up of cohorts with previous SARS-CoV-2 infection and vaccination is needed to better assess the magnitude and duration of protection from reinfection leading to asymptomatic/symptomatic disease, and the effect of protection against further transmission to contacts.

As an RNA (ribonucleic acid) virus, SARS-CoV-2 will continue to evolve over time and its potential to escape human immune defences induced by natural infection or vaccination has already been documented. It is likely that in the future VOCs will continue to evolve and play a significant role in placing immunological pressure on the circulating viruses. It is not possible to predict when and where this will occur, however, co-circulation of the three VOCs (B.1.1.7, B.1.351 and P.1) has been noted in several EU/EEA countries.

Scope of this document

The aim of this document is to provide a summary of the available scientific evidence on the risk of SARS-CoV-2 transmission to susceptible contacts from infected individuals with documented previous infection or vaccination.

Target audience

This document is intended to support decision-makers in EU/EEA countries, including public health authorities.

Glossary

COVID-19 vaccines
COVID-19 vaccines are pharmaceutical products administered with the aim of preventing disease caused by the novel initial coronavirus SARS-CoV-2. As and when virus variants arise through amino acid substitutions, deletions, or insertions, they may become less susceptible to the immune response evoked by vaccines developed against prior circulating types. Therefore COVID-19 vaccines are expected to be updated at regular intervals and include one or several SARS-CoV-2 variants, similar to influenza vaccines. The regulatory framework for updating COVID-19 vaccines is under development by European Medicines Agency [1].

Vaccine course
The first three EU authorised COVID-19 vaccine products (Comirnaty vaccine developed by Pfizer/BioNTech, COVID-19 Vaccine Moderna and COVID-19 Vaccine AstraZeneca) are recommended to be administered in a two-dose regimen to prime the immune response. A fourth vaccine, COVID-19 Vaccine Janssen, was authorised for use in the EU on 11 March 2021 and is recommended to be used in a one-dose regimen for priming the immune response [2]. This vaccine was authorised by the Food and Drug Administration (FDA) in the US in late February 2021. Additional vaccines currently under rolling review by the European Medicines Agency include vaccine candidates developed by CureVac AG (CVnCov), Novavax (NVX-CoV2373) and Gamaleya (Sputnik V (Gam-COVID-Vac)) [2].

COVID-19 vaccines developed and produced in China (Sinovac) and Russia (Gamaleya) are currently being procured and used in a few EU/EEA Member States (Czechia and Hungary).

It is expected that all COVID-19 vaccinees will need to receive booster doses at regular intervals and it is possible that vaccinated individuals will have to receive repeated immunisations throughout life to provide protection against new emerging variants. Therefore, it is currently difficult to define who is fully vaccinated and protected against COVID-19 disease, in the short and long-term. This means that the assessment of vaccine-induced immune status will always be made on a case-by-case basis, guided by the product characteristics of the vaccine that the individual has received and by circulating SARS-CoV-2 virus variants at the time of assessment.

Infection
Infection is defined as the entry and development or multiplication of an infectious agent in an organism, including the body of humans and animals [3]. In this document natural infection refers to previous infection, or reinfection episodes subsequent to the first infection episode. Often evidence of seroconversion is required to prove that an infection, rather than just contamination with nucleic acid, has occurred. In this document a positive result from a PCR or rapid antigen test is considered as a reasonable proxy of infection for a person, irrespective of symptoms.

Immunity
Immunity is the resistance acquired by a host as a result of previous exposure to a natural pathogen or foreign substance for the host [3]. Immunity may develop either through infection or vaccination. Acquired immunity can be expressed as humoral immunity, measured by specific antibody responses or cellular immunity, measured by T-cell responses. Currently it is understood that most of the virus neutralising antibody activity in previously infected or vaccinated persons is mediated by antibodies targeting the SARS-CoV-2 spike protein, and more specifically, the receptor binding domain (RBD) of that protein.

Transmission of infection
The process, mechanisms, and determinants by which an infectious agent or an infectious disease are spread from a source or reservoir to another person or across communities and countries [3].

Risk of transmission
The risk that an infected person (pre-symptomatic, symptomatic, or asymptomatic) transmits the infectious agent to one or more other individuals.

Variants of concern
This refers to variants of the SARS-CoV-2 virus which, due to recombination or spontaneous mutation, have demonstrated the potential to:

- increase in transmissibility or detrimental change in COVID-19 epidemiology;
- increase in virulence or change in clinical disease presentation; or
- decrease the effectiveness of public health and social measures, available diagnostics, vaccines, and/or therapeutics [4].

Background

More than one year into the SARS-CoV-2 pandemic, over 120 million people have been infected with the virus across more than 200 countries [5].

Reinfections with SARS-CoV-2 have been reported sporadically and questions remain concerning the duration of immunity following natural infection and whether asymptomatic/pre-symptomatic reinfected individuals may be able to transmit the virus.

A range of vaccines have been developed against COVID-19 and vaccine roll-out is in process throughout the EU/EEA and beyond. The vaccines for COVID-19 have been evaluated for their efficacy and effectiveness in reducing either COVID-19 infection or, more specifically, induced mortality, severe outcomes and/or mild or moderate COVID-19 disease. However, these trials have not been designed to measure transmission risk, following exposure to circulating virus, from vaccinated individuals to others. Some populations are not currently eligible for vaccination, such as children, or may be immunocompromised and may need to be given special consideration as regards transmission risk from vaccinated individuals.

Furthermore, since December 2020, SARS-CoV-2 VOCs have been reported, initially from the United Kingdom (variant B.1.1.7), South Africa (B.1.351) and Brazil (P.1). These variants are all associated with increased transmissibility. Information on whether previous infection or vaccination are protective against infection from these variants is discussed below. It is expected that additional VOCs may emerge elsewhere in the near future.

Evidence required to evaluate transmission risk

SARS-CoV-2 virus transmission by an individual that has recovered following a prior infection requires that immunity developed during the first episode of infection is insufficient to prevent reinfection following exposure to SARS-CoV-2. While there may be protection from severe symptoms or death during the reinfection episode, immune responses mounted following the initial infection may not prevent virus replication in the upper respiratory tract to an adequate extent to preclude possible onwards transmission. The vaccines currently available against SARS-CoV-2 do not induce sterilising immunity (i.e. complete protection from subsequent infection) in everyone that is vaccinated. Transmission may still occur if immune responses triggered following completion of the vaccine course do not sufficiently restrict virus replication in the upper respiratory tract following a breakthrough infection.

A large number of vaccine efficacy and effectiveness studies have been conducted or are in progress worldwide. To date, these studies have primarily focussed on estimating product-specific protective efficacy or real-world effectiveness against a range of outcomes, including mild or moderate infection, severe infection, hospitalisation and death. Prospective follow-up investigations of both vaccination and placebo arms are embedded within some of these studies to additionally assess for asymptomatic breakthrough infections. Careful follow-up to estimate the relative reduction of the proportion of asymptomatic breakthrough infections in vaccinated groups, as well as evidence of reduced viral load, duration of viral shedding, culture viability and secondary attack rates among close contacts is essential for a complete evaluation of the transmission risk posed by vaccinated individuals.

Follow-up studies comparing infections in recovered individuals with well-matched naïve individuals are scarce and may become even more so as vaccination programmes expand beyond prioritised risk groups. However, the same principles apply and a comprehensive assessment of transmission risk requires evidence of reduced viral load, duration of viral shedding, culture viability and secondary attack rates among close contacts. Annex 1 summarises the types of studies and levels of evidence required to fully evaluate transmission risk in previously infected or vaccinated individuals.

Immune responses and correlates of protective immunity

Correlates of protective immunity to a pathogen are measurable signs that reliably identify individuals as protected against specific outcomes, such as infection, transmission risk or disease outcome. Following infection with SARS-CoV-2 virus or vaccination, it is the adaptive immune response that ideally delivers long-term protection. The adaptive immune response primarily comprises memory B cells that produce different classes of antibody to neutralise the virus or virus-infected cells, and memory T cells that support antibody production and also have a direct role in killing virus-infected cells. While there is evidence of both memory B cell and T cell immune responses in individuals infected with SARS-CoV-2 as well as in vaccinated persons, clear correlates for protective immunity have yet to be defined [6-9]. However, neutralising antibodies seem to play a role in protective immunity and their activity is assessed against the different SARS-CoV-2 variants in convalescent sera following natural infection and sera from vaccinated individuals having received different COVID-19 vaccine products.

A systematic review of 150 studies describing virus-specific serum antibody responses in individuals infected with SARS-CoV-2 showed IgM is consistently detected before IgG, peaking between weeks two and five and declining over a further three-to-five-week period post-symptom onset. IgG peaks between weeks three and seven post-symptom onset, persisting for at least eight weeks. Neutralising antibodies – with the capacity to restrict virus growth in vitro – are detectable within seven to 15 days of disease onset, and levels increase until Days 14–22, before plateauing and then decreasing. Lower antibody titres have been observed in those with asymptomatic or clinically mild disease. However, the review in question primarily featured observational studies of hospitalised cases, with follow-up periods lasting up to three months post symptom onset. Critically, there is considerable heterogeneity in the types of assays used, as well as the SARS-CoV-2 proteins they target [7].

There is limited data comparing serum antibody responses following primary infection with reinfection episodes. In a recent preprint article from the Netherlands, serum samples from 17 suspected reinfection cases were evaluated against 96 control sera, obtained from 86 PCR-confirmed cases (67 adults, 19 children, seven of which needed hospitalisation). SARS-CoV-2 specific serum antibody responses for suspected reinfection cases showed significantly faster and stronger levels of both RBD-specific serum Ig antibodies and S1-specific IgG antibodies when compared to control sera within the first seven days post infection. The authors also assessed binding avidity to SARS-CoV-2 S1, reporting an avidity index (AI) of approximately 40% two months after primary infection. In contrast, 13 of 17 suspected reinfection cases already showed AI values >40% within the first two weeks, with a median of 49% for serum obtained within 14 days post-onset of disease [10]. As with B cell immunity, T cell immunity develops over a period of at least 10–20 days post symptom onset. A systematic review of 61 studies indicated that increasing disease severity is associated with more robust, virus-specific T cell

responses [8,9]. Studies of T cell responses are affected by heterogeneity in the types of assays used, and there is limited data on infected individuals who are asymptomatic or pauci-symptomatic [8,9].

The assessment of immune responses induced by vaccination has largely focussed on the development of antibodies targeting the S1 domain of the SARS-CoV-2 spike protein. S1 includes the receptor binding domain, and antibodies targeting this domain critically impair virus cell entry. A key benefit of some vaccine regimens is that anti-S IgG titres are higher than for natural infection, with serum from vaccinated individuals showing greater neutralisation capacity against homologous SARS-CoV-2 viruses in vitro [11].

As mentioned above, in the absence of definitive correlates of protective immunity, the presence of neutralising antibodies against SARS-CoV-2 provides the best current indication for protection against reinfection and breakthrough infection for previously infected and vaccinated individuals. A number of studies have shown that the neutralisation ability of polyclonal serum correlates positively with anti-S IgG or anti-RBD IgG [7].

Vaccination has also been shown to result in robust T cell responses, with memory and effector function demonstrated against multiple viral epitopes. Additionally, cross-reactive T cell responses have been demonstrated against variant viruses in vaccinated individuals. However, the significance of T cell responses for protection and susceptibility at population level, independent of memory B cell responses, remains unclear.

Duration of immunity and transmission risk over time

Although virus-specific B cell and T cell responses are evident shortly into the recovery from infection or vaccination, they are prone to wane over time, with decreasing numbers of circulating virus-specific memory T cells, memory B cells and serum antibodies [12]. Consequently, protection against outcomes such as infection, transmission risk or severe disease may also wane over time. Assessing the impact of waning immunity requires careful evaluation of both the quantitative reduction in immune readouts and the qualitative or functional change over time. It is also important to consider the interdependency of readouts assessing T cells, B cells or antibodies. In a long-term follow-up study of 25 individuals infected with SARS-CoV-2, virus-specific memory B cells were identified in the early stages of convalescence. While serum antibodies peaked 20 days post infection before waning, virus-specific memory B cells persisted for over 242 days post-symptom onset [12]. This study highlights that a decline in serum antibodies in convalescence may not reflect waning immunity, but rather a contraction of the immune response, with the development and persistence of virus-specific, long-lived B cells in bone marrow [12-14]. Similarly, the development of memory T cells directed at non-surface SARS-CoV-2 proteins following infection or vaccination may offer a route to durable immunity where virus evolution leads to spike protein mutations that escape pre-existing neutralising antibodies. This will occur either by offering more efficient support to activated naïve B cells responding to the altered spike protein (memory CD4 T cells), or through direct lysis of SARS-CoV-2 infected cells (CD8 T cells) [14,15].

The vast majority of SARS-CoV-2–infected individuals seroconvert following SARS-CoV-2 infection. Reviews of the published literature indicate that >90% patients develop IgG seropositivity and neutralising antibodies following primary infection, ranging between 91 and 99% in large studies [7,14]. A scoping review performed by the Irish Health Information and Quality Authority (HIQA), to evaluate the long-term duration of immune responses following SARS-CoV-2 infection, identified five studies that investigated immune responses at ≥6 months post-infection, including two studies at ≥8 months post-infection. In general, studies reported a waning of antibody responses in the late convalescent period (3−6 months post-infection). However, T-cell and memory B-cell responses were still present, and in many cases increased, up to eight months post-infection in all study participants [15]. A recently published prospective cohort study from Singapore has evaluated the dynamics of SARS-CoV-2 neutralising antibody responses over time. Serum samples were collected at approximately 30-day intervals up to 180 days post symptom onset from 164 patients with PCR-confirmed SARS-CoV-2 infection experiencing mild, moderate, or severe disease. The authors described five distinctive patterns of neutralising antibody dynamics:

- negative - individuals who did not develop strong neutralising antibody responses: 19/164 patients (12%);
- rapid waning - individuals who had varying levels of neutralising antibodies from around 20 days after symptom onset, but seroconverted in less than 180 days: 44/164 patients (27%);
- slow waning - individuals who remained neutralising antibody-positive at 180 days post-symptom onset: 52/164 patients (29%);
- persistent - individuals with varying peak neutralising antibody levels, but minimal neutralising antibody decay: 52/164 patients (32%);
- delayed response - individuals that showed an unexpected increase in neutralising antibodies during late convalescence (at 90 or 180 days after symptom onset: 3/164 patients (2%).

Greater disease severity was associated with persistent neutralising antibody levels, and patients with milder disease appeared to have more rapid neutralising antibody waning. While this study showed that neutralising antibody dynamics can vary greatly among individual patients with COVID-19, development and persistence of

virus-specific, long-lived memory B cells was not studied. However, the authors did analyse 23 randomly selected patients from the five categories described, confirming the presence of virus-specific memory T-cells at 180 days post-symptom onset in patients from each of the five categories [16].

Follow-up periods for vaccinated individuals are not yet sufficiently long to be able to draw conclusions on the duration of protection against infection long-term.

Risks associated with SARS-CoV-2 variants

SARS-CoV-2 is an RNA virus that is prone to frequent mutations, insertions and deletions [17]. Other human coronaviruses are capable of escaping human immune defences through genomic changes and usually the natural immunity that follows infection may prevent further infection for a period between one and two years [6]. Something similar might be expected with SARS-CoV-2, although it cannot be ruled out that vaccines may induce longer protection than natural immunity.

For previously infected persons, documented reinfection with a variant of concern at rates similar to those for people who were not previously infected would be indicative of immune escape. The presence of neutralising antibodies against SARS-CoV-2 provides the best current indication for protection against reinfection and breakthrough infection for previously infected and vaccinated individuals respectively. A reduction in the neutralising capacity of serum polyclonal antibodies against variant viruses may indicate a reduced capacity to protect against reinfection.

Methods

Frameworks for evidence: natural infection and vaccination

Scientific evidence for assessing transmission risks posed by previously infected persons or vaccinated persons may be available from a wide range of biomedical or epidemiological studies. Inferences from such studies can be made with varying levels of confidence. This document categorises the available evidence according to a hierarchical evidence framework (Annex 1) to provide an assessment of the level of confidence ECDC attaches to each of the results.

Literature reviews

Natural infection

The literature used for natural infection was based on a living systematic review on duration of immunity and protection from reinfection following SARS-CoV 2 infection by the Irish Health Information and Quality Authority (HIQA) published on 8 March 2021 [18]. Pre-print and published literature up to 4 February 2021 were included in that review. A search was conducted for the published and pre-print literature from 4 February to 8 March 2021 in ECDC's COVID-19 database, using PubMed search terms from the HIQA protocol [18].

No randomised studies were found on natural immunity, so evidence is described for non-randomised cohort and other observational studies, as well as laboratory studies and selected outbreak investigation studies.

Vaccination

A rapid review of the literature was carried out according to outcome of interest, with evidence of vaccine efficacy and effectiveness against transmission (i.e. reduction of secondary attack rates) considered as the primary outcome. In addition, evidence of vaccine reducing viral load or duration of viral shedding, and evidence of vaccine effectiveness against symptomatic/asymptomatic infection were considered as surrogate outcomes for risk of transmission from fully and partially vaccinated individuals. Evidence of antibody response following vaccination in previously-infected individuals was also reported.

Information from the main vaccine trials was retrieved and reported separately from the evidence collected from non-randomised studies. Non-randomised observational studies were further categorised according to the population of interest (e.g. general population, healthcare workers, residents of long-term healthcare facilities). Any evidence available from reports of breakthrough infection was also described.

A separate search covering both natural immunity and vaccination was carried out for publications on VOCs as part of an ongoing scoping review being conducted by ECDC. This search included all publications on the VOCs B.1.1.7, B.1.351 and P.1 up until 4 March 2021.

Results

Natural infection

Evidence that previous infection with SARS-CoV-2 reduces transmission

No evidence was found of studies specifically designed to assess whether previous infection with SARS-CoV-2 prevents against future transmission. This would require carefully designed follow-up studies of recovered individuals, with regular screening to capture asymptomatic reinfection episodes and onward secondary transmission events. This is further complicated by difficulties in establishing cohorts where recovered individuals are carefully matched with non-infected individuals. Given that no such studies have been carried out, there is currently no strong evidence that previous SARS-CoV-2 infection reduces transmission risk.

Evidence that SARS-CoV-2 infection impacts viral load or duration of viral shedding in reinfected individuals

There was no evidence found to support the assumption that viral load or duration of shedding are reduced when individuals become re-infected with SARS-CoV-2. Such evidence could demonstrate that reduced viral load or duration of shedding may lower the chance of transmitting the infection to other susceptible contacts.

Evidence that a previous SARS-CoV-2 infection protects against future infection

It is very likely that if previous infection is protective against reinfection this will also reduce transmission at the population level. Comparing rates of nucleic acid detection in those who have recovered with rates in those who have not been previously infected is the best available surrogate to estimate transmission risk.

Although the full duration of protective immunity following SARS-CoV-2 infection is still under investigation, there is evidence from cohort studies that the probability of reinfection in the months following a primary infection is low [18]. There may be exceptions to this – for example if the new infection is with a variant of concern, or in the case of immunosuppressed individuals.

There is some evidence from studies that previous SARS-CoV-2 infection reduces the risk of future infection, at least during the five to seven months following the first infection. However, these studies were conducted prior to the emergence of VOCs.

In a cohort study of 12 541 healthcare workers, 1 265 of whom were positive, the adjusted incidence rate ratio of a second positive PCR in healthcare workers with positive anti-spike antibodies was 0.11 (95% CI: 0.03−0.44; P=0.002) after a median follow-up of 139 days at risk after a positive antibody test [19]. Only two infections were diagnosed in anti-spike antibody seropositive participants and both were asymptomatic.

In a large prospective cohort study with more than five months of follow-up of over 20 000 healthcare workers (the SIREN study), 44 reinfections were detected among 6 614 participants who were antibody positive or had a previous positive PCR test for SARS-CoV-2, compared to 318 new PCR positive infections among 14 173 participants who were antibody-negative and did not have a previous positive PCR test (aOR: 0.17−95% CI 0.13−0.24) [20]. The incidence density was 3.3 infections per 100 000 person days in the positive cohort and 22.4 infections per 100 000 in the negative cohort. Among the 44 reinfections, 15 (34%) were symptomatic, while 79% of cases in the negative cohort were symptomatic.

In a cohort study from Qatar, that included 43 044 people positive for SARS-CoV-2 antibodies followed for a median of 16.3 weeks (maximum 34.6 weeks), the risk of viral sequencing-confirmed reinfection was 0.10% (95% CI: 0.08−0.11%) [21]. Compared to the incidence of infection in the general population in Qatar, the effectiveness of natural infection against reinfection was estimated to be >90%.

In a cohort study of 1 038 healthcare workers with evidence of previous SARS-CoV-2 infection (defined as positive PCR and/or serology) and 10 137 without evidence of previous infection, after seven months there were no symptomatic infections in the group with previous infection and 290 (2.9%) in the group without previous infection (p<0.001) [22]. In a separate group of 481 healthcare workers who participated in a pilot asymptomatic screening study, there were 0 (0%) positive results among the 106 participants with previous infection, compared to 22 (5.9%) among the 375 participants without previous infection (p= 0.011).

A cohort study from the US examined the rates of positivity of nucleic acid amplification test (NAAT) results among a cohort of 2 876 773 antibody-negative and 378 606 antibody-positive individuals [23]. Among the

individuals in the seronegative group, about 3% had a positive NAAT during the 4.5-month follow-up period. Among individuals in the seropositive group, only 0.3% had a positive diagnostic NAAT that occurred at >90 days from the initial positive antibody test, indicating that natural infection has a protective effectiveness of 90%.

A Danish population-level observational study of patients, taken from the Danish Microbiology Database, compared infection rates during the period September to December 2020 among individuals who had positive and negative PCR results between March and May 2020 [24]. Among 11 068 PCR-positive individuals from the first surge of the epidemic, seven (0.65% [95% CI 0.51–0.82]) tested positive again during the second period compared with 16 819 (3.27% [95% CI 3.22–3.32]) of 514 271 who had tested negative during the first period. Infection during the first period was 80.5% (95% CI 75.4–84.5) protective against re-infection. Protection from reinfection was lower among people aged 65 years and older who had tested positive during the first period (47.1%;95% CI 24.7–62.8). The study did not find evidence of waning immunity after six months.

Overall, the results from these cohort studies confirm the protective effect of previous SARS-CoV-2 infection ranges from 81% to 100% during a follow-up period of five to seven months. However, longer follow-up is necessary to better define the duration of immunity for extended periods of time.

An assessment of laboratory test results from Israel assessed reinfection by determining which individuals in the study sample size of 149 735 individuals had a second positive-PCR at least 100 days after the initial infection. They found that 154 persons had second infections of this type, with a reinfection rate of 1 per 1 000 [25].

Less direct evidence on the protective effect of natural infection can also be provided by laboratory studies, including neutralisation experiments. A recent study from Sweden demonstrated that neutralising antibodies persisted after nine months in 96% of 370 participants that had antibodies against the spike protein, while two-thirds of these participants also had measurable specific memory T-cells [26,27].

Further indirect evidence from outbreak investigations is also available. In outbreaks affecting two care homes in the UK, the attack rate among individuals with previously confirmed SARS-CoV-2 infection (by either serology or RT-PCR) was 1.1% (1/88 individuals) compared to 30.1% (22/73 individuals) among those with confirmed seronegative status before the outbreak [27]. The estimated relative risk was 0.038 (95% CI: 0.005–0.273; $p < 0.0001$). In an outbreak at a summer school retreat in the US, where 116 (76%) of 152 participants had confirmed or probable COVID-19, none of the participants who had a positive antibody test before arrival received a positive SARS-CoV-2 PCR result [28].

Evidence for and considerations relating to VOCs

Specific humoral and cellular immunity develops against specific antigens of the virus. For SARS-CoV-2, virus neutralising antibody responses appear to be mainly targeting the spike protein and, more specifically, the receptor-binding domain of the spike protein [7]. Virus evolution due to spontaneous mutations under selective pressure or recombination might also affect these proteins in a way that changes the immune responses in people previously infected with the original strain, or other variants.

For VOCs, there is limited evidence available regarding any differences in the duration of protective immunity from prior infection by a different strain. There is concern that some mutations can lead to increased or even complete resistance to neutralisation by several monoclonal antibodies, as well as reduced neutralisation, or complete resistance to neutralisation by convalescent plasma and sera [28-30]. However, it is not yet known whether there are more reinfections related to one specific variant than for other strains.

There is limited evidence on the effect that emerging SARS-CoV-2 variants with immune escape potential can have on the protection provided by natural infection.

B.1.1.7

While there are no studies that directly address the transmission risk linked to reinfection with this variant, there are several observational studies that provide indirect evidence on reinfection for B.1.1.7.

In a matched case-control study of 1 769 cases of infection with SARS-CoV-2 variant B.1.1.7 in the UK and 1 769 wild-type controls, two reinfections (1.13/1 000 cases) were detected in the variant case group and three reinfections (1.70/1 000 cases) in the comparator group (p=1.00) [32]. These data, which were collected at a time when the B.1.1.7 variant was circulating, but not completely dominant in the UK, suggest that natural immunity to the wild-type virus is similarly effective against B.1.1.7.

An observational study in the UK paired longitudinal COVID Symptom Study mobile application data with regional data during the period when the previously circulating SARS-CoV-2 strain was being replaced with the B.1.1.7 variant. The study found a low reinfection rate of 0.7% (95% CI 0.6–0.8), which was consistent across regions and time, indicating that reinfection is no more likely in the context of B.1.1.7 [33].

A retrospective review of laboratory results at a south-west London laboratory identified 10 727 patients with evidence of SARS-CoV-2 infection (defined as positive PCR and/or serology) and 55 274 patients without

evidence of SARS-CoV-2 infection before the end of July 2020 [34]. Eight (0.07%) patients in the first group had evidence of infection between 1 August and 31 December, compared to 713 (1.29%) in the second group (RR 0.0578, 95% CI 0.0288−0.1160). There were no reinfections during the first seven months of the second study period. All reinfections in the group with evidence of previous infection occurred in December 2020. This observation may be related to the emergence of variant B.1.1.7; the increased risk of infection during the peak of the epidemic around the end of the year and/or progressive waning of immunity.

Laboratory studies present conflicting results, finding that B.1.1.7 is not more resistant to convalescent plasma from previously-infected individuals than the original strain, while other studies find a modest resistance to convalescent plasma, with a majority of serum samples retaining functional activity above neutralising thresholds [34-36].

B.1.351

One study provides information gathered in South Africa from the placebo arm of a phase 2b vaccine trial on risk of reinfection associated with the B.1.351 variant. There was no difference in infection or reinfection between seronegative and seropositive individuals in the placebo arm of the study. This indicates that prior infection was not protective against reinfection with the B.1.351 variant, which was widely circulating in the country during the data collection window (23 November to 30 December 2020) [38].

Some laboratory studies provide weak evidence for possible increased risk of reinfection in individuals with the B.1.351 variant. Several convalescent plasma studies have found that B.1.351 has resistance to neutralisation, with reductions in antibody activity ranging from a factor of six to complete knockout activity [29,34,38].

An analysis of CD4+ and CD8+ T cell responses from COVID-19 convalescent subjects found that the response was not substantially affected by the B.1.351 variant [15].

P.1

There are no observational or cohort studies providing information on transmission or reinfection risk.

Laboratory or case studies provide weak evidence for possible increased risk of reinfection in individuals with the P.1 variant.

Immune plasma of COVID-19 convalescent blood donors in Brazil had 6-fold less neutralising capacity against the P.1 variant than the B-lineage [40]. However, a separate analysis of CD4+ and CD8+ T cell responses from COVID-19 convalescent subjects found that the response was not substantially affected by the P.1 variant [15].

A phylogenetically-confirmed case of SARS-CoV-2 reinfection with the P.1 variant in an otherwise healthy 29-year-old woman, nine months after her first episode of SARS-CoV-2 infection has been reported in a case study. The case had a positive IgG rapid antibody test eight days before symptom onset of the second infection episode. This indicates that reinfection may have occurred, despite pre-existing anti-SARS-CoV-2 antibodies. Low Ct values (<25) during the reinfection episode suggested that the subject could have been infectious and transmitted the virus [31].

Summary and discussion of evidence: natural infection

Annex 1 summarises the types of studies required to fully evaluate transmission risk in previously-infected individuals, categorised according to a hierarchical evidence framework. Overall, evidence on the transmission risk posed by previously-infected individuals is largely based on studies showing lower proportions of asymptomatic reinfection episodes in those who have recovered compared to naïve individuals. This has been scored as low-strength evidence for reduced transmission risk, on account of limited comparative data on viral load, virus culture viability and secondary attack rates among household contacts.

At present, there is no evidence from studies specifically designed to assess the role of natural infection in prevention against the transmission of SARS-CoV-2.

However, there is indirect evidence from cohort studies that natural infection significantly decreases the overall risk of symptomatic and asymptomatic reinfection by 81 to 100% for a follow-up period of five to seven months. However, protection from reinfection is lower in individuals aged 65 years and above. Altogether, as the number of individuals acquiring natural immunity increases, the total number of infections is expected to decrease significantly, leading to reduced transmission overall. However, infection with SARS-CoV-2 does not provide sterilising immunity to all individuals and some who are reinfected might be able to transmit SARS-CoV-2 infection to susceptible contacts.

There is weak evidence that infection with VOCs, in particular B.1.351 and P.1, may impact adversely on the level and duration of immunity developed against the original SARS-CoV-2.

Population-level impact on virus circulation will depend not only on the risk of an individual transmitting the disease, but also the number of susceptible contacts that the person may expose to a virus. The importance of population immunity from natural infection, or as a result of vaccination, should be taken into consideration when assessing how individual risk of transmission affects the circulation of the virus within the community. This could be important when assessing risk in congregate settings, such as long-term care facilities or prisons, or in some occupational settings where the transmission to a large number of individuals can occur rapidly if they are susceptible, and if effective prevention measures, such as the use of face masks and physical distancing, are not in place.

SARS-CoV-2, as an RNA virus, will continue to evolve and has the potential to produce variants that escape human immune defences from natural infection. It is likely that in the future such variants will become dominant. It is not possible to predict when this may occur or to what extent. Data from other human coronaviruses suggest that immunity against clinical disease may be longer-lived than immunity against infection and onward transmission [41].

Knowledge gaps and areas for further research: natural infection

There is still limited evidence on the role of natural immunity generally in preventing transmission of SARS-CoV-2. More specifically, there is very limited evidence on how newly-emerged VOCs may affect the likelihood of reinfection with symptomatic/asymptomatic SARS-CoV-2 and what role these infections will play in further transmission. To fill these gaps, cohorts with SARS-CoV-2 humoral and cellular immunity markers need to be followed up. This will allow better measurement of the magnitude and duration of protection from reinfection and symptomatic disease. It will also enable measurement of the effect of protection on transmission generally and, more specifically, in relation to VOCs. SARS-CoV-2 will continue to change and mutate. ECDC will continue to follow the viral evolution and the resulting scientific evidence on transmissibility, severity and immune escape and evaluate VOCs as they emerge.

Vaccination

Evidence of vaccine effectiveness against transmission

As of 14 March 2021, only one study was identified that directly investigated and reported on the effectiveness of COVID-19 vaccine against transmission of SARS-CoV-2 to susceptible contacts from vaccinated cases. This study is a register-based analysis from Scotland including 144 525 healthcare workers and 194 362 members of their households. This analysis has shown that household members of healthcare workers vaccinated with a single dose of either Pfizer or Astra Zeneca COVID-19 vaccine were at significantly reduced risk (HR=0.70; 95% CI: 0.63−0.78) of PCR-confirmed SARS-CoV-2 infection, and non-statistically significant reduced risk of hospitalisation (0.77; 95% CI: 0.53-1.10), compared to household members of unvaccinated healthcare workers, 14 days after vaccination [42]. As household members of healthcare workers could also have been infected through other routes, the reported 30% risk reduction for infection is probably an underestimate and could in reality be as high as 60%. These findings are consistent with a substantial reduction in transmission risk from fully-vaccinated individuals to susceptible contacts.

Evidence of vaccine effectiveness on reducing viral load and duration of viral shedding

Viral load appears to be a leading indicator of SARS-CoV-2 transmission [43], therefore vaccines that can reduce the viral load in SARS-CoV-2 infections may also reduce the chance of viral transmission.

In the UK Oxford–AstraZeneca COVID-19 vaccine trial, lower viral load and shorter duration of shedding (median reduction of one week with no difference between B.1.1.7 and non-B.1.1.7 infections) was observed in a small group of symptomatic and asymptomatic PCR-positive vaccinated individuals compared to PCR-positive unvaccinated controls [44]. It is interesting to note that neutralising antibody titres following vaccination with COVID-19 vaccine Astra Zeneca were lower for the B.1.1.7 lineage, despite similar efficacy against clinical endpoints.

A preliminary observational study from Israel showed a four-fold reduction of viral load in infections occurring 12−28 days after the first dose of the Pfizer-BioNTech vaccine [45].

It is not yet clear at this stage whether, and how much, these observed reductions in viral load and duration of shedding would make a vaccinated person less infectious.

Evidence of vaccine effectiveness against infection

A vaccine that is highly effective at preventing infection is likely to also be able to reduce transmission.

Evidence for two doses of vaccine

Data from randomised studies

In the UK Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccine trial, the participants performed self-administered nose and throat swabs every week with an overall 54.1% (95% CI: 44.7−61.9%) reduction in PCR-positivity. Specifically, a 67.6% (95% CI: 50.8−78.7%) reduction in PCR-positivity was observed after a low dose, followed by a standard dose of vaccine (LD/SD) and a 49.5% (95% CI: 37.7−59.0%) reduction after two standard doses of vaccine (SD/SD) compared to the placebo group [46]. The average longer interval between doses in the LD/SD compared to the SD/SD group may explain these results, as a consistently increased vaccine efficacy against all study end points was observed in the trial with longer intervals between doses.

As a secondary endpoint, several vaccine trails are assessing the vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 infection determined by anti-SARS-CoV-2 NP antibodies, regardless of whether the infection was symptomatic. The trial will assess the proportion of participants (vaccine versus placebo recipients) with SARS-CoV-2 infection determined by anti-SARS-CoV-2 NP antibodies, specifically including asymptomatic infection, across the two years of study follow-up [47].

Data from non-randomised studies

General population

A large observational study of 596 618 individuals from Israel showed that vaccination with the Pfizer-BioNTech vaccine reduces PCR-confirmed infection, irrespective of symptoms, by 92% (95% CI: 88−95%) in individuals who received two doses of vaccine seven days or more after the second dose. The reported vaccine effectiveness against asymptomatic infection (i.e. positive PCR with no reported symptoms used as proxy of asymptomatic infection since mild symptoms may not have been documented) was 29% (95% CI: 17−39%) for the period from 14 to 20 days after the first dose; 52% (95% CI: 41−60%) for the period from 21 to 27 days after the first dose, and 90% (95% CI: 83−94%) seven or more days after the second dose [48]. As people who have previously been infected are currently not eligible for vaccination in Israel, this study could not look at vaccine effectiveness against infection in previously-infected individuals. On 11 March 2021, the company announced that an updated analysis from Israel, with data until 6 March, found a vaccine effectiveness of 94% against asymptomatic infection from two weeks after the second dose of Pfizer-BioNTech vaccine [49]. It is interesting to note that during the analysis period more than 80% of the specimens collected were reported to be B.1.1.7.

A recent retrospective study carried out in the USA among 39 156 patients attending pre-procedural and pre-surgical SARS-CoV-2 screening found that the risk of asymptomatic infection was reduced by 80% among vaccinated patients after the second dose of Pfizer or Moderna COVID-19 vaccines (RR=0.20; 95% CI: 0.09−0.44) [50]. It is important to note that, due to potential unmeasured confounding, this study was only able to show a correlation between vaccination and reduced asymptomatic infection, rather than causation.

Older adults

A national register-based retrospective study was performed in Denmark, including 39 040 residents of long-term healthcare facilities (median age: 84 years) frequently tested with PCR, irrespective of symptoms [51]. After the second dose of Pfizer-BioNTech vaccine, an effectiveness of 52% (95% CI: 27−69%) was reported within seven days of the second dose, and of 64% (95% CI: 14−84%) seven days after the second dose among the residents.

Healthcare workers

The Danish retrospective cohort study also included 331 039 healthcare workers who were offered PCR testing on a weekly basis during the study period. After the second dose of Pfizer BioNTech vaccine, an effectiveness of 46% (95% CI: 28−59%) was reported within seven days of the second dose, and of 90% (95% CI: 82−95%) beyond seven days after the second dose [51]. Data from the SIREN study, a multicentre cohort study carried out in the UK with weekly swabbing of 23 000 healthcare workers, showed a 86% (95% CI: 76−97%) reduction seven days after two doses in the seronegative cohort [20]. It is important to note that the variant B.1.1.7 was the predominant variant in the UK during the performance of this study.

A pre-print study, looking at humoral immunity in individuals vaccinated with the Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine, found the presence of large titres of IgG antibodies within the saliva of vaccinated individuals that far exceeded those seen in convalescent individuals with positive PCR. Authors speculate that this might indicate that vaccination confers a sterilising immune response in the oral cavity and thereby lowers virus transmission [52].

Evidence for one dose of vaccine

Data from randomised studies

In the UK Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccine trial, the participants performed self-administered nose and throat swabs every week, with an observed 67% (95% CI: 49−78%) reduction in overall PCR-positivity after 21 days among the subset of individuals vaccinated with a single standard dose [46]. More specifically, in the first 90 days of follow-up, despite providing a significant 76% (95% CI: 59−86%) reduction in symptomatic infections, a single standard dose of vaccine did not significantly reduce asymptomatic PCR-positive infections (vaccine efficacy: 16%; 95% CI: -88−-62%). In the COVID-19 Moderna vaccine trial, investigators swabbed study participants 28 days after

the first dose, just before receiving the second dose, and found a 62% reduction of SARS-CoV-2 infection occurrence among vaccinated individuals (0.10%) compared to placebo (0.27%) after the first dose of vaccine [53]. Data from the Janssen COVID-19 vaccine trial (one-dose regimen) reviewed by the US Food and Drug Authority (FDA) show potential efficacy against asymptomatic infection (defined as positive RT-PCR, or a positive serology with N-specific immunoglobulin assay) developing during the study period, although it did not fulfil criteria for signs and symptoms of COVID-19 29 days after vaccine inoculation (seroconversion rate of 74%). In this study only a non-random fraction of study participants had available serology and the follow-up time was limited [54]. For the Janssen COVID-19 vaccine, an immunological test for seroconversion based on SARS-CoV-2 N protein will be performed to identify cases of asymptomatic infection in samples obtained at Day 1 (pre-vaccination), Day 29, Day 71, six months, and one year after vaccination. Based on preliminary data from a partial dataset, efficacy was 59.7% (95% CI 32.8−76.6%) for the prevention of asymptomatic cases [55].

Data from non-randomised studies

General population

In the large population-based published study from Israel (n=596 618 individuals), vaccine effectiveness against PCR-confirmed infection at Days 14 through 20 after the first dose of Pfizer-BioNTech vaccine, irrespective of symptoms, was estimated at 46% (95% CI: 40−51%) [48].

A separate study of 503 875 individuals from Israel using historical controls (1−12 days following vaccination) showed a 51.4% relative risk reduction of infections 13−14 days after the first dose of Pfizer-BioNTech vaccine [56]. A re-analysis of the data from this study using daily incidence of infection found an increasing vaccine effectiveness from Day 14 following the first dose, which peaked at 91% on Day 21 [57]. As people with previous infection are currently not eligible for vaccination in Israel, these studies could not look at vaccine effectiveness against infection in previously-infected individuals.

A retrospective analysis carried out in the USA among 39 156 patients attending pre-procedural and pre-surgical SARS-CoV-2 screening, found the risk of asymptomatic infection was reduced by 79% (RR=0.21; 95% CI: 0.12−0.37) in vaccinated patients from 10 days after the first dose of Pfizer or Moderna COVID-19 vaccine [50]. It is important to note that, due to potential unmeasured confounding, this study was only able to show a correlation between vaccination and reduced asymptomatic infection, rather than causation.

Older adults

In a Danish population-based pre-print study among residents of long-term healthcare facilities, no statistically significant vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 infection was observed at any time between the first and second dose of Pfizer-BioNTech vaccine [51]. The estimated vaccine effectiveness after adjustments was 21% (95% CI -11−44%) in the 14-day period following vaccination and before the second dose.

Healthcare workers

Among healthcare workers from the same Danish retrospective cohort study referred to above, a statistically significant vaccine effectiveness of 17% (95% CI 4−28%) was observed from 14 days after the first dose of Pfizer-BioNTech vaccine until the second dose [51].

In another study from Israel, a single-centre retrospective cohort study of healthcare workers without active surveillance of asymptomatic infections, a reduction in infection rates of 75% (95% CI: 72–84%) was observed in healthcare workers who did not have previous SARS-CoV-2 infection between Day 15 and Day 28 after the first dose of Pfizer-BioNTech vaccine [58].

In the SIREN study from UK (n=23 000 with weekly swabbing), a 72% (95% CI: 58−86%) reduction in all infections was reported 21 days after a first dose of Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine [19,58].

Data from Cambridge's Addenbrooke Hospital in the UK, collected between 18 and 31 January 2021, showed a four-fold decrease in asymptomatic infections among healthcare staff, vaccinated for at least 12 days, after a single dose of the Pfizer-BioNTech vaccine compared to unvaccinated healthcare staff [59]. It is important to note that the variant B.1.1.7 was the predominant in the UK during the performance of these two studies.

Evidence for vaccination of previously infected individuals

Evidence is emerging of vaccine effectiveness in previously-infected individuals. Currently there is early evidence showing a high antibody response after one and two doses of vaccine in previously-infected individuals.

Data from randomised studies

For COVID-19 vaccines AstraZeneca, Janssen and Moderna data from the clinical trials were insufficient to assess vaccine effectiveness in participants with evidence of prior SARS-CoV-2 infection [2]. In the results available from clinical trials for Comirnaty from Pfizer-BioNTech, Novavax, Bharat Covaxin (phase 3) and Sinovac there is no mention of effectiveness in previously-infected individuals. In the clinical trial for the Sputnik V vaccine, previously-infected individuals were excluded from the trial, and there is no mention of the effectiveness in these individuals [59-62].

Data from non-randomised studies

A small, US National Institutes of Health supported study, published as a pre-print, suggests a single dose of mRNA vaccine elicits rapid immune responses in seropositive individuals with post-vaccine antibody titres that are comparable to, or exceed titres found in naïve individuals who received two vaccination doses [64]. The study included 109 individuals (67 seronegative and 41 seropositive) who received mRNA vaccines Pfizer-BioNTech or Moderna. The antibody titres of vaccinees with pre-existing immunity were 10−20 times higher than those of naïve individuals at the same points in time, and also exceeded the median antibody titres measured in naïve individuals after the second vaccine dose by more than 10-fold. The 41 people who tested positive prior to vaccination generated high levels of antibodies within few days of vaccination with first dose, while negative individuals developed low levels within 9−12 days of first dose.

A nested case-control analysis of 51 participants in an ongoing longitudinal observational study of healthcare workers in London (COVID-19 Consortium) suggests a good antibody response to the first Pfizer-BioNTech dose in previously-infected individuals [65]. Among previously-uninfected, seronegative individuals, anti-S titres after one vaccine dose were comparable to peak anti-S titres in individuals with a previous natural infection who had not yet been vaccinated. Among those with a previous SARS-CoV-2 infection, vaccination increased anti-S titres more than 140-fold from peak pre-vaccine levels [66]. This increase appears to be at least one order of magnitude greater than reported after a conventional prime-boost vaccine strategy in previously-uninfected individuals. The authors suggest the findings provide a rationale for serology-based vaccine dosing to maximise coverage and impact.

Another small study also looked at antibody responses to a single dose of the Pfizer-BioNTech or Moderna vaccines in 59 healthcare workers. Those who had previously been infected with SARS-CoV-2 had a clear antibody response, which peaked at 10 and 14 days after vaccination. At all points in time, healthcare workers with previous infection showed statistically significantly higher antibody levels than those who had not been infected [67].

Whether enhanced vaccine-induced antibody responses among previously seropositive individuals will show differential longevity compared to boosted vaccines remains to be seen.

Evidence for breakthrough infections with SARS-CoV-2 matching the vaccine strains and new emerging VOCs

With reported vaccine efficacy for the four EU authorised COVID-19 vaccines (Comirnaty developed by BioNTech/Pfizer, COVID-19 Vaccine Moderna, COVID-19 Vaccine AstraZeneca and COVID-19 Vaccine Janssen) varying in the range of 65−95% against any COVID-19 disease caused by the matching SARS-CoV-2 viruses in the community, breakthrough infections following vaccination are expected. This may either be due to primary vaccine failure, where the individual did not mount an immune response to vaccination, or secondary vaccine failure where an individual developed disease despite evidence of some immune response to vaccination.

There are currently no publications available on breakthrough infections but data are beginning to emerge. For Comirnaty, which was used in Israel, the majority of breakthrough infections were caused by B.1.1.7 but also some B.1.351, which matches the pattern of variant circulation in the country. These data should be interpreted with caution and always in the context of the proportion of circulating variants and the geographical distribution at the time of detection.

Lower vaccine efficacy has been observed for some of the new VOCs, as detailed below.

- For the vaccine candidate developed by Novavax, clinical trial data showed its vaccine was 89% effective in a clinical trial conducted in the UK with matching virus, but only 50% effective at preventing COVID-19 in South Africa where B.1.351 circulated in the community.
- The COVID-19 Vaccine Astra Zeneca, tested in a small study of 18 to 65 year-olds in South Africa, offered only limited or no protection from mild disease with a vaccine efficacy of 10% (95% CI -76.8 to 54.8) against the B.1.351 variant [68].
- A pre-print study on a limited number of healthcare workers receiving the Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine found a nearly identical antibody response in serum samples from vaccinated and infected individuals against the wildtype virus versus the variant B.1.1.7. For the variant B.1.351, virus neutralising tests revealed substantially-reduced neutralisation capacity but still neutralisation was not abrogated [52].
- Sera of participants vaccinated in the Phase 1 trial of the Moderna mRNA-1273 vaccine had reductions in neutralising antibodies by a factor of 1.2 against B.1.1.7, 6.4 against B.1.351, 3.5 against P.1, and 3.1 against B.1.1.7 with the E484K mutation [69].
- Five months after booster immunisation with the Sinovac inactivated vaccine, plasma from vaccinated individuals failed to efficiently neutralise P.1 lineage virus isolates [40].

There are several media reports of outbreaks in long-term care facilities across Europe including breakthrough infections among fully-vaccinated residents and staff [69-73]. The reported outbreaks are often linked to emerging VOCs, but the majority of cases among vaccinated residents have been mild or asymptomatic, with only a minority of cases requiring hospitalisation.

Summary and discussion of evidence: vaccination

The available evidence of COVID-19 vaccine effectiveness against transmission of SARS-CoV-2 is still limited. However, results from ongoing trials and observational studies of vaccine effectiveness against symptomatic and asymptomatic infection, viral load and duration of viral shedding are suggestive of relevant effect, including against transmission. Vaccine effectiveness against infection has been measured only shortly after the second dose of vaccine and not for all available vaccine products and VOCs. Vaccination significantly decreases the overall risk of symptomatic and asymptomatic infection. Therefore, the total number of infections is expected to decrease significantly, leading to reduced transmission overall. It is important to consider that different vaccine products show different effectiveness against infection and therefore risk of onward transmission. Different vaccines may also confer different durations of protection and effectiveness against VOCs.

COVID-19 vaccines do not confer sterilising immunity to all individuals, and some of those vaccinated might still be able to transmit SARS-CoV-2 infection to susceptible contacts if there is substantial viral replication. However, the population-level impact on virus circulation will depend not only on the risk of an individual transmitting the disease, but also on the proportion of susceptible people that the individual may expose to a virus. With mass vaccination programmes, a substantial impact on transmission can probably be anticipated with the currently licensed vaccines. Therefore, the vaccination uptake at population level will contribute critically to determining whether a vaccinated person can transmit the virus to susceptible contacts.

SARS-CoV-2, as an RNA virus, will continue mutating and has the potential to recombine to escape human immune defences in order to replicate and spread. The possibility cannot be discounted that in the future there will be new dominant variants that will be transmitted despite vaccination. It is not possible to predict when this may occur and what will then be the residual effectiveness of currently available vaccines against disease severity, also given the possibility of waning immunity. Data from other human coronaviruses suggest that immunity against the development of clinical disease may be longer-lived than immunity against infection and onward transmission [41].

Annex 1 summarises the types of studies required to fully evaluate transmission risk from vaccinated individuals, categorised according to a hierarchical evidence framework. There is evidence that vaccination significantly reduces PCR-positivity and symptomatic/asymptomatic infection in vaccinated individuals, although the vaccine efficacy varies by product and target group. A limited number of vaccine studies with prospective follow-up show reduced viral load and duration of virus shedding among vaccine recipients compared to placebo groups. This has been scored as moderate-strength evidence for reduced transmission risk, on account of the limited comparative data on culture viability and secondary attack rates among household contacts.

Knowledge gaps and areas for further research: vaccination

SARS-CoV-2 will continue to change and mutate. ECDC will continue to follow the viral evolution and resulting scientific evidence on transmissibility, severity, immune escape and vaccine escape and to evaluate VOCs as they emerge. Cohorts with SARS-CoV-2 humoral and cellular immunity markers need to be followed-up. This will allow better determination of the magnitude and duration of protection from reinfection and symptomatic disease. It will also enable determination of the effect of protection on transmission.

There is still limited evidence on the role of natural immunity against some of the newly-emerged VOCs.

There is incomplete evidence on the effectiveness and duration of protection of the various vaccine products against infection and further transmission of SARS-CoV-2 VOCs.

There is a need to ensure that any outbreak investigations identify the role of vaccinated individuals with infection in the further transmission of SARS-CoV-2 in congregate settings, including long-term care facilities, to provide clearer evidence on vaccine efficacy and transmission risk in these settings.

Finally, data on transmission risk in vaccinated individuals stratified by age group is lacking.

Forthcoming evidence

Vaccine failures will be followed up in many EU/EEA Member States through enhanced surveillance and then reported to the European Surveillance System (TESSy) database. This will include viral sequencing data to identify genetic changes that may be associated with vaccine escape, identifying patient factors or programme delivery factors associated with vaccine failure and monitoring disease outcomes. Data on breakthrough infection will be used to understand whether there is any evidence of vaccine-induced immune enhancement, whereby disease outcomes are more severe in vaccinated cases.

Healthcare workers' household studies are ongoing in the UK and should provide some results in the coming months [75,76]. One such study, carried out by the University of Nottingham, is based on an existing cohort of hundreds of healthcare professionals and their family members who were tested last spring and summer for

antibodies and viral RNA. The investigators are planning to re-test healthcare workers who have now been vaccinated and members of their households who have not received the vaccine. This should show whether the risk of transmission to close contacts within the family has decreased following the vaccination of healthcare professionals.

Household studies are also planned in Israel, involving close family contacts of vaccinated individuals. A cluster randomised trial involving the Sinovac vaccine in the Brazilian town of Serrana will assess the transmission in unvaccinated areas of the town to measure the indirect effects of vaccination on other areas of the town [76,77].

In the COVID-19 Pfizer-BioNTech vaccine trials ongoing in the USA and Argentina, a bi-weekly swabbing programme is foreseen to investigate vaccine effectiveness against infection [76].

Limitations

The uncertainty concerning the findings presented in this report are mainly related to the following:

- the fact that this review was based on emerging evidence, much of it from the pre-print, non-peer reviewed literature. Findings from such studies may be subject to revision as they undergo peer review;
- the fact that this is a relatively new pandemic and vaccines have only been developed and tested very recently. Consequently, there is limited follow-up data on duration of natural immunity or duration of immunity following vaccination;
- the situation concerning VOCs is evolving rapidly. Much of the evidence collected and presented here was generated before the variants started circulating widely and therefore conclusions may be revised as more data becomes available in the future.

Contributing ECDC experts (in alphabetical order)

Kim Brolin, Orlando Cenciarelli, Edoardo Colzani, Charlotte Deogan, Kari Johansen, Annette Kraus, Angeliki Melidou, Ajibola Omokanye, Pasi Penttinen, Anastasia Pharris, Diamantis Plachouras, Andrea Würz.

Acknowledgements

ECDC would like to thank Marco Cavaleri of the European Medicines Agency for helpful input on this document.

References

1. European Medicines Agency (EMA). EMA preparing guidance to tackle COVID-19 variants. EMA News. 10 February 2021. Available at: https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-preparing-guidance-tackle-covid-19-variants
2. European Medicines Agency (EMA). COVID-19 vaccines. Overview. 2021. Available at: https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19/treatments-vaccines/covid-19-vaccines
3. Porta M. Dictionary of Epidemiology. 6th ed. New York: Oxford University Press Inc.; 2014.
4. World Health Organization (WHO). COVID-19 Weekly Epidemiological Update. Geneva: WHO; 2021. Available at: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20210225_weekly_epi_update_voc-special-edition.pdf
5. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). COVID-19 situation update worldwide, as of week 10, updated 18 March 2021. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases
6. Huang AT, Garcia-Carreras B, Hitchings MDT, Yang B, Katzelnick LC, Rattigan SM, et al. A systematic review of antibody-mediated immunity to coronaviruses: kinetics, correlates of protection, and association with severity. Nature Communications. 2020;11(1):4704. Available at: https://doi.org/10.1038/s41467-020-18450-4
7. Post N, Eddy D, Huntley C, van Schalkwyk MCI, Shrotri M, Leeman D, et al. Antibody response to SARS-CoV-2 infection in humans: A systematic review. PloS One. 2020;15(12):e0244126. Available at: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0244126
8. Shrotri M, van Schalkwyk MCI, Post N, Eddy D, Huntley C, Leeman D, et al. T cell response to SARS-CoV-2 infection in humans: A systematic review. PloS One. 2021;16(1):e0245532. Available at: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0245532
9. Hellerstein M. What are the roles of antibodies versus a durable, high quality T-cell response in protective immunity against SARS-CoV-2? Vaccine X. 2020; 6. Available at: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590136220300231
10. van Binnendijk RS, den Hartog G, Reimerink J, Schepp R, Feenstra S, Reukers D, et al. Serological Evidence for Reinfection with SARS-CoV-2; An Observational Cohort Study. SSRN [Preprint]. 2021. DOI: 10.2139/ssrn.3800076. Available at: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3800076
11. Grigoryan L, Pulendran B. The immunology of SARS-CoV-2 infections and vaccines. Seminars in Immunology. 2020; 50. Available at: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1044532320300385
12. Hartley GE, Edwards ESJ, Aui PM, Varese N, Stojanovic S, McMahon J, et al. Rapid generation of durable B cell memory to SARS-CoV-2 spike and nucleocapsid proteins in COVID-19 and convalescence. Science Immunology. 2020;5(54) Available at: https://immunology.sciencemag.org/content/5/54/eabf8891/
13. Lau EHY, Tsang OTY, Hui DSC, Kwan MYW, Chan W-h, Chiu SS, et al. Neutralizing antibody titres in SARS-CoV-2 infections. Nature Communications. 2021; 12(63). Available at: https://www.nature.com/articles/s41467-020-20247-4
14. Dan JM, Mateus J, Kato Y, Hastie KM, Yu ED, Faliti CE, et al. Immunological memory to SARS-CoV-2 assessed for up to 8 months after infection. Science. 2021; 371(6529). Available at: https://science.sciencemag.org/content/371/6529/eabf4063
15. Tarke A, Sidney J, Methot N, Zhang Y, Dan JM, Goodwin B, et al. Negligible impact of SARS-CoV-2 variants on CD4+ and CD8+ T cell reactivity in COVID-19 exposed donors and vaccinees. bioRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.02.27.433180. Available at: https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.02.27.433180v1
16. Chia WN, Zhu F, Ong SWX, Young BE, Fong S-W, Le Bert N, et al. Dynamics of SARS-CoV-2 neutralising antibody responses and duration of immunity: a longitudinal study. The Lancet Microbe [Preprint]. 2021. DOI: 10.1016/S2666-5247(21)00025-2. Available at: https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247(21)00025-2/
17. Bakhshandeh B, Jahanafrooz Z, Abbasi A, Goli MB, Sadeghi M, Mottaqi MS, et al. Mutations in SARS-CoV-2; Consequences in structure, function, and pathogenicity of the virus. Microbial Pathogenesis. 2021; 154(104831). Available at: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882401021001030
18. Health Information and Quality Authority (HIQA). Duration of immunity (protection from reinfection) following SARS-CoV-2 infection. Dublin: HIQA; 2021. Available at: https://www.hiqa.ie/sites/default/files/2021-03/Duration-of-protective-immunity_Evidence-Summary.pdf
19. Lumley SF, O'Donnell D, Stoesser NE, Matthews PC, Howarth A, Hatch SB, et al. Antibody Status and Incidence of SARS-CoV-2 Infection in Health Care Workers. New England Journal of Medicine. 2020;384(6):533-40. Available at: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2034545

20. Hall V, Foulkes S, Charlett A, Atti A, Monk E, Simmons R, et al. Do antibody positive healthcare workers have lower SARS-CoV-2 infection rates than antibody negative healthcare workers? Large multi-centre prospective cohort study (the SIREN study), England: June to November 2020. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.01.13.21249642. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.13.21249642v1
21. Abu-Raddad LJ, Chemaitelly H, Coyle P, Malek JA, Ahmed AA, Mohamoud YA, et al. SARS-CoV-2 reinfection in a cohort of 43,000 antibody-positive individuals followed for up to 35 weeks. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: doi.org/10.1101/2021.01.15.21249731. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.15.21249731v1
22. Hanrath AT, Payne BAI, Duncan CJA. Prior SARS-CoV-2 infection is associated with protection against symptomatic reinfection. Journal of Infection [Preprint]. 2020. DOI: 10.1016/j.jinf.2020.12.023. Available at: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163445320307817
23. Harvey RA, Rassen JA, Kabelac CA, Turenne W, Leonard S, Klesh R, et al. Real-world data suggest antibody positivity to SARS-CoV-2 is associated with a decreased risk of future infection. medRxiv [Preprint]. 2020. DOI: 10.1101/2020.12.18.20248336. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.12.18.20248336v1
24. Hansen CH, Michlmayr D, Gubbels SM, Mølbak K, Ethelberg S. Assessment of protection against reinfection with SARS-CoV-2 among 4 million PCR-tested individuals in Denmark in 2020: a population-level observational study. The Lancet [Preprint]. 2021. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00575-4. Available at: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673621005754
25. Perez G, Banon T, Gazit S, Moshe SB, Wortsman J, Grupel D, et al. A 1 to 1000 SARS-CoV-2 reinfection proportion in members of a large healthcare provider in Israel: a preliminary report. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.03.06.21253051. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.06.21253051v1
26. COMMUNITY-studien. COVID-19 Biomarker and Immunity Study, Resultat FAS 3. 2021. Available at: https://communitystudien.com/information-om-fas-3/
27. Jeffery-Smith A, Iyanger N, Williams SV, Chow JY, Aiano F, Hoschler K, et al. Antibodies to SARS-CoV-2 protect against re-infection during outbreaks in care homes, September and October 2020. Euro Surveill. 2021;26(5):pii=2100092. Available at: https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.5.2100092
28. Pray IW, Gibbons-Burgener SN, Rosenberg AZ, Cole D, Borenstein S, Bateman A, et al. COVID-19 Outbreak at an Overnight Summer School Retreat - Wisconsin, July-August 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(43):1600-4. Available at: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6943a4.htm?s_cid=mm6943a4_w
29. Public Health England (PHE). Investigation of novel SARS-CoV-2 variant: Variant of Concern 202012/01, Technical briefing 4. London: PHE; 2021. Available at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/952490/Variant_of_Concern_VOC_202012_01_Technical_Briefing_4_England.pdf
30. Wibmer CK, Ayres F, Hermanus T, Madzivhandila M, Kgagudi P, Oosthuysen B, et al. SARS-CoV-2 501Y.V2 escapes neutralization by South African COVID-19 donor plasma. Nature Medicine. 2021. Available at: https://www.nature.com/articles/s41591-021-01285-x
31. Naveca F, da Costa C, Nascimento V, Souza V, Corado A, Nascimento F, et al. SARS-CoV-2 reinfection by the new Variant of Concern (VOC) P.1 in Amazonas, Brazil. Virological.org; 2021. Available at: https://virological.org/t/sars-cov-2-reinfection-by-the-new-variant-of-concern-voc-p-1-in-amazonas-brazil/596
32. Public Health England (PHE). Investigation of novel SARS-CoV-2 variant: Variant of Concern 202012/01, Technical briefing 2. London: PHE; 2020. Available at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/949639/Technical_Briefing_VOC202012-2_Briefing_2_FINAL.pdf
33. Graham MS, Sudre CH, May A, Antonelli M, Murray B, Varsavsky T, et al. The effect of SARS-CoV-2 variant B.1.1.7 on symptomatology, re-infection and transmissibility. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.01.28.21250680. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.28.21250680v1
34. Breathnach AS, Riley PA, Cotter MP, Houston AC, Habibi MS, Planche TD. Prior COVID-19 significantly reduces the risk of subsequent infection, but reinfections are seen after eight months. Journal of Infection [Preprint]. 2021. DOI: 10.1016/j.jinf.2021.01.005. Available at: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163445321000104
35. Wang P, Nair MS, Liu L, Iketani S, Luo Y, Guo Y, et al. Antibody Resistance of SARS-CoV-2 Variants B.1.351 and B.1.1.7. bioRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.01.25.428137. Available at: http://biorxiv.org/content/early/2021/02/12/2021.01.25.428137

36. Rees-Spear C, Muir L, Griffith SA, Heaney J, Aldon Y, Snitselaar JL, et al. The impact of spike mutations on SARS-CoV-2 neutralization. bioRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.01.15.426849. Available at: http://biorxiv.org/content/early/2021/01/19/2021.01.15.426849
37. Hu J, Peng P, Wang K, Liu B-z, Fang L, Luo F-y. Emerging SARS-CoV-2 variants reduce neutralization sensitivity to convalescent sera and monoclonal antibodies. bioRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.01.22.427749. Available at: http://biorxiv.org/content/early/2021/01/22/2021.01.22.427749
38. Shinde V, Bhikha S, Hossain Z, Archary M, Bhorat Q, Fairlie L, et al. Preliminary Efficacy of the NVX-CoV2373 Covid-19 Vaccine Against the B.1.351 Variant. medRxiv [Preprint]. 2021. Available at: http://medrxiv.org/content/early/2021/03/03/2021.02.25.21252477
39. Cele S, Gazy I, Jackson L, Hwa S-H, Tegally H, Lustig G, et al. Escape of SARS-CoV-2 501Y.V2 variants from neutralization by convalescent plasma. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.01.26.21250224. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.26.21250224v2
40. de Souza WM, Amorim MR, Sesti-Costa R, Coimbra LD, Toledo-Teixeira DAD, Parise PL, et al. Levels of SARS-CoV-2 Lineage P.1 Neutralization by Antibodies Elicited after Natural Infection and Vaccination. SSRN [Preprint]. 2021. DOI: 10.2139/ssrn.3793486. Available at: https://ssrn.com/abstract=3793486
41. Lavine JS, Bjornstad ON, Rustom A. Immunological characteristics govern the transition of COVID-19 to endemicity. Science. 2021;371(6530):741-5. Available at: https://science.sciencemag.org/content/371/6530/741
42. Shah AS, Gribben C, Bishop J, Hanlon P, Caldwell D, Wood R, et al. Effect of vaccination on transmsision of COVID-19: an observational study in healthcare workers and their households. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.03.11.21253275. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.11.21253275v1
43. Marks M, Millat-Martinez P, Ouchi D, Roberts Ch, Alemany A, Corbacho-Monné M, et al. Transmission of COVID-19 in 282 clusters in Catalonia, Spain: a cohort study. The Lancet Infectious Diseases [Preprint]. 2021. DOI: 10.1016/S1473-3099(20)30985-3. Available at: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309920309853
44. Emary KRW, Golubchik T, Aley PK, Ariani CV, Angus BJ, Bibi S, et al. Efficacy of ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) Vaccine Against SARS-CoV-2 VOC 202012/01 (B.1.1.7). SSRN [Preprint]. 2021. DOI: 10.2139/ssrn.3779160. Available at: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3779160
45. Levine-Tiefenbrun M, Yelin I, Katz R, Herzel E, Golan Z, Schreiber L, et al. Decreased SARS-CoV-2 viral load following vaccination. medRxiv [Preprint]. 2021. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.06.21251283v1
46. Voysey M, Clemens SAC, Madhi S, Weckx LY, Folegatti PM, Aley PK. Single Dose Administration, And The Influence Of The Timing Of The Booster Dose On Immunogenicity and Efficacy Of ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) Vaccine. SSRN [Preprint]. 2021. DOI: 10.2139/ssrn.3777268. Available at: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3777268
47. Novavax Inc. A Phase 3, Randomized, Observer-Blinded, Placebo-Controlled Study to Evaluate the Efficacy, Safety, and Immunogenicity of a SARS-CoV-2 Recombinant Spike Protein Nanoparticle Vaccine (SARS-CoV-2 rS) with Matrix-M1™ Adjuvant in Adult Participants ≥ 18 Years. Gaithersburg: Novavax Inc; 2021. Available at: https://www.novavax.com/sites/default/files/2021-02/Novavax_2019nCoV-301_Protocol_Phase3-Redacted-v5.pdf
48. Dagan N, Barda N, Kepten E, Miron O, Perchik S, Katz MA, et al. BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass Vaccination Setting. New England Journal of Medicine. 2021. Available at: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2101765
49. BioNTech. Real-World Evidence Confirms High Effectiveness of Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine and Profound Public Health Impact of Vaccination One Year After Pandemic Declared. 11 March 2021. Available at: https://investors.biontech.de/node/9451/pdf
50. Tande AJ, Pollock BD, Shah ND, Farrugia G, Virk A, Swift M, et al. Impact of the COVID-19 Vaccine on Asymptomatic Infection Among Patients Undergoing Pre-Procedural COVID-19 Molecular Screening. Clinical Infectious Diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America [Preprint]. 2021. DOI: 10.1093/cid/ciab229. Available at: https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab229/6167855
51. Moustsen-Helms IR, Emborg H-D, Nielsen J, Nielsen KF, Krause TG, Mølbak K, et al. Vaccine effectiveness after 1st and 2nd dose of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in long-term care facility residents and healthcare workers – a Danish cohort study. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.03.08.21252200. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.08.21252200v1

52. Becker M, Dulovic A, Junker D, Ruetalo N, Kaiser PD, Pinilla YT, et al. Immune response to SARS-CoV-2 variants of concern in vaccinated individuals. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.03.08.21252958. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.08.21252958v1
53. Baden LR, El Sahly HM, Essink B, Kotloff K, Frey S, Novak R, et al. Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine. New England Journal of Medicine. 2020;384(5):403-16. Available at: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2035389
54. Janssen Biotech Inc. FDA Briefing Document: Janssen Ad26.COV2.S Vaccine for the Prevention of COVID-19. 2021. Available at: https://www.fda.gov/media/146217/download
55. European Medicines Agency (EMA). Assessment report. COVID-19 Vaccine Janssen. Procedure No. EMEA/H/C/005737/0000. Available at: https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/covid-19-vaccine-janssen-epar-public-assessment-report_en.pdf
56. Chodick G, Tene L, Patalon T, Gazit S, Tov AB, Cohen D, et al. The effectiveness of the first dose of BNT162b2 vaccine in reducing SARS-CoV-2 infection 13-24 days after immunization: real-world evidence. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.01.27.21250612. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.27.21250612v1
57. Hunter PR, Brainard J. Estimating the effectiveness of the Pfizer COVID-19 BNT162b2 vaccine after a single dose. A reanalysis of a study of 'real-world' vaccination outcomes from Israel. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.02.01.21250957. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.01.21250957v1
58. Amit S, Regev-Yochay G, Afek A, Kreiss Y, Leshem E. Early rate reductions of SARS-CoV-2 infection and COVID-19 in BNT162b2 vaccine recipients. The Lancet. 2021;397(10277):875-7. Available at: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00448-7
59. Weekes M, Jones NK, Rivett L, Workman C, Ferris M, Shaw A, et al. Single-dose BNT162b2 vaccine protects against asymptomatic SARS-CoV-2 infection. Authorea [Preprint]. 2021. DOI: 10.22541/au.161420511.12987747/v1. Available at: https://www.authorea.com/users/332778/articles/509881-single-dose-bnt162b2-vaccine-protects-against-asymptomatic-sars-cov-2-infection?access_token=-hDTQsMUXcCPSpdZV_Lmpg
60. US Food and Drug Administration (FDA). Letter to Pfizer Inc.: FDA; 25 February 2021. Available at: https://www.fda.gov/media/144412/download
61. Bharat Biotech. Bharat Biotech Announces Phase 3 Results of COVAXIN®: India's First COVID-19 Vaccine Demonstrates Interim Clinical Efficacy of 81%. Hyderabad: Bharat Biotech; 2021. Available at: https://www.bharatbiotech.com/images/press/covaxin-phase3-efficacy-results.pdf
62. Logunov DY, Dolzhikova IV, Shcheblyakov DV, Tukhvatulin AI, Zubkova OV, Dzharullaeva AS, et al. Safety and efficacy of an rAd26 and rAd5 vector-based heterologous prime-boost COVID-19 vaccine: an interim analysis of a randomised controlled phase 3 trial in Russia. The Lancet. 2021;397(10275):671-81. Available at: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00234-8
63. Sinovac. Sinovac Announces Phase III Results of Its COVID-19 Vaccine. Beijing: SINOVAC; 5 February 2021. Available at: http://www.sinovac.com/?optionid=754&auto_id=922
64. Krammer F, Srivastava K, Simon V. Robust spike antibody responses and increased reactogenicity in seropositive individuals after a single dose of SARS-CoV-2 mRNA vaccine. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.01.29.21250653. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.29.21250653v1
65. Manisty C, Otter AD, Treibel TA, McKnight Á, Altmann DM, Brooks T, et al. Antibody response to first BNT162b2 dose in previously SARS-CoV-2-infected individuals. The Lancet. 2021;397(10279):1057-8. Available at: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673621005018
66. Walsh EE, Frenck RW, Falsey AR, Kitchin N, Absalon J, Gurtman A, et al. Safety and Immunogenicity of Two RNA-Based Covid-19 Vaccine Candidates. New England Journal of Medicine. 2020;383(25):2439-50. Available at: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2027906
67. Saadat S, Tehrani ZR, Logue J, Newman M, Frieman MB, Harris AD, et al. Single Dose Vaccination in Healthcare Workers Previously Infected with SARS-CoV-2. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.01.30.21250843. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.30.21250843v5
68. Madhi SA, Baillie V, Cutland CL, Voysey M, Koen AL, Fairlie L, et al. Efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 Covid-19 Vaccine against the B.1.351 Variant. New England Journal of Medicine. 2021:1-14. Available at: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2102214

69. Wu K, Werner AP, Koch M, Choi A, Narayanan E, Stewart-Jones GBE, et al. Serum Neutralizing Activity Elicited by mRNA-1273 Vaccine. New England Journal of Medicine. 2021:1-3. Available at: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2102179
70. De Standaard. Vijf uitbraken in wzc's, ondanks vaccinatie. De Standaard. 11 March 2021. Available at: https://www.standaard.be/cnt/dmf20210310_97359960
71. DeMorgen. Outbreak South African variant in West Flemish nursing home: 4 infected care providers were not (fully) vaccinated. DeMorgen. 1 March 2021. Available at: https://www.demorgen.be/nieuws/uitbraak-zuid-afrikaanse-variant-in-west-vlaams-rusthuis-4-besmette-zorgverleners-lieten-zich-niet-volledig-vaccineren~b9dfde0e/
72. Redaktionsnetzwerk Deutschland. Trotz Corona-Impfung im Altenheim: Wie konnte es zum B-Ausbruch kommen? RDN. 8 February 2021. Available at: https://www.rnd.de/gesundheit/infektion-im-altenheim-trotz-corona-impfung-wie-konnte-es-zum-b117-ausbruch-kommen-3O3KZ7EINNAJ5MH3XRDZUKKPAM.html
73. Groppa G. Coronavirus, a Siena altri positivi dopo il vaccino Pfizer. Adesso i contagiati nella rsa sono 12. Corriere di Siena. 25 February 2021. Available at: https://corrieredisiena.corr.it/news/siena/26333970/coronavirus-siena-altri-positivi-vaccino-pfizer-contagiati-rsa-colle-val-d-elsa.html
74. Redazione ANSA. Covid: operatori 'no-vax' in Rsa, focolai di contagio a Imola. ANSA. 3 March 2021. Available at: https://www.ansa.it/emiliaromagna/notizie/2021/03/03/covid-operatori-no-vax-in-rsafocolai-di-contagio-a-imola_25fd33ed-6ec3-4169-913e-7131615697f4.html
75. PANTHER Study. PANdemic Tracking of Healthcare woRkers (PANTHER) study. 2021. Available at: https://pantherstudy.org.uk/
76. Mallapaty S. Can COVID vaccines stop transmission? Scientists race to find answers. Naturecom. 19 February 2021. Available at: https://www.nature.com/articles/d41586-021-00450-z
77. Reuters Staff. Brazil to test COVID-19 vaccination on city's entire adult population. Reuterscom. 8 February 2021. Available at: https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-brazil-study-idUSKBN2A825B
78. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Options for the use of rapid antigen tests for COVID-19 in the EU/EEA and the UK. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/options-use-rapid-antigen-tests-covid-19-eueea-and-uk

Annex 1

Frameworks for evidence

In this document, available evidence on SARS-CoV-2 transmission risk to susceptible contacts by previously infected and vaccinated individuals has been categorised according to a hierarchical framework to provide an assessment of the level of confidence ECDC attaches to study results. Categories in this framework are described below and summarised in a subsequent table.

Natural infection

1. Prior infection provides sterilising immunity, with little to no reinfections (Strong)

Types of studies required to provide such evidence:

Longitudinal cohort studies of individuals with confirmed prior SARS-CoV-2 infection (RT-PCR, rapid antigen or serology positive), that show little to no asymptomatic or symptomatic reinfections during follow-up, despite sustained virus transmission and infections amongst individuals without prior SARS-CoV-2 infection in the same cohort.

2. Prior infection reduces risk of symptomatic reinfection, but with virus carriage (non-sterilising immunity):

Types and assessed strength of evidence, and studies required to provide such evidence:

A. Reduced transmission by asymptomatic laboratory confirmed SARS-CoV-2-positive reinfected individuals (Strong)

Longitudinal cohort studies of recovered individuals, where household contacts of participants who become RT-PCR or rapid antigen test-positive are also screened. Reduced transmission confirmed if secondary attack rate is lower in recovered individuals versus individuals experiencing a first episode of infection.

Limitations: Difficult study design as hard to establish cohorts where recovered individuals are carefully matched with non-infected individuals; "Strong" only if secondary attack rate is zero or close to zero, otherwise theoretical risk of transmission remains. While rapid antigen tests can be used for screening and detection of SARS-CoV-2 positive individuals, they generally have lower sensitivity than RT-PCR and may generate false negative results [78].

B. Reduced viral titres in asymptomatic laboratory confirmed SARS-CoV-2 positive reinfected individuals AND culture negative (Moderate/Strong)

Longitudinal cohort studies that show reduced viral load in asymptomatic RT-PCR-positive individuals that were reinfected vs individuals experiencing a first episode of infection. Reduced viral RNA shedding duration may also be observed in asymptomatic RT-PCR-positive recovered individuals. This reduces the window for transmission, and if coupled with reduced average viral load, provides stronger evidence of reduced transmission risk.

Limitations: Viral load is only a proxy for infectiousness. Higher average Ct values may be difficult to translate to transmission risk. Strength of evidence improves if productive virus cannot be cultured from asymptomatic PCR-positive recovered individuals.

C. Reduced viral titres in asymptomatic laboratory confirmed SARS-CoV-2 positive reinfected individuals WITHOUT culture negative (Moderate)

Longitudinal cohort studies that show reduced viral load in asymptomatic RT-PCR-positive recovered individuals that were reinfected vs individuals experiencing a first episode of infection. Reduced viral RNA shedding duration may also be observed in asymptomatic RT-PCR-positive individuals after reinfection. This reduces the window for transmission, and if coupled with reduced average viral load, provides stronger evidence of reduced transmission risk.

Limitations: Viral load is only a proxy for infectiousness. Higher average Ct values may be difficult to translate to transmission risk. Strength of evidence improves if productive virus cannot be cultured from asymptomatic PCR-positive recovered individuals.

D. Fewer asymptomatic laboratory confirmed reinfected individuals (Low)

Longitudinal cohort studies that show reduced proportion of asymptomatic RT-PCR or rapid antigen test-positive recovered individuals that were reinfected vs individuals experiencing a first episode of infection.

Assumptions: Lower risk of transmission if fewer asymptomatic RT-PCR or rapid antigen test-positive individuals in recovered group.

Limitations: Need to confirm that viral load in asymptomatic recovered group is actually reduced when compared to individuals experiencing a first episode of infection, otherwise these asymptomatic individuals still pose a transmission risk. While rapid antigen tests can be used for screening and detection of SARS-CoV-2 positive individuals, they generally have lower sensitivity than RT-PCR and may generate false negative results [78].

Vaccination

1. Vaccination provides sterilising immunity, with little to no asymptomatic breakthrough infection (Strong)

Type of studies required to provide such evidence:
Vaccination studies with prospective follow-up that show little to no asymptomatic or symptomatic breakthrough infections in vaccinated individuals, despite sustained transmission and infections among unvaccinated contacts.

2. Vaccination reduces risk of symptomatic disease, but with virus carriage (non-sterilising immunity)

Types and assessed strength of evidence, and studies required to provide such evidence:
A. Reduced transmission by asymptomatic laboratory confirmed SARS-CoV-2-positive vaccinated individuals (Strong).

Vaccination studies where household contacts of participants who become RT-PCR or rapid antigen test-positive are also screened. Reduced transmission confirmed if secondary attack rate is lower in vaccine arm than placebo arm.

Limitations: difficult study design; 'Strong' only if secondary attack rate is zero or close to zero, otherwise theoretical risk of transmission remains. While rapid antigen tests can be used for screening and detection of SARS-CoV-2 positive individuals, they generally have lower sensitivity than RT-PCR and may generate false negative results [78].

B. Reduced viral titres in asymptomatic laboratory confirmed SARS-CoV-2 positive vaccinated individuals AND culture negative (Moderate/Strong)
Vaccination studies that show reduced viral load in asymptomatic RT-PCR-positive individuals in the vaccine arm versus the placebo arm. Reduced viral RNA shedding duration may also be observed in asymptomatic RT-PCR-positive vaccinated individuals compared to placebo. This reduces the window for transmission, and if coupled with reduced average viral load, provides stronger evidence of reduced transmission risk.

Limitations: viral load is only a proxy for infectiousness. Higher average Ct values may be difficult to translate to transmission risk. Strength of evidence improves if productive virus cannot be cultured from asymptomatic PCR-positive individuals.

C. Reduced viral titres in asymptomatic laboratory confirmed SARS-CoV-2 positive vaccinated individuals WITHOUT culture negative (Moderate)
Vaccination studies that show reduced viral load in asymptomatic RT-PCR-positive individuals in the vaccine arm versus the placebo arm. Reduced viral RNA shedding duration may also be observed in asymptomatic RT-PCR-positive vaccinated individuals compared to placebo. This reduces the window for transmission, and if coupled with reduced average viral load, provides stronger evidence of reduced transmission risk.

Limitations: viral load is only a proxy for infectiousness. Higher average Ct values may be difficult to translate to transmission risk. Strength of evidence improves to 'Moderate/Strong' if productive virus cannot be cultured from asymptomatic PCR-positive individuals.

D. Fewer asymptomatic laboratory-confirmed SARS-CoV-2-positive vaccinated individuals (Low)
Vaccination studies showing reduced proportion of asymptomatic RT-PCR or rapid antigen test-positive individuals.

Assumptions: lower risk of transmission if fewer asymptomatic RT-PCR or rapid antigen test-positive individuals.

Limitations: need to confirm that viral load in asymptomatic individuals is actually reduced in the vaccine arm, otherwise these asymptomatic individuals still pose a transmission risk.

While rapid antigen tests can be used for screening and detection of SARS-CoV-2 positive individuals, they generally have lower sensitivity than RT-PCR and may generate false negative results [78].

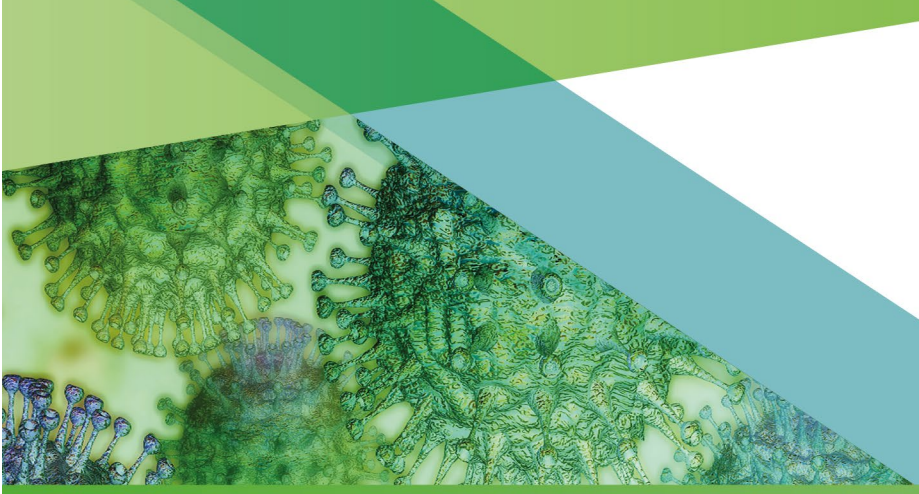
Natural infection

Grade	Strength	Description
Sterilising immunity		
1	Strong	Prior infection provides sterilising immunity, with little to no reinfections
Non-sterilising immunity: prior infection reduces risk of symptomatic reinfection, but with virus carriage		
2A	Strong	Reduced transmission by asymptomatic laboratory confirmed SARS-CoV-2-positive reinfected individuals
2B	Moderate/Strong	Reduced viral titres in asymptomatic laboratory confirmed SARS-CoV-2 positive reinfected individuals *AND* culture negative
2C	Moderate	Reduced viral titres in asymptomatic laboratory confirmed SARS-CoV-2 positive reinfected individuals *WITHOUT* culture negative
2D	Low	Fewer asymptomatic laboratory confirmed SARS-CoV-2-positive reinfected individuals

Vaccination

Grade	Strength	Description
Sterilising immunity		
1	Strong	Vaccination provides sterilising immunity, with little to no asymptomatic breakthrough infection
Non-sterilising immunity: vaccination reduces risk of symptomatic disease, but with virus carriage		
2A	Strong	Reduced transmission by asymptomatic laboratory confirmed SARS-CoV-2-positive vaccinated individuals
2B	Moderate/Strong	Reduced viral titres in asymptomatic laboratory confirmed SARS-CoV-2 positive vaccinated individuals *AND* culture negative
2C	Moderate	Reduced viral titres in asymptomatic laboratory confirmed SARS-CoV-2 positive vaccinated individuals *WITHOUT* culture negative
2D	Low	Fewer asymptomatic laboratory confirmed SARS-CoV-2-positive vaccinated individuals

Productie 22



TECHNICAL REPORT

Interim guidance on the benefits of full vaccination against COVID-19 for transmission and implications for non-pharmaceutical interventions

21 April 2021

Summary

COVID-19 vaccines licensed in the EU/EEA have been shown during clinical trials to be highly effective in providing protection against symptomatic and severe COVID-19. Evidence from real-life usage of COVID-19 vaccines has confirmed these clinical trial findings and also showed high vaccine effectiveness against PCR-confirmed SARS-CoV-2 infection.

Limited evidence indicates that fully vaccinated individuals, if infected, may be less likely to transmit SARS-CoV-2 to their unvaccinated contacts. Uncertainty remains regarding the duration of protection in such cases, as well as possible protection against emerging SARS-CoV-2 variants.

Viral circulation in the EU/EEA currently remains high, and the cumulative vaccination uptake in the EU/EEA is still low in the adult population aged 18 years and older, although higher in specific groups of the population targeted in the initial phases of the COVID-19 vaccine rollout, such as people aged 80 years and older and healthcare workers.

In the current context, and given the available evidence:

- The risk of developing severe COVID-19 disease for a fully vaccinated individual is very low in younger adults and middle-aged adults with no risk factors for severe COVID-19, and low in older adults or people with underlying risk factors.
- The risk of developing severe COVID-19 disease for an unvaccinated individual who has been in contact with a fully vaccinated person exposed to SARS-CoV-2 infection is very low to low in younger adults and middle-aged adults with no risk factors for severe COVID-19, and moderate in older adults or persons with underlying risk factors (limited evidence available so far).

The overall reduction in risks of severe COVID-19 disease is dependent on vaccine uptake and vaccination coverage in the general population and is modulated by several other factors, such as age and underlying conditions, vaccine characteristics, variants of concern, setting, and the epidemiological situation.

To date, given the current risks as assessed, there are specific situations in which non-pharmaceutical interventions (NPIs) can be lifted:

- When fully vaccinated individuals meet other fully vaccinated individuals (very low/low risk), physical distancing and the wearing of face masks can be relaxed;
- When an unvaccinated individual or unvaccinated individuals from the same household or social bubble meet fully vaccinated individuals, physical distancing and the wearing of face masks can be relaxed if there are no

Suggested citation: European Centre for Disease Prevention and Control. Interim guidance on the benefits of full vaccination against COVID-19 for transmission risks and implications for non-pharmaceutical interventions – 21 April 2021. ECDC: Stockholm; 2021.

© European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm, 2021

risk factors for severe disease or lower vaccine effectiveness in anyone present (e.g. older age, immunosuppression, other underlying conditions);
- When contact tracing, vaccinated contacts who have been exposed to a confirmed case should continue to be managed according to existing ECDC guidance. However, health authorities may consider undertaking a risk assessment on a case-by-case basis and subsequently classify some fully vaccinated contacts as low-risk contacts. Factors that need to be taken into consideration in such assessments include, for example, the local epidemiological situation in terms of circulating variants, the type of vaccine received, and the age of the contact. The risk of onward transmission to vulnerable persons by the contact should also be considered.
- Requirements for testing and quarantine of travellers (if implemented) and regular testing at workplaces can be waived or modified for fully vaccinated individuals as long as there is no or very low level circulation of immune escape variants (in the community in the country of origin, in the case of travellers).
- In the current epidemiological context in the EU/EEA, in public spaces and in large gatherings, including during travel, NPIs should be maintained irrespective of the vaccination status of the individuals.
- Countries considering relaxing measures for fully vaccinated people should take into account the potential for uneven inequitable vaccine access across the population.

Examples from countries where vaccination coverage is higher and severe COVID-related outcomes and SARS-CoV-2 incidence have subsequently declined, such as the United Kingdom (UK) and Israel, provide an indication of how population-level transmission can be reduced with the careful application and slow release of public health prevention measures while vaccination rollout is scaled up as quickly as possible throughout the EU/EEA.

Scope of this document

This document aims to provide interim guidance on the risks for fully vaccinated individuals to develop or transmit infection that will give rise to severe COVID-19 disease in the context of the current epidemiological and vaccine coverage situation in the EU/EEA.

The document assesses the following questions:

- What is the risk of developing severe COVID-19 for a fully vaccinated individual?
- What is the risk of severe COVID-19 for an unvaccinated individual in contact with a fully vaccinated person who has recently been exposed to SARS-CoV-2 infection?

This document does not assess these risks for partially vaccinated individuals or for individuals previously infected with SARS-CoV-2.

Based on the risks assessed, the guidance discusses possible conditions under which non-pharmaceutical interventions (NPIs) could be relaxed during specific contacts between fully vaccinated and other individuals and highlights where, based on the current epidemiological situation in Europe, strict adherence to measures is still required.

This guidance will inform considerations on whether and when a set of non-pharmaceutical interventions (NPIs) and related measures could be modified in the light of the assessment:

- For fully vaccinated individuals when meeting other fully vaccinated individuals; and
- For fully vaccinated individuals when meeting unvaccinated individuals.

The guidance provided focuses on meetings between two individuals, households or social bubbles and, due to the current lack of evidence, does not address meetings between larger gatherings of groups of people.

This guidance will be revised as more evidence on COVID-19 vaccination emerges, in particular on the duration of protection of vaccines and on vaccine effectiveness against infection and protection against emerging variants of SARS-CoV-2.

Target audiences

Target audiences for this document are the European Commission, the Health Security Committee, the EU/EEA collaboration with National Immunisation Technical Advisory Groups, and national public health institutes and ministries of health in the EU/EEA, as well as public health experts and decision-makers at national and subnational level.

Background

Public health issues

In light of the deployment of COVID-19 vaccines throughout the EU, there are ongoing discussions on the exemptions or relaxations of measures for fully vaccinated individuals. Some EU/EEA Member States have already taken measures to exempt fully vaccinated individuals from some of the requirements that are usually applied to the general population. An overview of exemptions by country is presented in Table 1. Other countries outside of the EU, including Israel [1] and the United States [2], have provided recommendations for fully vaccinated individuals and exemptions that apply to them.

Table 1. Exemptions from restrictive measures through vaccination proof, EU/EEA Member States, as of 14 April 2021 [3]

ECDC-JRC Response Measure Database Exemption from restrictive measures through vaccination proof				
Country	**Geographical implementation**	**Date of implementation**	**Specification**	**Target population**
Romania	National	18-Jan-21	Exemption from quarantine upon arriving in the country	Travellers
Iceland	National	25-Jan-21	Allowed non-essential travel in the country; Exemption from quarantine upon arriving in the country (as of 6-Apr-21 open to non-Schengen)	Travellers
Estonia	National	1-Feb-21	Exemption from quarantine upon arriving in the country	Travellers
Norway	National	3-Feb-21	Exemption from quarantine	HCW
Slovakia	National	1-Mar-21	Exemption from movement restrictions	General population
Aragón (Spain)	Regional	5-Mar-21	Allowed additional activities in nursing homes	LTCF residents
Netherlands	National	8-Mar-21	Allowed additional visitors in nursing homes	LTCF residents
Lithuania	National	10-Mar-21	Exemption from quarantine and testing upon arriving in the country	Travellers
Región de Murcia (Spain)	Regional	15-Mar-21	Allowed additional visitors when full LTCF community is vaccinated	LTCF residents
Spain	National	15-Mar-21	More flexibility in nursing homes' activities and visitors	LTCF residents
Cantabria (Spain)	Regional	26-Mar-21	Allowed additional visitors (included minors) when full LTCF community is vaccinated	LTCF residents
Andalucía (Spain)	Regional	8-Apr-21	Allowed additional activities in nursing homes	LTFC residents
Comunidad Valenciana (Spain)	Regional	12-Apr-21	Allowed additional activities and visitors in nursing homes	LTCF residents
Croatia	National	12-Apr-21	Allowed non-essential travel to the country, even with single dose (if received 14 days prior to arrival)	Travellers
Ireland	National	12-Apr-21	Fully vaccinated individuals allowed to gather without PPE (two households maximum) ; Additional activities allowed in LTCF	General population; LTCF residents
Denmark	National	21-Apr-21	Social and leisure activities allowed with proof of vaccination (from 06-May-21 indoor activities allowed)	General population

On 29 March 2021, ECDC published a report on the 'Risk of SARS-CoV-2 transmission from newly infected individuals with documented previous infection or vaccination' [4]. The review of evidence on immunity and possibilities for transmission from infected, previously vaccinated individuals to susceptible contacts found that:

- There is evidence of reduction of secondary attack rates among contacts of vaccinated from a large register-based household transmission study from Scotland. This study suggested that vaccination of a household member reduced the risk of infection in household members by at least 30%.
- There is evidence that vaccination significantly reduces viral load, duration of shedding and symptomatic/asymptomatic infections in vaccinated individuals, which could translate into reduced transmission, although it can vary by vaccine product, target group, and SARS-CoV-2 variant [5]. In light of this, the total number of infections is expected to decrease significantly as vaccination coverage increases, provided that there is a match between the vaccine strains and the circulating virus strains. This will lead to decreased transmission overall.
- Follow-up periods for vaccinated persons are not yet sufficiently long enough to draw conclusions on the duration of protection against infection. Antibody titres in vaccinated individuals peak at 3–4 weeks following vaccination.
- Many of the vaccine efficacy studies were carried out before the emergence of SARS-CoV-2 variants of concern (VOCs).
- In studies that address the variants, there is limited preliminary evidence of efficacy against B.1.1.7 and of reduced vaccine efficacy, in particular for B.1.351 and possibly also for P.1 (both sharing the E484K mutation).

In the week after publication of the above-mentioned report, additional data have emerged on the effectiveness of vaccination in transmission [5-7] in adults and adolescents from both observational and clinical trial studies, largely in the context of the predominance of the B.1.1.7 variant. These are highlighted in Tables 3 and 4.

Epidemiological overview in the EU/EA

The latest available data on the number of cases and deaths globally is published on ECDC's website [8].

Detailed epidemiological information on laboratory-confirmed cases reported to The European Surveillance System (TESSy) is published in ECDC's weekly COVID-19 surveillance report and the overview of the epidemiological situation in relation to the COVID-19 pandemic by country is also published in ECDC's weekly COVID-19 country overview.

There is sustained high viral circulation, with 14-day case notification rates above 60 per 100 000, throughout the EU/EEA [9], including increasing proportions due to variants of concern. SARS-CoV-2 strains that may evade one or more of the current vaccines are highly prevalent in some parts of the world, and are already present in many parts of the EU/EEA. For the period 15 to 28 March 2021, the median (range) of the variants in all samples sequenced in the period in these 10 countries was 74.6% (12.8–85.4%) for B.1.1.7, 0.6% (0.0–20.7%) for B.1.351 and 0.0% (0.0–10.4%) for P.1 [10].

The vaccination uptake at population level in the EU/EEA and in specific groups as of week 14 (11 April 2021) was as follows:

- Low cumulative uptake of vaccination in the adult population aged 18 years and above (among 30 EU/EEA countries reporting data to ECDC):
  - median cumulative uptake of the first dose is 19% (range: 7.8%-35.9%);
  - median cumulative uptake of full vaccination is 7.4% (range 1.6%-15.5%).
- Higher uptake in specific groups targeted by vaccination as outlined in the European Commission Communication "A united front to beat COVID-19" [11]:
  - Among those aged 80 years and over:
    - Among 24 reporting EU/EEA countries, the median cumulative uptake is 70.7% for the first vaccine dose (range: 7.2%-99.8%) and 47.8% for the full vaccination (range: 0.9% to 97%);
    - Eight countries (Belgium, Denmark, Finland, Iceland, Ireland, Malta, Portugal, and Sweden) have reached 80% uptake of the first dose, while an additional four countries (Austria, Italy, Luxembourg, and Norway) are close to reaching this milestone (between 70 and 80%);
    - Iceland and Malta have reached 80% uptake of full vaccination, while Ireland and Norway are close to reaching this milestone (between 70 and 80%).
  - Among healthcare workers:
    - The median cumulative uptake among 15 reporting EU/EEA countries is 65.6% for the first vaccine dose (range: 19.3%-100%) and 50.3% for the full vaccination (range: 14.8% to 100%);
    - Five countries (Estonia, Hungary, Ireland, Romania, and Spain) have reached 80% uptake of the first dose, while Czechia is close to reaching this milestone (77.8%);
    - Only two countries (Hungary and Romania) have reached 80% uptake of full vaccination.

Methodology

The method adopted for this document follows the rapid risk assessment methodology developed by ECDC [12] and adapted for the purpose of this specific public health question.

The available scientific evidence on the risk of SARS-CoV-2 transmission to susceptible contacts from infected individuals with documented previous infection or vaccination [4] published by ECDC on 29 March 2021 and additional literature that has been published thereafter was used throughout this guidance to inform the risk qualification. The risk assessment also takes the overall epidemiological situation and vaccine update status in the EU/EEA into account; as these parameters differ across the EU/EEA, national and regional policy makers may choose to adjust the assessment of risk and advice to local populations accordingly.

This document does not address all possible situations and settings where fully vaccinated and unvaccinated individuals may meet but indicates modulating factors that may modify the assessment of the risk and thereby the corresponding preventive measures.

The risk assessment approach aims to use the best available evidence to weigh and communicate the level of risk and corresponding uncertainties, while acknowledging that compete elimination of SARS-CoV-2 transmission risk is not feasible nor practicable.

The proposed approach can then be used for individuals from selected population groups, in different settings and at different time points. This document will be updated as further evidence on the impact of COVID-19 vaccines accumulates, as vaccine uptake at population level increases and as the epidemiological situation in the EU/EEA changes.

Risks assessed

The risks referred to apply to the EU/EEA setting in general, from the perspective of a fully vaccinated individual as defined in the glossary of this document, in the current context of high viral circulation in the EU and low vaccination uptake in the general population.

Risk 1: What is the risk that a fully vaccinated individual will develop severe COVID-19 disease?

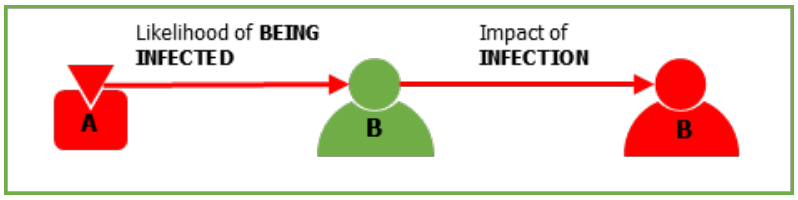
This risk question addresses the likelihood that a fully vaccinated person is exposed and infected with SARS-CoV-2 and subsequently develops severe disease.

The assessment of this risk is a combination of:

1. The likelihood of exposure to SARS-CoV-2 and the likelihood of being infected when exposed to SARS-CoV-2; and
2. the impact as a probability of developing severe disease – if infected.

The assessment of this risk can be graphically represented as Figure 1 and as depicted in Annex Figure A.

Figure 1. The risk of a fully vaccinated individual (referred to as B) becoming exposed and infected with SARS-CoV-2 (by individual A – infected) and developing severe disease



Red: infected, green: vaccinated

A detailed description of the assessed risk and the evidence used to inform the risk is summarised in Table 4.

How likely is exposure to SARS-CoV-2?

The likelihood that a fully vaccinated individual will be exposed to SARS-CoV-2 is affected by several factors:

- **The local epidemiological situation:** a setting with high circulation of SARS-CoV-2 increases the risk of exposure for those present in that setting, including fully vaccinated individuals. In week 12, 29 EU/EEA countries had high 14-day case notification rates (above 60/100 000 population), with increases observed in 17 countries. The overall rate for the EU/EEA was 489/100 000 population, and has been increasing for five weeks [9]. Although SARS-CoV-2 incidence varies between and within countries, viral circulation currently remains high in the vast majority of EU/EEA countries.
- **COVID-19 vaccine uptake at national level:** as vaccination coverage increases, virus circulation and risk of exposure should decrease accordingly. As of week 14, vaccine coverage in all EU/EEA countries remains low, with median first dose coverage at 19% and second dose coverage at 7.4% [13]. Vaccine coverage is much higher in select settings, such as long-term care facilities (LTCFs) and in some age groups (e.g. individuals over 80 years), but overall vaccine coverage is currently low in most of the EU/EEA.
- **Other factors** that affect the likelihood of a fully vaccinated individual's exposure to SARS-CoV-2 include the **nature and duration of contact** that they have with an infected individual. Indoor exposure in poorly ventilated areas, longer duration of contact, less physical distance, and the absence of face masks all increase the likelihood of SARS-CoV-2 exposure [14].
- Finally, **variants of concern**, which are circulating at increasing levels in all EU/EEA countries, are estimated to be more transmissible than non-variant of concern SARS-CoV-2 viruses, with evidence that B.1.1.7 is at least 50% more transmissible [15-17], while B.1.351 is estimated to be 1.2-2.3 times more transmissible [18] and the P.1 variant 1.4 to 2.2 times more transmissible [19] than previously circulating variants. To date, there are no estimates of transmissibility of VOCs specifically in vaccinated individuals or in populations with high coverage of COVID-19 vaccines.

Taken together, due to the high viral circulation and low vaccination coverage throughout the EU/EEA presently, the likelihood of a fully vaccinated individual being exposed to SARS-CoV-2 is currently considered to be **high**,

although this likelihood can be decreased through the application of preventative measures, including NPIs. High viral circulation and increased transmissibility may be enhanced by local circulation of variants of concern.

If exposed, how likely is it that a fully vaccinated individual will become infected with SARS-CoV-2?

All four vaccines authorised for use in the EU/EEA have been granted conditional marketing authorisation owing to high efficacy against COVID-19 disease [20]. However, with no vaccine reaching 100% efficacy or providing sterilising immunity, a certain number of fully vaccinated individuals will remain susceptible and become infected if exposed to the virus. Emerging evidence from real-world studies indicates that breakthrough infections occur to the extent expected based on results from clinical trials and subsequent observational studies. Several studies have assessed the efficacy and effectiveness of COVID-19 vaccines against SARS-CoV-2 infection and confirmed that infection is significantly reduced in fully vaccinated individuals:

- A 67.6% reduction in PCR-confirmed SARS-CoV-2 infections was observed in fully vaccinated individuals compared to unvaccinated controls in the trial studying the AstraZeneca vaccine [21].
- In a prospective cohort of healthcare personnel and other frontline workers in the United States who were tested weekly, mRNA vaccines had a 90% vaccine efficacy in preventing symptomatic and asymptomatic SARS-CoV-2 [5].
- In a non-randomised study from Israel, individuals vaccinated with two doses of Pfizer-BioNTech vaccine had a 92% reduction of PCR-confirmed SARS-CoV-2 infection compared to unvaccinated individuals [22]. More than 80% of the specimens collected in Israel during the study period were reported as B.1.1.7.
- A retrospective non-randomised study from the United States among individuals undergoing pre-procedural and presurgical screening reported an 80% reduction in risk of asymptomatic infection for patients fully vaccinated with Pfizer-BioNTech or Moderna vaccine compared to unvaccinated patients [23].
- In a retrospective cohort study among healthcare workers in Denmark, the Pfizer-BioNTech vaccine effectiveness of 90% against PCR-confirmed SARS-CoV-2 infection was reported seven days after the second dose compared to unvaccinated healthcare workers. In the same study, a reduction of 64% in PCR-confirmed SARS-CoV-2 infections was observed from seven days after the second dose among fully vaccinated residents of long-term healthcare facilities compared to unvaccinated residents [24].
- The SIREN study from the UK showed an 86% reduction in laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infections seven days after the second dose of vaccine compared to unvaccinated healthcare workers [25]. The B.1.1.7 variant was dominant during the duration of the study.
- A retrospective case-control study in California found that vaccine effectiveness of 86% (95% CI 67-94%) against SARS-CoV-2 infection in individuals fully vaccinated with either Pfizer-BioNTech or Moderna COVID-19 vaccines [26]. In this study, 26% of cases did not report symptoms and this did not differ significantly between vaccinated and unvaccinated individuals.
- A registry-based cohort study in long-term care facility residents in Spain, found 92% (95% CI 91-93%) vaccine effectiveness against PCR-confirmed SARS-CoV-2 infection among residents and 97% (95% CI 95-98%) and 98% (95% CI 97-99%) against hospitalisation and mortality, respectively, up to two months after two doses of Pfizer-BioNTech vaccine [27].

Many of the vaccine efficacy studies were carried out before the emergence of SARS-CoV-2 VOCs. In studies that address the variants, there is limited preliminary evidence of reduced vaccine efficacy, in particular for B.1.351 and possibly also for P.1 [28-31]. Infections with variant viruses in fully vaccinated individuals have been reported [32,33], although the frequency of this and the severity of illness following infection is not yet well-understood. However, there is also emerging data indicating vaccine efficacy to be maintained for B.1.1.7 [22,30,34], and possible preliminary evidence for B.1.351 from Pfizer-BioNTech [7]. A preprint study from Israel reported that from one week after the second dose of Pfizer-BioNTech vaccine, vaccinated individuals were disproportionately infected (odds ratio 8:1) with the B.1.351 variant compared to unvaccinated individuals, although numbers were small [35]. The situation is continuously evolving and will need to be carefully monitored for any sign of further escape from vaccine-induced immunity by existing and newly emerging VOCs.

Age is an important factor that impacts vaccine efficacy and likelihood that an exposed vaccinated individual may become infected with SARS-CoV-2, given that immune responses are generally lower in older and frail adults [36]. For the purposes of this guidance, we have considered persons who are 60 years and above as older adults, but an age-risk gradient remains in persons above 60 years, with higher risk in older age groups. Additional factors that will modulate the risk of infection include the immune status of the individuals, as immunocompromised individuals may not mount an immune response post-vaccination; the type of vaccine received, where although efficacy is high for all currently licensed vaccines in the EU/EEA, it does vary between products; and the amount of time that has passed since the vaccination was received, since long-term follow-up on duration of immunity has not yet occurred given the recent nature of vaccine availability.

Overall, because vaccine efficacy is high for all the currently licensed vaccines in the EU/EEA, the likelihood of SARS-CoV-2 infection in a fully vaccinated individual following exposure is assessed to be **very low**.

If infected, is severe disease in vaccinated individuals likely?

Overall, vaccine trials were not powered enough to assess outcomes like severe COVID-19 and death [37]. Efficacy against mild COVID-19 disease was reported as high, ranging from 57% (Janssen COVID-19 vaccine in South Africa where B.1.351 was circulating widely) to 95% [38,39]. In a large observational study from Israel involving 596,618 individuals, vaccine effectiveness against hospitalisation and severe disease after two doses of Pfizer-BioNTech vaccine was 87% (95% CI 55-100%) and 92% (95% CI 75-100%), respectively [22]. A retrospective analysis from the United States reported that individuals vaccinated with a mRNA vaccine, who were then diagnosed with COVID-19, had a 14-day hospitalisation rate 60% lower than unvaccinated individuals [40]. Data from the UK showed a reduction of 35% (95% CI 4-56%) in hospitalisations from 14 days after one dose of AstraZeneca vaccine administered to individuals older than 80 years compared to unvaccinated individuals from the same age group. Similarly, COVID-19 case-fatality ratio within 21 days from disease onset was 54% (95% CI 41-64%) less in individuals older than 80 years who had received one dose of Pfizer-BioNTech vaccine at least 14 days before disease onset compared to unvaccinated individuals from the same age group [41]. Real-world data from a retrospective cohort of individuals in London found very low rates of hospitalisation among individuals who tested positive for SARS-CoV-2 following one dose of AstraZeneca or Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccination (0.1% hospitalisation rate in vaccinated individuals from 28 days following one dose of vaccine). In the same study, of the deaths reported, 11% of individuals vaccinated with one dose had a positive SARS-CoV-2 test in the 28 days preceding the death compared to 24.3% in the unvaccinated group [42].

Although there is not yet extensive real-world data on severity of disease by age group among fully vaccinated individuals, age has been in general the strongest predictor for whether individuals infected with SARS-Cov-2 are likely to develop severe disease, with far higher odds of severe disease and death in older adults as compared to younger and middle-aged adults [9].

In addition to age, certain underlying medical conditions are associated with higher risk of severe COVID-19 disease and death [43].

Furthermore, some variants of concern are associated with more severe outcomes including hospitalisation, ICU admission and, for B.1.1.7, higher risk of death [44,45]. These estimates are, however, carried out in the context of unvaccinated individuals and may not apply directly to the risk of infected vaccinated individuals. Finally, the type of vaccine received and the amount of time that has passed since vaccination may both affect the likelihood of severe disease if infected, given that vaccine efficacy differs between products and that duration of protective immunity is not known.

Overall, the impact of developing severe disease in a fully vaccinated individual who is infected with SARS-CoV-2 is likely to be **very low in younger and middle-aged adults** specifically.

In older adults, the impact of developing severe disease **may range from very low to moderate**, depending on age but also modulated by underlying health conditions, gender, the presence of variants of concern, vaccine received and amount of time since vaccination.

Summary: What is the risk that a fully vaccinated individual will develop severe COVID-19 disease?

Overall:

- The likelihood that a fully vaccinated individual will be exposed to SARS-CoV-2 given the current epidemiological situation and vaccine coverage in the EU/EEA is considered to be **high**.
- The likelihood of infection in a fully vaccinated person if exposed is considered to be **very low**.
- If infected, the impact of developing severe disease severe disease in a fully vaccinated person is considered to be **very low for younger and middle-aged adults**, and **very low to moderate** for older adults or persons with other underlying risk factors.

Taken together, according to the ECDC risk-ranking matrix, the overall risk of COVID-19 disease in a fully vaccinated individual is **very low** in younger and middle-aged adults, and **low** in older adults or people with underlying risk factors.

Table 2. Risk ranking matrix [12]

Impact \ Probability	None	Very low	Low	Moderate	High
Very low	None	Very low risk	Low risk	Low risk	Moderate risk
Low	None	Low risk	Low risk	Moderate risk	Moderate risk
Moderate	None	Low risk	Moderate risk	Moderate risk	High risk
High	None	Moderate risk	Moderate risk	High risk	Very high risk

Risk 2: What is the risk that an unvaccinated individual in contact with a fully vaccinated person exposed to SARS-CoV-2 infection will develop severe COVID-19?

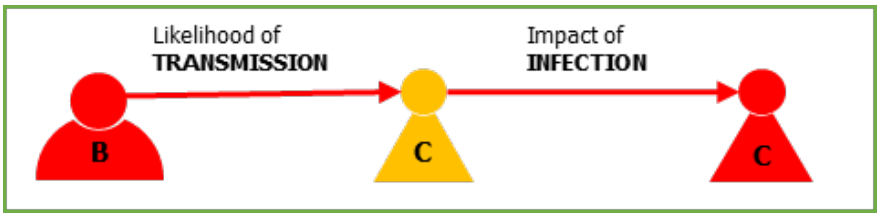
This risk question is linked to the first risk question and addresses the likelihood that a fully vaccinated person, exposed to infection, transmits SARS-COV-2 to an unvaccinated person[1] who would subsequently develop severe disease.

The assessment of this risk is **a combination of the following:**

- The **likelihood of infection** through contact with a fully vaccinated person exposed to infection; and
- the **impact** as probability of the unvaccinated individual developing severe disease – if infected.

The assessment of this risk can be graphically represented as described in Figure 2 and as depicted in Annex Figure B.

Figure 2. The risk that a fully vaccinated but nonetheless SARS-CoV-2-infected individual (B) transmits the infection to unvaccinated contacts (C) who would subsequently develop disease. Here, individual B acts as a source of infection for individual C



Red: infected, yellow: unvaccinated

A detailed description of the assessed risk and the evidence used to inform the risk is summarised in Table 5.

If infected with SARS-CoV-2, what is the likelihood that a fully vaccinated person transmits the disease?

Information on transmission of SARS-CoV-2 from fully vaccinated individuals is currently scarce although new evidence is becoming available:

- A register-based study from Scotland has shown that secondary attack rates of PCR-confirmed SARS-CoV-2 infection in households of healthcare workers vaccinated with one dose of either AstraZeneca or Pfizer-BioNTech vaccine were reduced by 30% compared to households of unvaccinated healthcare workers [46].
- A modelling study using data from the Moderna vaccine trial estimated a reduced potential for transmission of SARS-CoV-2 of at least 61% in vaccinated individuals compared to unvaccinated individuals [47].

[1] Due to a lack of evidence, this document does not assess these risks for partially vaccinated individuals or for individuals previously infected with SARS-CoV-2.

- Reductions of viral load and duration of viral shedding have been observed in the AstraZeneca vaccine trial (with no difference between B.1.1.7 and non-B.1.1.7 infections) in symptomatic and asymptomatic PCR-positive vaccinated individuals compared to PCR-positive unvaccinated controls [48].
- Data from Israel showed a four-fold reduction of viral load in infections occurring 12−28 days after the first dose of the Pfizer-BioNTech vaccine [49].
- A registry-based cohort study in long-term care facility residents in Spain estimated that indirect protection to other unvaccinated residents conferred by vaccination at ≥29 day following a first dose of mRNA vaccine was 81.4% (95% CI 73.3-90.3%) and 12.8 infections prevented per 10,000 unvaccinated per day [50].

There are many factors that modulate this risk, including the nature and duration of contact between the infected fully vaccinated individual and the unvaccinated contact. Indoor exposure in poorly ventilated areas, longer duration of contact, less physical distance, and the absence of face masks all increase the likelihood of SARS-CoV-2 exposure generally [14], although this evidence applies generally and was not generated in response to transmission risk from vaccinated individuals.

It is not clear whether viral load and duration of viral shedding will translate into a reduction of transmission from vaccinated individuals. Transmission risk may also be impacted by the type of vaccine, as the ability to reduce viral load in the vaccinated individual, if they are infected, may differ across vaccine products. Additional factors that will modulate the risk of transmission include the immune status of the unvaccinated individual; and the amount of time that has passed since the vaccination was received, given that long-term follow up on duration of immunity has not yet occurred given the recent nature of vaccine availability.

Finally, variants of concern, which are circulating at increasing levels in all EU/EEA countries, are estimated to be more transmissible than non-variant of concern SARS-CoV-2 viruses, with evidence that B.1.1.7, is at least 50% more transmissible, [15-17], while B.1.351 is estimated to be 1.2-2.3 times more transmissible [18] and P.1 1.4-2.2 times more transmissible [19] than previously circulating variants. There are not yet any estimates of transmissibility of VOCs specifically in fully vaccinated individuals or in populations with high coverage of COVID-19 vaccines. Immune escape could possibly also be associated with increased transmission risk from a fully vaccinated individual to an unvaccinated contact. There is evidence of reduced vaccine efficacy against mild and moderate COVID-19 for B.1.351 and possibly also for P.1 [28-31]. However, there is also emerging data indicating vaccine efficacy to be maintained for B.1.1.7 [22,30,34], and also preliminary evidence for B.1.351 from Pfizer-BioNTech [7].

In summary, based on the limited evidence available, the likelihood of an infected vaccinated person transmitting the disease is currently assessed to be **very low to low**.

If infection is transmitted by a fully vaccinated person to an unvaccinated individual, is severe disease likely?

There is no evidence on severity of disease following transmission from a fully vaccinated individual nor evidence that transmission of the virus from fully vaccinated individuals would lead to a different pattern of viral replication and disease progression. Evidence from SARS-CoV-2 generally indicates that age is the strongest predictor for whether individuals infected with SARS-Cov-2 are likely to develop severe disease, with far higher odds of severe disease and death in older adults as compared to younger and middle-aged adults [43]. Severe disease is also more likely in individuals with underlying comorbidities.

Younger age in the unvaccinated individual are associated with lower risk of severe outcomes if infected with SARS-CoV-2. In those under the age 60, 2.9% of individuals infected with SARS-CoV-2 since August 2020 have been hospitalised and 0.3% have had severe infection (requiring ICU admission or oxygen support). The crude case fatality rate for individuals under 60 years of age is 0.1%. Older age, male gender and the presence of underlying conditions in the unvaccinated individual are associated with higher risk of more severe outcomes if infected with SARS-CoV-2. In individuals 60 years or older, 22.5% of individuals infected with SARS-CoV-2 since August 2021 have required hospitalisation and 2.8% have had severe infection (requiring oxygen support and/or ICU admission). The crude case fatality rate for individuals over 60 is 8.3% [9].

Finally, variants of concern, may impact the severity of disease, with more severe outcomes including hospitalisation, ICU admission and, for B.1.1.7, higher risk of death [44,45]. These estimates are, however, carried out in the context of unvaccinated individuals and may not apply directly to the risk of infected fully vaccinated individuals.

Overall, the impact of developing severe disease if infection is transmitted by a fully vaccinated person to an unvaccinated contact is **low for younger and middle-aged adults and high for older adults or people with underlying comorbidities**. The probability is modulated by underlying conditions (e.g. frailty, immunocomprised state) and by the presence of variants of concern which could increase transmissibility or severity of disease.

Summary: What is the risk that an unvaccinated individual in contact with a fully vaccinated person exposed to SARS-CoV-2 infection will develop severe COVID-19?

Overall:

- The likelihood that a fully vaccinated person will transmit SARS-CoV-2 to a unvaccinated individual is very low to low;
- The impact of developing severe disease of infection if transmission has occurred is low to high, depending on the age and underlying conditions of the unvaccinated contact.

Taken together, according to the ECDC risk-ranking matrix, the risk that an unvaccinated individual in contact with a fully vaccinated person exposed to SARS-CoV-2 infection will develop severe COVID-19 is **low to moderate**, depending on modulating factors, the most important of which is age of the unvaccinated contact, but also the presence of variants of concern, the nature and duration of contact, the use of NPIs, and the type of vaccine received, and the length of time since vaccination.

Table 1. Risk ranking matrix [12]

Impact \ Probability	None	Very low	Low	Moderate	High
Very low	None	Very low risk	Low risk	Low risk	Moderate risk
Low	None	Low risk	Low risk	Moderate risk	Moderate risk
Moderate	None	Low risk	Moderate risk	Moderate risk	High risk
High	None	Moderate risk	Moderate risk	High risk	Very high risk

Table 4. Risk of severe COVID-19 disease for a fully vaccinated individual

Parameter under consideration	Question	Level of the parameter (likelihood)	Summary of the evidence	Modulating factors (and their role in assessment of the parameter)	Source of the evidence	References
Likelihood for a fully vaccinated individual to get COVID-19 disease	**How likely is exposure to SARS-CoV-2?**	**High**	The current epidemiological situation is updated weekly in the ECDC COVID-19 surveillance report. In week 12, 29 EU/EEA countries had high 14-day case notification rates (above 60/100 000 population), with increases observed in 17 countries. The overall rate for the EU/EEA was 489/100 000 population and has been increasing for five weeks.	**Factors that may impact the likelihood of exposure** **Local epidemiological situation:** Higher viral circulation in the community increases the likelihood of exposure. **Vaccination uptake:** High uptake of vaccination reduces viral circulation and thereby reduce the likelihood of exposure. **Preventive measures/NPIs:** Strict adherence to preventive measures decreases the likelihood of being exposed. **Nature and duration of contact:** Indoors and longer duration of contact, no use of face masks/physical distance increase likelihood of exposure. **VOCs:** increased transmissibility associated with the following VOCs (B.1.1.7, B.1.351 and P.1) can increase likelihood of exposure.	Data collected by ECDC from official national sources	[9,13]
	If exposed, how likely is it that a fully vaccinated individual will become infected with SARS-CoV-2?	**Very low**	**Evidence from pre-licensure trials:** The AstraZeneca vaccine trial has shown a 67% reduction of PCR-confirmed infections for fully vaccinated individuals. **Post-licensure evidence:** Data from non-randomised studies on mRNA vaccines (i.e. Pfizer and Moderna vaccines) showed around 90% reduction in PCR-confirmed infections irrespective of symptoms.	**Factors that increase the likelihood of infection** **Age, presence of immunocompromised conditions:** older age, immunocompromised can increase risk of acquisition). **Variants of Concern:** evidence of vaccine escape for B.1.351 and P.1. Infections with variant viruses in fully vaccinated individuals have been reported, although the frequency of this and the severity of illness following infection is not yet well-understood. Evidence of very low likelihood of vaccine escape with non-VOC strains; and with B.1.1.7 variant. **Other modulating factors:**	Published results from randomised and non-randomised studies	**Risk of infection**: [5,6,21,22,52] **Risk of infection residents LTCF**: [24,32,33,53] **VOC breakthrough** [32,33,35]

Parameter under consideration	Question	Level of the parameter (likelihood)	Summary of the evidence	Modulating factors (and their role in assessment of the parameter)	Source of the evidence	References
				Type of vaccine: All EU-authorised vaccines have a high vaccine effectiveness (VE) but it can differ depending on age and VOC properties [51]. **Time since vaccination:** duration of immunity following vaccination is not known. **Setting:** Risk of infection for fully vaccinated individuals may be lower in some groups (e.g. residents of healthcare facilities where residents are fully vaccinated).		
Impact if a fully vaccinated individual becomes infected	**If infected, is severe disease in fully vaccinated individuals likely?**	**For younger adults and middle-aged adults: Very low**	Vaccine trial data indicate very high efficacy against death and severe infection. **Younger age** in the unvaccinated individual is associated with lower risk of severe outcomes if infected with SARS-CoV-2, but we do not know if this hold true in fully vaccinated individuals.	**Variants of Concern** (some preliminary studies indicate that certain variants are more likely to cause severe disease). **Other modulating factors:** **Type of vaccine** All EU-authorised vaccines have a high VE but it can differ depending on age and VOC properties [51]. **Time since vaccination** (duration of immunity following vaccination is not known).	Published results from randomised and non-randomised studies	**VE references** [28,54,22,40,41] **Age and severity** [9]
		For older adults: Very low to moderate	Vaccine trial data indicate very high efficacy against death and severe infection, but often lacked substantial numbers of older adults. **Older age, male gender and presence of underlying conditions** in the unvaccinated individual are associated with higher risk of more severe outcomes if infected with SARS-CoV-2, but we do not know if these hold true in fully vaccinated individuals. Reports from media suggest that severe disease is still possible among those rare vaccinated older adults that become infected.	**Variants of Concern** (some preliminary studies indicate that certain variants are more likely to cause severe disease). **Other modulating factors:** **Type of vaccine** All EU-authorised vaccines have a high VE but it can differ depending on age and VOC properties [51]. **Time since vaccination** (duration of immunity following vaccination is not known).	Published results from randomised and non-randomised studies	**VE references** [28,54,22,40,41] **Age and severity** [9]

Table 5. Risk of severe COVID-19 for an unvaccinated individual in contact with a fully vaccinated person exposed to SARS-CoV-2 infection

Parameter under consideration	Question	Level of the parameter (likelihood)	Summary of the evidence	Modulating factors (and their role in assessment of the parameter)	Source of the evidence	References
Likelihood for an infected fully vaccinated individual to transmit the infection to an unvaccinated individual	**If exposed to infection, what is the likelihood that a fully vaccinated person transmits the disease?**	**Very Low/Low** (depending on modulating factors)	The evidence of risk of transmission from fully vaccinated individuals is currently limited. A decrease of at least 30% and up to 60% in secondary attack rates in households of fully vaccinated healthcare workers compared to households of unvaccinated healthcare workers was observed with AstraZeneca and Pfizer vaccines (in the context of high circulation of B.1.1.7 variant). A decrease in SARS-CoV-2 transmission after one dose of Moderna vaccine was estimated to be at least 61% through modelling of the vaccine trial data Reduced viral load and duration of shedding was observed in fully vaccinated individuals with AstraZeneca and Pfizer vaccines. It is not yet clear how much these reductions make a fully vaccinated person less infectious to other people.	**Preventive measures/NPIs** Strict adherence to preventive measures decreases the likelihood of transmission **Nature and duration of contact:** Indoors and longer duration of contact, close contact **VOCs:** increased transmissibility associated with all VOCs; immune escape associated with B.1.351 and P.1 can increase transmission likelihood. **Type of vaccine**: the ability of the different EU-authorised vaccines to reduce the viral load might vary. This might also differ depending on virus strain. **Time since vaccination:** duration of immunity following vaccination is not known **Immune state of unvaccinated contact:** Presence of immunocompromised states in unvaccinated individuals	Preprints and published non-randomised and modelling studies.	**Likelihood of transmission (secondary attack rates):** [46,47,55] **Viral load and duration of shedding**: [48,49,56,57]
Impact of infection in an unvaccinated individual following transmission from a fully vaccinated person	If **infection** is transmitted by a fully vaccinated person to an unvaccinated contact, is severe disease likely?	**For younger adults and middle-aged adults: Low** (depending on modulating factors, e.g. age, variant of concern)	No evidence is currently available for the severity of disease following SARS-CoV-2 transmission from a fully vaccinated individual. Younger age in the unvaccinated individual are associated with lower risk of severe outcomes if infected with SARS-CoV-2. In those under the age 60, 2.9% of individuals infected with SARS-CoV-2 since	**Immune state of unvaccinated contact:** Presence of immunocompromised states in unvaccinated individuals. Presence of immunocompromised states in unvaccinated individuals **Variants of concern:** some preliminary studies indicate that certain variants are more likely to cause severe disease.	Published results from observational studies.	**Impact of infection from fully vaccinated individuals:** Not available **Impact of infection in general:**

Parameter under consideration	Question	Level of the parameter (likelihood)	Summary of the evidence	Modulating factors (and their role in assessment of the parameter)	Source of the evidence	References
			August 2021 have been hospitalised and 0.3% have had severe infection (requiring ICU admission or oxygen support). The crude case fatality rate for individuals under 60 years of age is 0.1%.	**Underlying conditions:** some conditions are associated to increased risk of severe COVID-19 also in younger age groups.		[58]
		For older adults: High (depending on modulating factors, e.g. age, variant of concern)	No evidence is currently available for the severity of disease following SARS-CoV-2 transmission from a fully vaccinated individual. Older age, male gender and the presence of underlying conditions in the unvaccinated individual are associated with higher risk of more severe outcomes if infected with SARS-CoV-2. In individuals 60 years or older, 22.5% of individuals infected with SARS-CoV-2 since August 2021 have required hospitalisation and 2.8% have had severe infection (requiring oxygen support and/or ICU admission). The crude case fatality rate for individuals over 60 is 8.3%	**Variants of concern:** some preliminary studies indicate that certain variants are more likely to cause severe disease. **Underlying conditions:** the presence of certain comorbidities may further increase the impact of an infection in older adults.	Published results from observational studies.	**Impact of infection from fully vaccinated individuals:** Not available **Impact of infection in general:** [58]

Options for response

Considerations for risk-based adjustment of non-pharmaceutical interventions

In light of the above-assessed risks for fully vaccinated individuals to be infected and transmit the infection, the de-escalation of specific NPIs can be considered in situations of gatherings of a limited number of individuals, all or most of whom are fully vaccinated, from beyond one's own household or social bubble. Table 6 presents scenarios where physical distancing and the wearing of face masks may be relaxed in indoor and outdoor encounters, based on a risk assessment for fully vaccinated individuals as well as unvaccinated individuals to develop and transmit disease. In the current epidemiological situation in the EU/EEA, in public spaces and in large gatherings, including during travel, NPIs should be maintained irrespective of the vaccination status of the individuals. NPIs such as hand and respiratory hygiene and adequate ventilation of indoor spaces should also be maintained in all settings.

Generally, when the risk of transmission of infection that will result in the development of severe COVID-19 disease is very low to low consideration around relaxing physical distancing and face mask wearing can occur.

When the risk is moderate to very high, however, the use of face masks and physical distancing should be maintained. If any individual has symptoms of illness compatible with COVID-19, the relaxation of measures is not appropriate in any scenario.

Fully vaccinated individuals meeting other fully vaccinated individuals

For fully vaccinated younger and middle-aged adults who meet other fully vaccinated individuals, the risk associated with meeting others is assessed to be very low.

For fully vaccinated older adults who meet other fully vaccinated individuals, the risk associated with meeting others is assessed to be low.

For either of these scenarios, requirements for physical distancing and the wearing of face masks can be relaxed with an acceptable residual risk. In settings of high circulation of immune escape variants, the risk will be enhanced and the relaxation of measures may not be appropriate.

Unvaccinated individuals meeting fully vaccinated individuals

In situations where an unvaccinated individual or more than one unvaccinated individuals from the same household or social bubble meet fully vaccinated individuals, the risk is low where the unvaccinated people are young or middle-aged adults with no underlying risk factors for severe COVID-19. In such situations, the requirements for physical distancing and wearing of face masks can be relaxed. In settings of high circulation of immune escape variants or if individuals in this category have risk factors for severe disease, regardless of age, the risk will be enhanced and a relaxation of measures may not be appropriate.

The scenarios provided (Table 6) are general guidelines, where considerations around the number of individuals meeting, the nature and duration of contact may also influence the assessment of the risk of developing severe disease and decision to maintain the use of face masks and physical distancing. A larger number of individuals gathering, gatherings where it is not possible to determine the presence of underlying risk factors or circulation of VOCs, meetings in indoor environments, and those that are longer in nature in environments with poor ventilation will increase the risk of SARS-CoV-2 transmission and may influence the decision to relax or maintain face masks and physical distance.

Table 6. Scenarios where physical distancing and face mask wearing may be relaxed based on the risk assessment for fully vaccinated individuals to develop or transmit severe disease

Scenario	Risk	Relaxing requirements for physical distancing and face mask wearing	Factors that would modify the risk and require maintained NPIs
Fully vaccinated individuals meeting other fully vaccinated individuals	**Fully vaccinated younger adults and middle-aged adults:** Very low	✓	Presence of COVID-19 compatible symptoms in any individual High circulation of immune escape variants
	Fully vaccinated older adults/ individuals with underlying conditions: Low	✓	Presence of COVID-19 compatible symptoms in any individual High circulation of immune escape variants
A fully vaccinated individual meeting one or more unvaccinated individuals from the same household or social bubble	**Fully vaccinated younger adults and middle-aged adults:** Low	✓	Presence of COVID-19 compatible symptoms in any individual High circulation of immune escape variants
	Fully vaccinated older adults/ individuals with underlying conditions: Low to moderate	✗	
One or more unvaccinated individuals from the same household or social bubble meeting a fully vaccinated individual	**Unvaccinated younger adults and middle-aged adults:** Low	✓	Presence of COVID-19 compatible symptoms in any individual High circulation of immune escape variants
	Unvaccinated older adults/ individuals with underlying conditions: Low to moderate	✗	

✓: Relaxation of measures can be considered; ×: measures should be maintained

Consideration for the management of fully vaccinated individuals as contacts of a confirmed COVID-19 case

Contacts of confirmed cases are at higher risk of contracting and transmitting COVID-19 compared to others in the community. Given the current uncertainty in terms of the effectiveness of different vaccines in preventing the transmission of infection to others, particularly in the context of the circulation of VOCs, a precautionary approach is warranted. Therefore, when contact tracing fully vaccinated contacts who have been exposed to a confirmed case, these contacts should continue to be managed according to existing ECDC guidance [59].

However, health authorities may consider, if resources allow, undertaking a risk assessment on a case-by-case basis and subsequently classify some fully vaccinated contacts as low-risk contacts (please refer to existing ECDC guidance for details of management of low-risk contacts) [59]. Factors that need to be taken into consideration in such assessments include, for example, the local epidemiological situation in terms of circulating variants, the type of vaccine received (if information available), and the age of the fully vaccinated contact (as older people may

not mount as effective an immune response). The risk of onward transmission to vulnerable people by the contact should also be considered, such as whether they work or reside in an institutionalised setting (e.g. long-term care facility).

Considerations for the management of fully vaccinated individuals in occupational settings in which regular testing is required

Public health authorities may consider exempting fully vaccinated individuals of very low and low risk from repeat testing in occupational and other community settings. However, caution is warranted for HCWs and LCTF staff because of the higher risk of onward transmission to vulnerable high-risk individuals.

Considerations for the management of fully vaccinated travellers

The likelihood that a fully vaccinated traveller will pose a risk for onward transmission of COVID-19 is assessed as very low. The VOC circulation profile at the place of origin of travel (e.g. high percent of immune-escape variants or immunisation with a vaccine with lower or unknown effectiveness against disease transmission) should be factored in; if such factors are present, the risk would be increased.

Countries may consider waiving the requirement for testing before or after travel and, if required, quarantine after arrival, or shortening the duration of quarantine for fully vaccinated individuals with very low risk [60].

During travel, NPIs should be maintained regardless of the vaccination status of the traveller. Fully vaccinated travellers should also respect any NPIs for fully vaccinated people in the country of destination.

Discussion

The key role of vaccination coverage in modulating the risk

Risk of infection and onward transmission of SARS-COV-2 in fully vaccinated individuals should not be considered in isolation but should always be assessed in a broader epidemiological context.

Based on evidence from Israel and the UK, it is clear that the main focus should remain on a rapid and effective deployment of vaccines in order to reduce the number of susceptible individuals, the number of hospitalisations and deaths, the viral circulation in the community, so that a stronger relaxation of measures for fully vaccinated individuals can be permitted.

The vaccination of people in close contact with individuals at increased risk of severe COVID-19 is also a key aspect to factor in, particularly in closed settings.

Experiences from Israel and the UK clearly show that with an increasing vaccination coverage in the population, there are stronger signs of indirect protection and further relaxation of measures may eventually become possible for fully vaccinated individuals.

In Israel, larger and earlier decreases in the number of COVID-19 cases and hospitalisations were observed among age groups prioritised for vaccination starting 3-4 weeks following the initiation of the vaccination campaign [61,62]. Of note, Israel experienced high viral circulation and had a lockdown in place for a one-month period during the beginning of their vaccination campaign, with nearly 90% of people in the 60 and older age group having received one dose (80% of them fully vaccinated) and 52% of the overall population vaccinated with at least one dose (40% fully vaccinated), before the lockdown was released [63,64].

In the UK, high viral circulation was observed during the beginning of the vaccination campaign in December 2020, fuelled by the rapid expansion of the more transmissible B.1.1.7 variant. COVID-19 vaccination campaigns initially prioritised providing a first dose to the oldest age groups and health and social care workers and have now expanded to those aged 50 years and older. As of 7 April 2021 in the UK, 60% of individuals over 18 years of age had received 1 dose (including >90% of those in above age 70) and 11.6% had received two doses [65,66]. The UK has seen a sharp decline in incidence, hospitalisations, and deaths, initially in the oldest age groups, followed by reductions in the rest of the population [67]. By the end of March 2021, the UK estimated that 10 400 deaths had been averted due to the vaccination programme (9 100 in the age group of individuals $\geq$80 years, 1 200 in 70 to 79 years, 100 in 60-69 years) [66]. Strict public health measures have been in place in the UK since January 2021; these are only being released very gradually, as of 12 April 2021 [68].

In both countries, rapid expansion of the B.1.1.7 variant was associated with very high viral circulation and both countries employed strict public health measures while ensuring that a large proportion of the adult population had received at least some vaccine-conferred protection, and until >90% of those in the most vulnerable groups had been vaccinated, before gradually releasing public health measures.

While vaccination coverage is low and vaccine is not widely accessible, countries considering relaxing measures for fully vaccinated people, should take into account the uneven or inequitable vaccine access across the population.

Considerations related to specific settings as risk modulating factors

The risks assessed in this document could also vary according to the setting. For some settings like long-term healthcare facilities, detention centres (e.g. prisons), refugee camps, schools, households, rehabilitation centres, specific considerations should be made.

It is important to consider the individual risk of developing severe COVID-19 of people in these settings as the impact of infection could result in very different consequences and the following settings can be outlined:

- In **long-term healthcare facilities**, the residents comprise older adults, fragile individuals, and people with underlying conditions possibly at increased risk of severe COVID-19.
- In **refugee camps, rehabilitation centres or detention centres** (e.g. prisons), living and underlying conditions may contribute to an increased baseline risk of spread of the infection and of development of severe COVID-19.
- In **schools**, the average individual risk of developing severe COVID-19 can be considered very low for students although some of teachers, professors and other staff working in the school could be at potential increased risk.
- In **household settings**, when assessing the risk it is important to consider the household composition and whether any person at increased risk of severe COVID-19 is present in the house.
- In **open settings** like offices, public transportation, gyms, bars, cafes, restaurants, cinemas, theatres, religious buildings, universities, libraries, taxis, shops, supermarkets, etc., it will be critical to consider the epidemiological situation in the broader community, in particular in relation to the vaccination coverage at the population level by different age group, and the proportion of individuals at increased risk of severe COVID-19 attending these settings, to be able to relax some measures in the future when vaccination coverage will have reached significantly much higher levels than the current ones in the EU/EEA.

The different risk associated with the different settings will inevitably lead to different needs for non-pharmaceutical interventions. Of note, the same likelihood of infection and transmission to unvaccinated individuals may have very different consequences according to the setting.

Other factors modulating the risk

The risk is also modulated by other factors. Meeting people with underlying factors increasing the risk of severe COVID-19, such as older age and specific conditions, is not the same as meeting young and healthy people. The impact of COVID-19 varies dramatically according to age in particular [9,69]. The nature, frequency and duration of the contact with a susceptible individual is a known factor modulating the risk of transmission in general. Likewise, physical distancing and the use of face masks may reduce the risk of transmission and possibly lead to exposure to a lower viral load. Behavioural changes following vaccination may affect some of these modulating factors, and therefore adherence to recommended behaviour in different contexts following vaccination is of key importance. Additionally, variants of concern may be increasingly able to escape immune defences due to the evolutionary pressure posed by natural immunity in previously infected individuals and to vaccine-induced immunity. This may affect vaccine effectiveness against infection and mild disease, but a reduction of effectiveness also against severe disease cannot be excluded, in particular among older adults and fragile individuals. For travellers, it is important to assess whether there is community circulation of immune escape variants in the country of origin and, if data is unavailable, to refrain from relaxed measures, even in vaccinated individuals. The duration of protection following vaccination against COVID-19 has not been yet established, and can only be assessed a few months following the administration of a full course. As time passes, further information on duration of immunity will become available, but it cannot be excluded that over time vaccine-induced immunity may wane and fully vaccinated people may become susceptible again.

Partially vaccinated and previously infected individuals

People who are not fully vaccinated (e.g. recipients of a one dose of a two-dose course vaccination) were not assessed in this document and, although it is known that some protection is conferred after one dose in many individuals, the level and duration of protection is not well understood [4]. Previously infected individuals may experience some degree of protection against re-infection, but it is not clear how long it may last and whether and how much it protects against VOC. Partially vaccinated and previously infected individuals were not assessed in this guidance. For the purposes of this document and for clarity in risk communication messages on the importance of receiving a full course of vaccination, no relaxation of measures should be considered for partially vaccinated and previously infected individuals.

Conclusions

The risk of developing severe COVID-19 disease for a fully vaccinated individual is very low in younger adults and middle-aged adults with no risk factor for severe COVID-19, and low in older adults or people with underlying risk factors.

The risk of developing severe COVID-19 for an unvaccinated individual who has been in contact with a fully vaccinated person exposed to SARS-CoV-2 infection, is very low to low in younger adults and middle-aged adults with no risk factors for severe COVID-19, and moderate for older adults or people with underlying risk factors (limited evidence available so far).

The overall reduction in risks of severe COVID-19 disease in the population are dependent on the vaccine uptake and vaccination coverage in the general population and are modulated by a number of other factors such as age and underlying conditions, vaccine characteristics, variants of concern, setting and epidemiological situation.

To date, given the current risks as assessed, there are specific situations where NPIs can be lifted:

- When fully vaccinated individuals meet other fully vaccinated individuals (very low/low risk), physical distancing and the wearing of face masks can be relaxed.
- When an unvaccinated individual or unvaccinated individuals from the same household or social bubble meet fully vaccinated individuals, physical distancing and the wearing of face masks can be relaxed if there are no risk factors for severe disease or lower vaccine effectiveness (e.g. age, immunosuppression, other underlying conditions).
- When contact tracing, vaccinated contacts who have been exposed to a confirmed case should continue to be managed according to existing ECDC guidance. However, health authorities may consider undertaking a risk assessment on a case-by-case basis and subsequently classify some fully vaccinated contacts as low-risk contacts. Factors that need to be taken into consideration in such assessments include, for example, the local epidemiological situation in terms of circulating variants, the type of vaccine received, and the age of the contact. The risk of onward transmission to vulnerable people by the contact should also be considered.
- Requirements for testing and quarantine of travellers (if implemented) and regular testing at workplaces can be waived or modified for fully vaccinated individuals, as long as there is no or very low circulation of immune escape variants (in the community in the country of origin, in the case of travellers).
- In the current epidemiological context in the EU/EEA, in public spaces and in large gatherings, including during travel, NPIs should be maintained irrespective of the vaccination status of the individuals.

Examples from countries where vaccination coverage is higher and, subsequently, severe COVID-related outcomes and SARS-CoV-2 incidence have declined, such as the UK and Israel, provide an indication of how population-level transmission can be reduced by increased vaccination coverage in the EU/EEA in coming months.

Limitations

There is very limited direct evidence on the transmission risk from fully vaccinated individuals, with existing information not available by vaccine product and, due to being conducted in healthcare workers and their household members, with limited applicability to the entire population.

There is limited information on duration of immunity post-vaccination, overall and for individuals of different ages and with underlying comorbidities; also by vaccine product.

There is little or no information on the severity of disease associated with breakthrough infections, overall and for individuals of different ages and with underlying comorbidities; also by vaccine product.

There is limited information on vaccine escape associated with variants of concern and, if infection occurs, whether these variants impact severity of disease, overall and for individuals of different ages and with underlying comorbidities; also by vaccine product. The published literature on levels of immunity may not yet have assessed the impact of current or emerging variant strains that could emerge.

Source and date of request

ECDC internal decision, 11 March 2021.

Contributing ECDC experts (in alphabetical order)

Agoritsa Baka, Kim Brolin, Orlando Cenciarelli, Edoardo Colzani, Tarik Derrough, Lorenzo Lionello, Thomas Mollet, Lina Nerlander, Lucia Pastore-Celentano, Anastasia Pharris, Diamantis Plachouras, Giovanni Ravasi.

External reviewers

The ECDC Advisory Forum is gratefully acknowledged for reviewing the document.

Marco Cavaleri of the European Medicines Agency (EMA) and Tami Skoff Hilger and Sarah Mbaeyi of the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) provided helpful reviews of the document.

All experts have submitted declarations of interest, and a review of these declarations did not reveal any conflict of interest.

Disclaimer

All data published in this report is correct to the best of our knowledge at the time of publication.

Glossary

COVID-19 vaccines

COVID-19 vaccines are pharmaceutical products administered with the aim of preventing disease caused by the novel initial coronavirus SARS-CoV-2. As and when virus variants arise through amino acid substitutions, deletions, or insertions, they may become less susceptible to the immune response evoked by vaccines developed against prior circulating types. Therefore COVID-19 vaccines are may be updated at regular intervals and include one or several SARS-CoV-2 variants, similar to influenza vaccines. The regulatory framework for updating COVID-19 vaccines is under development by European Medicines Agency [70].

Vaccine course

The first three EU-authorised COVID-19 vaccine products (Comirnaty vaccine developed by Pfizer-BioNTech, COVID-19 Vaccine Moderna and Vaxzevria (previously COVID-19 Vaccine AstraZeneca)) are recommended to be administered in a two-dose regimen to prime the immune response. A fourth vaccine, Janssen COVID-19 Vaccine, was authorised for use in the EU on 11 March 2021 and is recommended to be used in a one-dose regimen for priming the immune response [71]. This vaccine was authorised by the Food and Drug Administration (FDA) in the US in late February 2021 [72] . Additional vaccines currently under rolling review by the European Medicines Agency include vaccine candidates developed by CureVac AG (CVnCov), Novavax (NVX-CoV2373) and Gamaleya (Sputnik V (GamCOVID-Vac)). COVID-19 vaccines developed and produced in China (Sinovac) and Russia (Gamaleya) are currently being procured and used in a few EU Member States (Czechia and Hungary).

It is expected that COVID-19 vaccinees may need to receive booster doses at regular intervals, and it is possible that vaccinated individuals may have to receive repeated immunisations to provide protection against emerging variants. Therefore, it is currently difficult to define who is fully vaccinated and protected against COVID-19 in the short- and long-term. This means that the assessment of vaccine-induced immune status will always be made on a case-by-case basis, guided by the product characteristics of the vaccine that the individual has received and by circulating SARS-CoV-2 virus variants at the time of assessment.

Infection

Infection is defined as the entry and development or multiplication of an infectious agent in an organism, including the body of humans and animals. In this document, natural infection refers to previous infection, or reinfection episodes subsequent to the first infection episode. Evidence of seroconversion is often required to prove that an infection has occurred, rather than just contamination with nucleic acid. In this document, a positive result from a PCR or rapid antigen test is considered as a reasonable proxy of infection for a person, irrespective of symptoms.

Immunity

Immunity is the resistance acquired by a host as a result of previous exposure to a natural pathogen or foreign substance for the host. Immunity may develop either through infection or vaccination. Acquired immunity can be expressed as humoral immunity, measured by specific antibody responses or cellular immunity, measured by T-cell responses. Currently it is understood that most of the virus neutralising antibody activity in previously infected or vaccinated persons is mediated by antibodies targeting the SARS-CoV-2 spike protein, and more specifically, the receptor binding domain (RBD) of that protein.

Transmission of infection

The process, mechanisms, and determinants by which an infectious agent or an infectious disease are spread from a source or reservoir to another person or across communities and countries.

Likelihood of transmission

The likelihood that an infected person (pre-symptomatic, symptomatic, or asymptomatic) transmits the infectious agent to one or more other individuals

Social bubble

A group of people meeting consistently with each other while not meeting people outside the group.

Unvaccinated individual

An individual with no documented history of full-course vaccination against COVID-19 (see below "Fully vaccinated individual") is considered unvaccinated in this document.

Variants of concern

This refers to variants of the SARS-CoV-2 virus which, due to recombination or spontaneous mutation, have demonstrated the potential to:

- increase in transmissibility or detrimental change in COVID-19 epidemiology;
- increase in virulence or change in clinical disease presentation; or
- decrease the effectiveness of public health measures (including NPIs), available diagnostics, vaccines, and/or
- therapeutics [73].

Fully vaccinated individuals

For the purposes of this guidance, people are considered fully vaccinated for COVID-19 from two weeks after they have received the second dose in a two-dose series (Pfizer-BioNTech or Moderna or AstraZeneca), or from two weeks after they have received a single-dose vaccine (Johnson and Johnson (J&J)/Janssen).

Contact

A contact of a COVID-19 case is any person who has had exposure to a confirmed COVID-19 case within a timeframe ranging from two days before the onset of symptoms in the case to 10 days (or, if severe symptoms or immunocompromised 20 days) after the onset of symptoms [59].

Community transmission

Countries/areas/territories experiencing larger outbreaks of local transmission defined through an assessment of factors including, but not limited to a) large numbers of cases not linked to transmission chains, b) high proportion of SARS-CoV-2 positive cases from sentinel lab surveillance, and c) multiple unrelated clusters in several areas of the country/territory/area.

Physical distancing

Avoiding physical contact, keeping a physical distance of 1–2 m and generally limiting close physical inter-personal interactions e.g. through cancelling gatherings or limiting their size.

References

1. Ministry of Health - Israel. What is a Vaccination Certificate? Available at: https://corona.health.gov.il/en/directives/vaccination-certificate
2. Centers for Disease Control and Prevention. Domestic Travel During COVID-19. CDC; 2021. Available at: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/travelers/travel-during-covid19.html
3. European Centre for Disease Prevention and Control and the Joint Research Centre of the European Commission. Response Measures Database (RMD). ECDC and JRC; 2021. Available at: https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Risk of SARS-CoV-2 transmission from newly-infected individuals with documented previous infection or vaccination. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/sars-cov-2-transmission-newly-infected-individuals-previous-infection
5. Thompson MG, Burgess JL, Naleway AL, Tyner HL, Yoon SK, Meece J, et al. Interim Estimates of Vaccine Effectiveness of BNT162b2 and mRNA-1273 COVID-19 Vaccines in Preventing SARS-CoV-2 Infection Among Health Care Personnel, First Responders, and Other Essential and Frontline Workers - Eight U.S. Locations, December 2020-March 2021. MMWR Morbidity and mortality weekly report. 2021;70(13):495-500. Available at: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7013e3.htm
6. O'Donnell C. Pfizer/BioNTech COVID-19 shot 91% effective in updated data, protective against South African variant. Reuters. 1 April 2021. Available at: https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-pfizer/pfizer-covid-19-shot-91-effective-in-updated-data-protective-against-south-african-variant-idUSKBN2BO55Y
7. Pfizer and BioNTech. Pfizer and BioNTech Confirm High Efficacy and No Serious Safety Concerns Through Up to Six Months Following Second Dose in Updated Topline Analysis of Landmark COVID-19 Vaccine Study. 2021. Available at: https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/pfizer-and-biontech-confirm-high-efficacy-and-no-serious
8. European Centre for Disease Prevention and Control. Situation updates on COVID-19. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/situation-updates
9. European Centre for Disease Prevention and Control. Weekly surveillance report on COVID-19. ECDC; 2021. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance/weekly-surveillance-report
10. European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 Country Overviews. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: https://covid19-country-overviews.ecdc.europa.eu/
11. European Commission. Commission sets out key actions for a united front to beat COVID-19. Brussels: EC; 2021. Available at: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_21_143
12. European Centre for Disease Prevention and Control. Operational tool on rapid risk assessment methodology – ECDC 2019. Stockholm: ECDC; 2019. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/operational-tool-rapid-risk-assessment-methodology-ecdc-2019
13. European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 Vaccine roll-out overview. ECDC; 2021. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/vaccine-roll-out-overview
14. European Centre for Disease Prevention and Control. Guidelines for the implementation of non-pharmaceutical interventions against COVID-19. Stockholm: ECDC; 2020. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-guidelines-non-pharmaceutical-interventions
15. Davies NG, Abbott S, Barnard RC, Jarvis CI, Kucharski AJ, Munday JD, et al. Estimated transmissibility and impact of SARS-CoV-2 lineage B.1.1.7 in England. Science. 2021; eabg3055. Available at: https://science.sciencemag.org/content/early/2021/03/03/science.abg3055
16. Volz E, Mishra S, Chand M, Barrett JC, Johnson R, Geidelberg L, et al. Assessing transmissibility of SARS-CoV-2 lineage B.1.1.7 in England. Nature [Preprint]. 2021. DOI: 10.1038/s41586-021-03470-x. Available at: https://www.nature.com/articles/s41586-021-03470-x
17. Statems Serum Institut. Kontakttal for virusvariant B.1.1.7. Ekspertgruppen d. 3. februar 2021. Københavns: SSI; 2021. Available at: https://covid19.ssi.dk/-/media/cdn/files/kontakttal-for-b117-d-3-februar-2021_04022021.pdf?la=da
18. Pearson CAB, Russell TW, Davies N, Kucharski AJ, CMMID COVID-19 working group, Edmunds WJ, et al. Estimates of severity and transmissibility of novel SARS-CoV-2 variant 501Y.V2 in South Africa. CMMID [Preprint]. 2021. Available at: https://cmmid.github.io/topics/covid19/sa-novel-variant.html
19. Faria NR, Mellan TA, Whittaker C, Claro IM, Candido DdS, Mishra S, et al. Genomics and epidemiology of a novel SARS-CoV-2 lineage in Manaus, Brazil. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.02.26.21252554. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.26.21252554v1

20. European Medicines Agency. COVID-19 vaccines: authorised. EMA; 2021. Available at: https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19/treatments-vaccines/vaccines-covid-19/covid-19-vaccines-authorised
21. Voysey M, Clemens SAC, Madhi SA, Weckx LY, Folegatti PM, Aley PK, et al. Single-dose administration and the influence of the timing of the booster dose on immunogenicity and efficacy of ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccine: a pooled analysis of four randomised trials. The Lancet. 2021;397(10277):881-91. Available at: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00432-3/fulltext
22. Dagan N, Barda N, Kepten E, Miron O, Perchik S, Katz MA, et al. BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine in a nationwide mass vaccination setting. New England Journal of Medicine. 2021. Available at: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2101765
23. Tande AJ, Pollock BD, Shah ND, Farrugia G, Virk A, Swift M, et al. Impact of the COVID-19 Vaccine on Asymptomatic Infection Among Patients Undergoing Pre-Procedural COVID-19 Molecular Screening. Clinical Infectious Diseases [Preprint]. 2021. DOI: 10.1093/cid/ciab229. Available at: https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab229/6167855
24. Moustsen-Helms IR, Emborg H-D, Nielsen J, Nielsen KF, Krause TG, Molbak K, et al. Vaccine effectiveness after 1st and 2nd dose of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in long-term care facility residents and healthcare workers–a Danish cohort study. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.03.08.21252200. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.08.21252200v1
25. Hall VJ, Foulkes S, Saei A, Andrews N, Oguti B, Charlett A, et al. Effectiveness of BNT162b2 mRNA vaccine against infection and COVID-19 vaccine coverage in healthcare workers in England, multicentre prospective cohort study (the SIREN study). Preprints with The Lancet [Preprint]. 2021. DOI: 10.2139/ssrn.3790399. Available at: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3790399
26. Andrejko K, Pry J, Myers JF, Jewell NP, Openshaw J, Watt J, et al. Early evidence of COVID-19 vaccine effectiveness within the general population of California. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.04.08.21255135. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.08.21255135v1
27. Cabezas C, Coma E, Mora-Fernandez N, Li X, Martinez-Marcos M, Fina-Aviles F, et al. Effects of BNT162b2 mRNA Vaccination on COVID-19 Disease, Hospitalisation and Mortality in Nursing Homes and Healthcare Workers: A Prospective Cohort Study Including 28,594 Nursing Home Residents, 26,238 Nursing Home Staff, and 61,951 Healthcare Workers in Catalonia. SSRN [Preprint]. 2021. DOI: 10.2139/ssrn.3815682. Available at: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3815682
28. Madhi SA, Baillie V, Cutland CL, Voysey M, Koen AL, Fairlie L, et al. Efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 covid-19 vaccine against the B. 1.351 variant. New England Journal of Medicine. 2021. Available at: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2102214
29. Wu K, Werner AP, Koch M, Choi A, Narayanan E, Stewart-Jones GB, et al. Serum Neutralizing Activity Elicited by mRNA-1273 Vaccine. New England Journal of Medicine. 2021. Available at: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2102179
30. Becker M, Dulovic A, Junker D, Ruetalo N, Kaiser P, Pinilla Y, et al. Immune response to SARS-CoV-2 variants of concern in vaccinated individuals. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.03.08.21252958. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.08.21252958v1
31. de Souza WM, Amorim MR, Sesti-Costa R, Coimbra LD, Toledo-Teixeira DAd, Parise PL, et al. Levels of SARS-CoV-2 Lineage P. 1 Neutralization by Antibodies Elicited after Natural Infection and Vaccination. SSRN [Preprint]. 2021. DOI: 10.2139/ssrn.3793486. Available at: https://ssrn.com/abstract=3793486
32. Sandnes Kommune. Flere smittede ved Rovik bo- og aktivitetssenter. 2021. Available at: https://www.sandnes.kommune.no/aktuelt/flere-smittede-ved-rovik-bo--og-aktivitetssenter/
33. Ullensaker Kommune. Smitte ved Gystadmyr bo- og aktivitetssenter. 2021. Available at: https://www.ullensaker.kommune.no/aktuelt/smitte-ved-gystadmyr-bo--og-aktivitetssenter/
34. Amit S, Regev-Yochay G, Afek A, Kreiss Y, Leshem E. Early rate reductions of SARS-CoV-2 infection and COVID-19 in BNT162b2 vaccine recipients. The Lancet. 2021;397(10277):875-7. Available at: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673621004487
35. Kustin T, Harel N, Finkel U, Perchik S, Harari S, Tahor M, et al. Evidence for increased breakthrough rates of SARS-CoV-2 variants of concern in BNT162b2 mRNA vaccinated individuals. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.04.06.21254882. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.06.21254882v1.full
36. Yelin I, Katz R, Herzel E, Berman-Zilberstein T, Ben-Tov A, Kuint J, et al. Associations of the BNT162b2 COVID-19 vaccine effectiveness with patient age and comorbidities. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.03.16.21253686. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.16.21253686v1

37. American College of Emergency Physician. Vaccine Trial Table. 2021. Available at: https://www.acep.org/globalassets/sites/acep/media/covid-19-field-guide/vaccine.trial.table.pdf
38. Dailymed.nlm.nih.gov. JANSSEN COVID-19 VACCINE- ad26.cov2.s injection, suspension - DRUG LABEL INFORMATION. 2021. Available at: https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=14a822ff-f353-49f9-a7f2-21424b201e3b
39. Dailymed.nlm.nih.gov. PFIZER-BIONTECH COVID-19 VACCINE- bnt162b2 injection, suspension - DRUG LABEL INFORMATION. 2021. Available at: https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=908ecbe7-2f1b-42dd-94bf-f917ec3c5af8
40. Pawlowski C, Lenehan P, Puranik A, Agarwal V, Venkatakrishnan A, Niesen MJ, et al. FDA-authorized COVID-19 vaccines are effective per real-world evidence synthesized across a multi-state health system. MedRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.02.15.21251623. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.15.21251623v3
41. Public Health England. Public Health England vaccine effectiveness report - March 2021. 2021. Available at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/971017/SP_PH__VE_report_20210317_CC_JLB.pdf
42. Glampson B, Brittain J, Kaura A, Mulla A, Mercuri L, Brett S, et al. North West London Covid-19 Vaccination Programme: Real-world evidence for Vaccine uptake and effectiveness. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.04.08.21254580. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.08.21254580v1
43. Vardavas CI, Mathioudakis AG, Nikitara K, Stamatelopoulos K, Georgiopoulos G, Phalkey R, et al. A systematic review and meta-analysis of prognostic factors for adverse outcomes of SARS-CoV-2 from cohort studies in the USA and Europe. Manuscript submitted for publication [Preprint].
44. Davies NG, Jarvis CI, van Zandvoort K, Clifford S, Sun FY, Funk S, et al. Increased mortality in community-tested cases of SARS-CoV-2 lineage B.1.1.7. Nature. 2021. Available at: https://www.nature.com/articles/s41586-021-03426-1
45. Bager P, Wohlfahrt J, Fonager J, Albertsen M, Yssing Michaelsen T, Holten Møller C, et al. Increased risk of hospitalisation associated with infection with SARS-CoV-2 lineage B. 1.1. 7 in Denmark. SSRN [Preprint]. 2021. DOI: 10.2139/ssrn.3792894. Available at: https://ssrn.com/abstract=3792894
46. Shah AS, Gribben C, Bishop J, Hanlon P, Caldwell D, Wood R, et al. Effect of vaccination on transmission of COVID-19: an observational study in healthcare workers and their households. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.03.11.21253275. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.11.21253275v1
47. Lipsitch M, Kahn R. Interpreting vaccine efficacy trial results for infection and transmission. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.02.25.21252415. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.25.21252415v1
48. Emary KR, Golubchik T, Aley PK, Ariani CV, Angus BJ, Bibi S, et al. Efficacy of ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccine against SARS-CoV-2 VOC 202012/01 (B. 1.1. 7). SSRN [Preprint]. 2021. DOI: 10.2139/ssrn.3779160. Available at: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3779160
49. Levine-Tiefenbrun M, Yelin I, Katz R, Herzel E, Golan Z, Schreiber L, et al. Decreased SARS-CoV-2 viral load following vaccination. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.02.06.21251283. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.06.21251283v1
50. Monge S, Olmedo C, Alejos B, Lapeña MF, Sierra MJ, Limia A. Direct and indirect effectiveness of mRNA vaccination against SARS-CoV-2 infection in long-term care facilities in Spain. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.04.08.21255055. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.08.21255055v1
51. European Centre for Disease Prevention and Control. Risk assessment: SARS-CoV-2 - increased circulation of variants of concern and vaccine rollout in the EU/EEA, 14th update. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-risk-assessment-variants-vaccine-fourteenth-update-february-2021
52. Keehner J, Horton LE, Pfeffer MA, Longhurst CA, Schooley RT, Currier JS, et al. SARS-CoV-2 Infection after Vaccination in Health Care Workers in California. New England Journal of Medicine. 2021. Available at: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2101927
53. Shrotri M, Krutikov M, Palmer T, Giddings R, Azmi B, Subbarao S, et al. Vaccine effectiveness of the first dose of ChAdOx1 nCoV-19 and BNT162b2 against SARS-CoV-2 infection in residents of Long-Term Care Facilities (VIVALDI study). medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.03.26.21254391. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.26.21254391v1
54. Kuzmina A, Khalaila Y, Voloshin O, Keren-Naus A, Boehm-Cohen L, Raviv Y, et al. SARS-CoV-2 spike variants exhibit differential infectivity and neutralization resistance to convalescent or post-vaccination sera. Cell Host & Microbe [Preprint]. 2021. DOI: 10.1016/j.chom.2021.03.008. Available at: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1931312821001360

55. Milman O, Yelin I, Aharony N, Katz R, Herzel E, Ben-Tov A, et al. SARS-CoV-2 infection risk among unvaccinated is negatively associated with community-level vaccination rates. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.03.26.21254394. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.26.21254394v2
56. Levine-Tiefenbrun M, Yelin I, Katz R, Herzel E, Golan Z, Schreiber L, et al. Initial report of decreased SARS-CoV-2 viral load after inoculation with the BNT162b2 vaccine. Nature Medicine. 2021. Available at: https://www.nature.com/articles/s41591-021-01316-7
57. Petter E, Mor O, Zuckerman N, Oz-Levi D, Younger A, Aran D, et al. Initial real world evidence for lower viral load of individuals who have been vaccinated by BNT162b2. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.02.08.21251329. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.08.21251329v1
58. European Centre for Disease Prevention and Control. High-risk groups for COVID-19. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/high-risk-groups
59. European Centre for Disease Prevention and Control. Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, who have had contact with COVID-19 cases in the European Union – third update. Stockholm: ECDC; 2020. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management
60. European Centre for Disease Prevention and Control. Guidance for COVID-19 quarantine and testing of travellers. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/guidance-covid-19-quarantine-and-testing-travellers
61. Shilo S, Rossman H, Segal E. Signals of hope: gauging the impact of a rapid national vaccination campaign. Nat Rev Immunol. 2021;21(4):198-9. Available at: https://www.nature.com/articles/s41577-021-00531-0
62. Rossman H, Shilo S, Meir T, Gorfine M, Shalit U, Segal E. COVID-19 dynamics after a national immunization program in Israel. Nature Medicine. 2021. Available at: https://doi.org/10.1038/s41591-021-01337-2
63. Mallapaty S. Vaccines are curbing COVID: Data from Israel show drop in infections. Nature. 2021;590(7845):197. Available at: https://www.nature.com/articles/d41586-021-00316-4
64. Euronews with AP. Israel reopens economy after vaccinating nearly 40% of population. Euronews. 8 March 2021. Available at: https://www.euronews.com/2021/03/07/israel-reopens-economy-after-vaccinating-nearly-40-of-population
65. Public Health England. Vaccinations in United Kingdom Stockholm: PHE; 2021. Available at: https://coronavirus.data.gov.uk/details/vaccinations
66. Public Health England. Impact of COVID-19 vaccines on mortality in England December 2020 to March 2021. London: PHE; 2021. Available at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/977249/PHE_COVID-19_vaccine_impact_on_mortality_March.pdf
67. Wise J. Covid-19: Is vaccination roll out reducing cases and deaths in the UK? BMJ. 2021; 372(n506). Available at: https://www.bmj.com/content/bmj/372/bmj.n506.full.pdf
68. Public Health England. COVID-19 Response - Spring 2021. London: PHE; 2021. Available at: https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-response-spring-2021/covid-19-response-spring-2021-summary
69. Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K, Bacon S, Bates C, Morton CE, et al. Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. Nature. 2020;584(7821):430-6. Available at: https://www.nature.com/articles/s41586-020-2521-4
70. European Medicines Agency. EMA preparing guidance to tackle COVID-19 variants. EMA; 2021. Available at: https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-preparing-guidance-tackle-covid-19-variants
71. European Medicines Agency. COVID-19 vaccines. Overview. EMA; 2021. Available at: https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid19/treatments-vaccines/covid-19-vaccines
72. U.S. Food and Drug Administration. Janssen COVID-19 Vaccine. FDA; 2021. Available at: https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/coronavirus-disease-2019-covid-19/janssen-covid-19-vaccine
73. World Health Organization. COVID-19 Weekly Epidemiological Update. Geneva: WHO; 2021. Available at: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situationreports/20210225_weekly_epi_update_voc-special-edition.pdf

Annex

Figure A. Components of risk of severe COVID-19 disease for a fully vaccinated individual

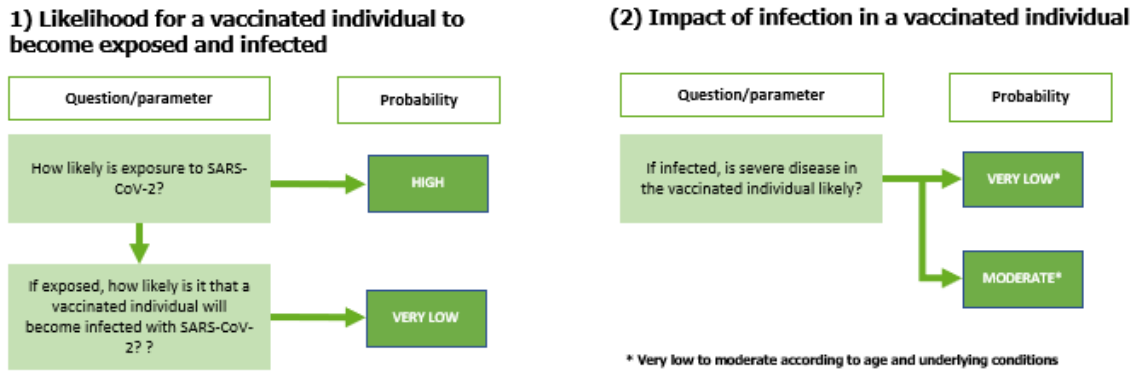
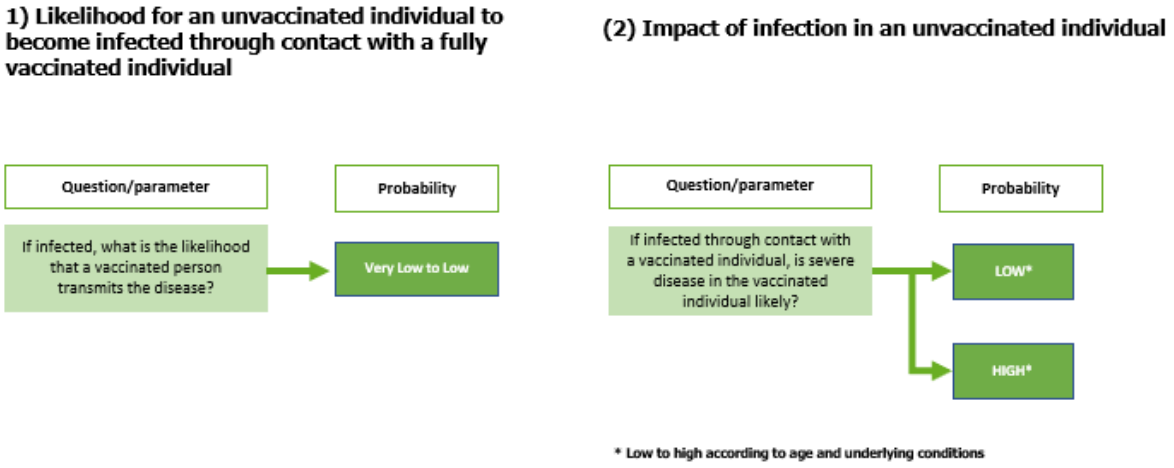


Figure B. Components of risk of severe COVID-19 for an unvaccinated individual in contact with a fully vaccinated person exposed to SARS-CoV-2 infection



Productie 23

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2021.10.14.21264959; this version posted October 14, 2021. The copyright holder for this preprint
(which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

Vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 transmission to household contacts during dominance of Delta variant (B.1.617.2), August-September 2021, the Netherlands

Brechje de Gier [1], Stijn Andeweg [1], Jantien A. Backer [1], RIVM COVID-19 surveillance and epidemiology team, Susan J.M. Hahné [1], Susan van den Hof [1], Hester E. de Melker [1], Mirjam J. Knol [1]

Author affiliations:

1. Center for Infectious Disease Control, National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), Bilthoven, the Netherlands

Abstract

We estimated vaccine effectiveness against onward transmission by comparing secondary attack rates among household members between vaccinated and unvaccinated index cases, based on source and contact tracing data collected when Delta variant was dominant. Effectiveness of full vaccination of the index against transmission to fully vaccinated household contacts was 40% (95% confidence interval (CI) 20-54%), which is in addition to the direct protection of vaccination of contacts against infection. Effectiveness of full vaccination of the index against transmission to unvaccinated household contacts was 63% (95%CI 46-75%). We previously reported effectiveness of 73% (95%CI 65-79%) against transmission to unvaccinated household contacts for the Alpha variant.

Keywords: SARS-CoV-2, transmission, household study, COVID-19, vaccine effectiveness

NOTE: This preprint reports new research that has not been certified by peer review and should not be used to guide clinical practice.

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2021.10.14.21264959; this version posted October 14, 2021. The copyright holder for this preprint
(which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

Early August 2021 we reported vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 transmission and infections among household and other close contacts of confirmed cases [1]. This study was based on source and contact tracing data collected in February- May 2021, during which time the wildtype and Alpha variant of SARS-CoV-2 were dominating. From May 29 to July 4, a transition took place where the Delta variant took over from Alpha and became dominant, with over 85% of sequenced isolates from week of July 5- July 11 pertaining the Delta variant. At the end of June, several non-pharmaceutical measures were relaxed in the Netherlands [2]. This relaxation, combined with the co-occurring emergence of Delta, was followed by a large increase of SARS-CoV-2 infections (Figure 1). This increase was mainly driven by infections in young unvaccinated people.

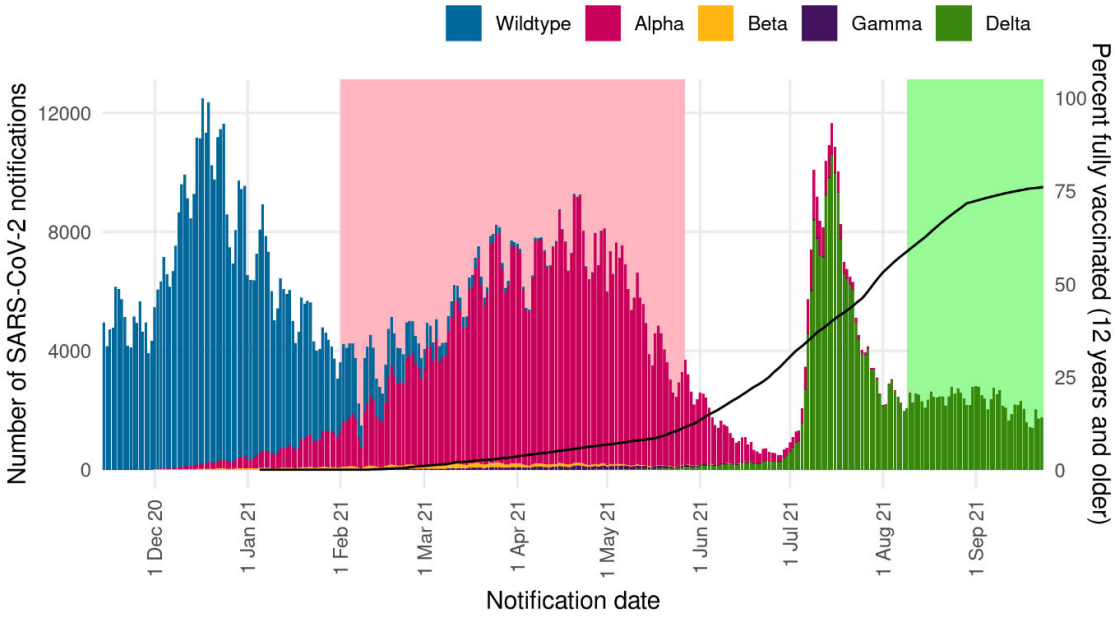


Fig. 1 Number of cases per day in the Netherlands by symptom onset, colored by SARS-CoV-2 variant, and percent of the Dutch population fully vaccinated (defined as 14 or more days post-second-dose or 28 or more days post-single dose (Janssen), black line). The light green area indicates the study period of the study presented here. The pink area indicates the study period of our previous report. The share of SARS-CoV-2 variant results from fitting exponential growth curves to weekly surveillance data of sequenced samples [3].

A result of this large and fast increase in the number of cases was that Municipal Health Services (MHS) lacked capacity to perform full source and contact tracing in July and the beginning of August. Full-scale source and contact tracing has been resumed by all MHS since August 9, 2021. Therefore, our analysis of vaccine effectiveness against transmission (VET) of the Delta variant is only possible for data collected since August 9, 2021. We end our study period at September 24, 2021, as since September 25 unvaccinated people require a negative test or proof of recovery to enter bars, restaurants and events, which will impact testing behavior differentially by vaccination status [4]. During the study period, over 97% of sequenced isolates pertained Delta [3].

Until July 2021, all household contacts of confirmed cases had to quarantine for 10 days, and were urged to get tested on day 1 and day 5 after exposure and in case of symptoms. If a contact was tested negative on day 5, they could end the quarantine. On July 8, 2021, a policy change was implemented, and fully vaccinated household contacts of confirmed cases no longer had to quarantine. These fully vaccinated contacts were still strongly advised to get tested on day 5 and to practice social distancing until day 10.

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2021.10.14.21264959; this version posted October 14, 2021. The copyright holder for this preprint
(which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

A full description of the data and methods used can be found in our previous report [1]. In short, the VE against transmission (VET) was estimated by comparing the secondary attack rate (SAR) among household contacts of confirmed index cases by vaccination status of the index case: 1 – (SAR $_{\text{vaccinated index}}$ / SAR $_{\text{unvaccinated index}}$) * 100%. An index case is a person with a positive SARS-CoV-2 test, who according to the source tracing interview, was most likely not infected at home. Index cases and household contacts aged 12 years or older are included in the analysis, as all Dutch inhabitants above the age of 12 years are eligible for vaccination since July 2021. Partly vaccinated was defined as having received the first dose of a 2-dose schedule with a time since vaccination of at least 14 days. Fully vaccinated was defined as having completed a 2-dose schedule with a time since vaccination of at least 14 days, or the 1-dose Janssen schedule with a time since vaccination of at least 28 days.

VET was estimated using a binomial generalized linear model. For parameter fitting we used the generalized estimating equations (GEE) approach with exchangeable correlation structure to account for clustering of contacts belonging to the same index case. All models included age group of the index and contact (12-17, 18-29, 30-49, 50-74 and 75+ years), vaccination status of the contact (not, partly or fully vaccinated) and week of notification date of the index case as covariates.

The final dataset contained 7,771 contacts of 4,921 index cases. Of the index cases, 2,602 (33.5%) were fully vaccinated and 912 (11.7%) were partly vaccinated. Of contacts, 4,189 (53.9%) were fully vaccinated and 641 were partly vaccinated (8.2%). The predominance of unvaccinated index cases is the result of vaccine effectiveness against infection, as 71% of all adults was fully vaccinated at the start of the study period [5]. Characteristics of indexes and contacts are shown in Table 1. Vaccination status by age reflects the roll-out of vaccination from old to young. Table 2 shows the vaccination status of contacts by vaccination status of index cases. Of unvaccinated index cases, 59.1% of household contacts were unvaccinated as well, while only 11.6% of household contacts of vaccinated index cases were unvaccinated.

Table 1. Characteristics of index cases, by vaccination status of the index and characteristics of contacts, by vaccination status of the contact. NA = not applicable.

	Index cases			Household contacts		
	Unvaccinated (column %)	Partly vaccinated (column %)	Fully vaccinated (column %)	Unvaccinated (column %)	Partly vaccinated (column %)	Fully vaccinated (column %)
Total	2641	540	1740	2941	641	4189
Gender						
Female	1480 (56%)	280 (52%)	871 (50%)	1517 (52%)	313 (49%)	2106 (50%)
Male	1161 (44%)	260 (48%)	869 (50%)	1379 (47%)	320 (50%)	2026 (48%)
Unknown/ other	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	45 (2%)	8 (1%)	57 (1%)
Age group						
12-17	1005 (38%)	174 (32%)	45 (3%)	903 (31%)	172 (27%)	127 (3%)
18-29	823 (31%)	229 (42%)	549 (32%)	718 (24%)	216 (34%)	673 (16%)
30-49	616 (23%)	101 (19%)	438 (25%)	910 (31%)	176 (27%)	1460 (35%)
50-74	183 (7%)	33 (6%)	631 (36%)	383 (13%)	77 (12%)	1841 (44%)
75+	14 (1%)	3 (1%)	77 (4%)	27 (1%)	0 (0%)	88 (2%)
Vaccine received						
Comirnaty	NA	483 (89%)	963 (55%)	NA	505 (79%)	2544 (61%)
Spikevax	NA	43 (8%)	87 (5%)	NA	53 (8%)	389 (9%)
Vaxzevria	NA	14 (3%)	273 (16%)	NA	4 (1%)	350 (8%)
Janssen	NA	NA	417 (24%)	NA	NA	420 (10%)
Unknown	NA	0 (0%)	0 (0%)	NA	78 (12%)	486 (12%)
Household composition						
Two adults without children	825 (31%)	165 (31%)	977 (56%)	634 (22%)	160 (25%)	1173 (28%)
Two adults with child(ren)	723 (27%)	153 (28%)	273 (16%)	900 (31%)	184 (29%)	1041 (25%)
Single adult with child(ren)	573 (22%)	78 (14%)	83 (5%)	496 (17%)	79 (12%)	309 (7%)
Other	520 (20%)	144 (27%)	407 (23%)	911 (31%)	218 (34%)	1666 (40%)
Month of notification of index case						

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2021.10.14.21264959; this version posted October 14, 2021. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity. It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

aug	1410 (53%)	429 (79%)	916 (53%)	1542 (52%)	486 (76%)	2178 (52%)
sep	1231 (47%)	111 (21%)	824 (47%)	1399 (48%)	155 (24%)	2011 (48%)

Table 2. Vaccination status of contacts relative to vaccination status of index cases

Vaccination status contact	Unvaccinated index, (column %)	Partly vaccinated index, (column %)	Fully vaccinated index, (column %)
Unvaccinated	2517 (59.1)	121 (13.3)	303 (11.6)
Partly vaccinated	235 (5.5)	177 (19.4)	229 (8.8)
Fully vaccinated	1505 (35.4)	614 (67.3)	2070 (79.6)

Table 3. Secondary attack rate of SARS-CoV-2 infection by vaccination status of the index case (≥ 12 years), crude vaccine effectiveness against transmission (VET) and VET adjusted for age group of the index case and contact and week of notification date of the index case.

Analysis	Unvaccinated index - infected contacts / all contacts (SAR)	Partly vaccinated index - infected contacts / all contacts (SAR)	Partly vaccinated index - crude VET (%)(95% CI)	Partly vaccinated index - adjusted VET (%)(95% CI)	Fully vaccinated index - infected contacts / all contacts (SAR)	Fully vaccinated index - crude VET (%)(95% CI)	Fully vaccinated index - adjusted VET (%)(95% CI)
Unvaccinated household contacts	547/2517 (22%)	21/121 (17%)	28 (-18;56)	38 (-2;62)	38/303 (13%)	50 (28;65)	63 (46;75)
Fully vaccinated household contacts	164/1505 (11%)	37/614 (6%)	46 (22;63)	46 (20;63)	256/2070 (12%)	-16 (-44;6)	40 (20;54)

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2021.10.14.21264959; this version posted October 14, 2021. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity. It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2021.10.14.21264959; this version posted October 14, 2021. The copyright holder for this preprint
(which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

Table 3 shows a lower crude SAR among unvaccinated household contacts for vaccinated index cases compared to unvaccinated index cases (13% vs. 22%) and a corresponding adjusted vaccine effectiveness of 63% (95%CI 46-75%) against transmission. Among fully vaccinated household contacts, the crude SAR was similar for fully vaccinated index cases compared to unvaccinated index cases (11% vs. 12%), but this was confounded by age of the index – both SAR and proportion of vaccinated index cases are higher in the oldest age groups (Supplementary Table S1). After adjustment, the effectiveness of full vaccination of the index case was 40% (95%CI 20-54%).

We previously found a higher VET to unvaccinated household contacts during the Alpha period (73% (95%CI 65-79))[1]. The secondary attack rate among unvaccinated contacts (22%) is also lower compared to the Alpha period (31%). Possibly, this is a result of increased prevalence of infection-induced immunity. In the beginning of August, around 20% of Dutch blood donors had infection-induced immunity [6]. Also, a larger share of index cases were of a younger age (below 30) compared to our Alpha period analysis, and SARs were lower for younger index cases (Supplementary Table S1). Our data does not contain information about negative tests. Therefore it is uncertain whether contacts tested negative or did not test at all. Even though both vaccinated and unvaccinated household contacts are advised to test at day 5 and in case of symptoms, we cannot preclude the possibility that testing rates among household contacts became lower, leading to an underestimation of the SAR. Differences in testing behavior between contacts of vaccinated and unvaccinated index cases could bias our VET estimates. During the study period, most Dutch adults had had the opportunity to receive vaccination, the coverage for 12 to 17-year-olds was still increasing during this period. The current vaccinated and unvaccinated populations are likely different in multiple aspects, such as risk behavior, willingness to test and adherence to quarantine. These aspects might bias out VET estimates in both directions: while the perceived risk of infection might be lower in vaccinated people due to their vaccination status, the perceived risk of infection among current unvaccinated populations could also be low due to personal beliefs. A lower risk perception for both groups may have resulted in decreased testing rates. Daily testing numbers averaged around 60,000 in spring 2021 whilst in August and September this averaged around 20,000, which is also likely influenced by the increasing use of at-home rapid antigen tests [7]. Further, as Table 2 shows, vaccinated and unvaccinated people are highly clustered within households. This reduces the power of our analysis.

It is known from literature that the Delta variant is more transmissible than Alpha, therefore a reduced VET for Delta compared to Alpha is not unexpected [8]. A recent study from the United Kingdom reported reduced transmission for vaccinated index cases, with aOR estimates in line with our VET estimates for both Alpha and Delta [9]. This study found that VET waned over time since vaccination of the index case. We explored whether such waning is also visible in our data (Supplementary Table S2). VET estimates are indeed lower when the index reached full vaccination status 60 or more days ago. However, our data does not allow detailed analysis of VET waning due to small numbers and strong correlation with age and time since vaccination of the household contacts. If VET indeed wanes over time, the lower VET for Delta compared to Alpha might be (partly) due to longer time since vaccination rather than the variant itself.

Our results indicate that vaccination confers protection against onward transmission from vaccinated index cases, albeit somewhat less for Delta than for Alpha. Vaccine effectiveness against transmission to unvaccinated household contacts is stronger than to vaccinated household contacts, with the latter already largely protected from infection, and especially from severe disease, by their own vaccine-induced immunity, but differences in risk behavior may also play a role. Possible waning of vaccine effectiveness against infection and against onward transmission could result in increases

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2021.10.14.21264959; this version posted October 14, 2021. The copyright holder for this preprint
(which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

in SARS-CoV-2 circulation among populations with high vaccine coverage. As full vaccination remains highly effective in preventing severe disease, also for Delta, a high vaccination coverage remains the key to control the COVID-19 pandemic [10].

Funding

This work was funded by the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sports.

Acknowledgments

The authors would like to thank all source and contact tracing personnel at the 25 Municipal Health Services (GGDen) who have been invaluable for control and surveillance of the COVID-19 epidemic in the Netherlands, and who collected these important data.

Members of the RIVM COVID-19 surveillance and epidemiology team

Agnetha Hofhuis, Anne Teirlinck, Alies van Lier, Bronke Boudewijns, Miek de Dreu, Anne-Wil Valk, Femke Jongenotter, Carolien Verstraten, Gert Broekhaar, Guido Willekens, Irene Veldhuijzen, Jan Polman, Jan van de Kassteele, Jeroen Alblas, Janneke van Heereveld, Janneke Heijne, Kirsten Bulsink, Lieke Wielders, Liselotte van Asten, Liz Jenniskens, Loes Soetens, Maarten Mulder, Maarten Schipper, Marit de Lange, Naomi Smorenburg, Nienke Neppelenbroek, Patrick van den Berg, Priscila de Oliveira Bressane Lima, Rolina van Gaalen, Sara Wijburg, Shahabeh Abbas Zadeh Siméon de Bruijn, Senna van Iersel, Stijn Andeweg, Sjoerd Wierenga, Susan Lanooij, Sylvia Keijser, Tara Smit, Don Klinkenberg, Jantien Backer, Pieter de Boer, Scott McDonald, Amber Maxwell, Annabel Niessen, Brechje de Gier, Danytza Berry, Daphne van Wees, Dimphey van Meijeren, Eric R.A. Vos, Frederika Dijkstra, Jeanet Kemmeren, Kylie Ainslie, Marit Middeldorp, Marjolein Kooijman, Mirjam Knol, Timor Faber, Albert Jan van Hoek, Eveline Geubbels, Birgit van Benthem, Hester de Melker, Jacco Wallinga, Rianne van Gageldonk-Lafeber, Susan Hahné, Susan van den Hof

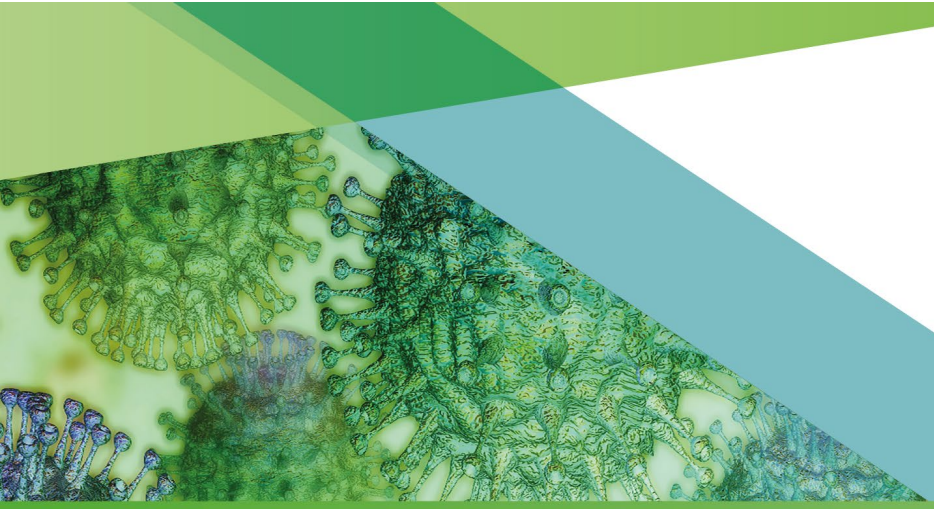
References

1. de Gier B, Andeweg S, Joosten R, Ter Schegget R, Smorenburg N, van de Kassteele J, et al. Vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 transmission and infections among household and other close contacts of confirmed cases, the Netherlands, February to May 2021. Euro Surveill. 2021;26(31).
2. Netherlands to take big step in relaxing measures: almost everything allowed with 1.5-metre distancing: Government of the Netherlands; 2021 [Available from: https://www.government.nl/latest/news/2021/06/18/netherlands-to-take-big-step-in-relaxing-measures-almost-everything-allowed-with-1-5-metre-distancing.]
3. Coronavirus variants: Dutch government; 2021 [Available from: https://coronadashboard.government.nl/landelijk/varianten.]
4. Netherlands to reopen further with coronavirus entry passes: Government of the Netherlands; 2021 [Available from: https://www.government.nl/latest/news/2021/09/14/netherlands-to-reopen-further-with-coronavirus-entry-passes.]
5. Figures on the COVID-19 vaccination programme: RIVM; 2021 [Available from: https://www.rivm.nl/en/covid-19-vaccination/figures-vaccination-programme.]
6. Antistoffen bij 95% van donors [in Dutch]: Sanquin bloodbank; 2021 [Available from: https://www.sanquin.nl/over-sanquin/nieuws/2021/08/antistoffen-bij-95-van-donors.]
7. Number of confirmed cases: Government of the Netherlands; 2021 [Available from: https://coronadashboard.government.nl/landelijk/positief-geteste-mensen.]

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2021.10.14.21264959; this version posted October 14, 2021. The copyright holder for this preprint
(which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

8. Liu H, Zhang J, Cai J, Deng X, Peng C, Chen X, et al. Herd immunity induced by COVID-19 vaccination programs and suppression of epidemics caused by the SARS-CoV-2 Delta variant in China. medRxiv. 2021:2021.07.23.21261013.
9. Eyre DW, Taylor D, Purver M, Chapman D, Fowler T, Pouwels KB, et al. The impact of SARS-CoV-2 vaccination on Alpha & Delta variant transmission. medRxiv. 2021:2021.09.28.21264260.
10. Krause PR, Fleming TR, Peto R, Longini IM, Figueroa JP, Sterne JAC, et al. Considerations in boosting COVID-19 vaccine immune responses. Lancet. 2021.

Productie 24



TECHNICAL REPORT

Interim public health considerations for the provision of additional COVID-19 vaccine doses

1 September 2021

Key messages

- **Providing all eligible individuals** with the recommended dose regimen should remain the current priority for COVID-19 vaccination programmes in the European Union/European Economic Area (EU/EEA).
- It is important to **distinguish between 'booster' doses for people who responded adequately to primary vaccination and additional doses for those with weakened immune systems who did not respond adequately**. Booster doses are given to vaccinated people (i.e. those who have completed a primary series of COVID-19 vaccination) to restore protection after it would have waned. On the other hand, additional doses as part of a primary vaccination series may be given to people with severely weakened immune systems, as they may not achieve an adequate level of protection from the standard primary vaccination.
- When assessing the need for possible booster doses of COVID-19 vaccine from the public health perspective, it is important to keep in mind the main objective of the vaccination strategy (i.e. preventing severe cases of COVID-19). **Vaccine effectiveness against severe disease** should preferably be chosen as the **primary outcome of interest** for assessing whether there is a clear need for a booster dose in specific groups.
- The available evidence at this time regarding 'real world' vaccine effectiveness and the duration of protection shows that all vaccines authorised in the EU/EEA are currently highly protective against COVID-19-related hospitalisation, severe disease and death, suggesting there is **no urgent need for the administration of booster doses of vaccines to fully vaccinated individuals in the general population**.
- The option of administering an **additional vaccine dose to people who may experience a limited response to the primary series of COVID-19 vaccination, such as some categories of immunocompromised individuals** (e.g. solid organ transplant recipients), **should already be considered now**. This is to be seen as an extension of the primary vaccination series for these specific groups, and not as a booster. Consideration could also be given to providing an additional dose as a precautionary measure to older frail individuals, in particular those living in closed settings (e.g. residents of long-term care facilities).
- Full **vaccination** against COVID-19 **of all** eligible family contacts and **close contacts**, including professionals providing care, **of immunocompromised and vulnerable individuals should also be considered.**
- **Close monitoring of vaccine effectiveness data and breakthrough infections**, particularly among vulnerable groups at risk of severe COVID-19 and among those living in closed settings, **should be continued, and decisions adapted accordingly**, **should a substantial decrease in effectiveness be noted in one or more population groups.**

Suggested citation: European Centre for Disease Prevention and Control. Interim public health considerations for the provision of additional COVID-19 vaccine doses, 1 September 2021. ECDC: Stockholm; 2021.

© European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm, 2021

- When in contact with individuals at risk of severe disease, physical distancing (when applicable), the wearing of face masks (especially when physical distancing cannot be kept), and hand and respiratory hygiene remain pivotal measures for reducing the risk of SARS-CoV-2 transmission. These **non-pharmaceutical interventions should always complement vaccination, in particular in high-risk settings** such as long-term care facilities or hospital wards with patients at risk of severe COVID-19.
- **More solid data are needed to inform future policies on booster doses.** Knowledge gaps are particularly related to the appropriate correlate of protection to consider for the different population groups and the time from primary vaccination series until a booster dose should be given, and duration of immunity according to e.g. different age and risk groups, vaccine product, dosing interval, variant of concern (VOC), and homologous/heterologous schedule. Prospective vaccine effectiveness studies, as well as surveillance of breakthrough infections in the general population and in specific groups, are needed to answer these questions.
- **The benefits and risks of possible booster doses need to be clearly outlined and compared.** Benefits may include increased protection against severe disease, mild-to-moderate disease, post COVID-19 condition (often called 'long COVID'), SARS-CoV-2 infection, and virus transmission. Risks include possible safety concerns and public health implications (e.g. impact on vaccine confidence and uptake, global availability of vaccines).
- **Communication** about possible additional vaccine doses **should be carefully considered and delivered in a transparent, proactive, and clear way to avoid affecting vaccine confidence**. The distinction between strengthening the response to primary vaccination series, for example in immunocompromised individuals, and boosters for waning immune response or vaccine escape, should be clearly made.
- In the context of many countries outside of the EU/EEA still struggling to receive and administer enough vaccine doses to their populations, **special consideration should be given to the current global shortage of COVID-19 vaccines, which could be further worsened by the administration of booster COVID-19 vaccine doses for the general population in EU/EEA countries.**

Contents

Background and rationale 3
Scope of this document 3
Epidemiological situation 3
Vaccine effectiveness: update of the evidence 9
Vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 infection by severity (mild/moderate disease, severe disease, hospitalisation, death) and variants of concern 9
Vaccine effectiveness against infection, symptomatic infection, severe disease and hospitalisation caused by the Delta VOC 10
Vaccine effectiveness against symptomatic infection by risk group (residents of long-term care facilities, older adults, immunocompromised individuals) 12
Duration of protection: update of the evidence 16
Duration of protective immunity following primary vaccination 16
Duration of immunity following natural infection 17
Current recommendations regarding additional COVID-19 vaccine doses in the EU/EEA and beyond 19
Public health considerations when assessing the need for additional doses of COVID-19 vaccines 23
Final considerations 26
Knowledge gaps 27
Contributing and consulted experts 27
Disclaimer 27
References 28
Annex. Characteristics of the other four variants designated as VOCs by ECDC 38

Background and rationale

The emergence of the SARS-CoV-2 Delta (B.1.617.2) variant of concern (VOC) has caused apprehension due to its increased transmissibility and virulence, combined with some potential partial escape from the protection induced by currently available COVID-19 vaccines.

As a result, the need to administer an additional dose of COVID-19 vaccine to people has been discussed in several European Union (EU)/European Economic Area (EEA) countries, with some considering additional vaccine doses for specific population groups this autumn. This is a complex and dynamic evaluation that needs to take into account several dimensions and potential implications. The assessment of the need for additional doses involves the regulatory authorities, such as the European Medicines Agency (EMA), which assess the balance of risks and benefits to individuals; national immunisation technical advisory groups (NITAGs), which assess, in addition, the population-level impacts and programmatic considerations; and national public health authorities, which are responsible for the vaccination programmes. Currently, COVID-19 vaccines in the EU/EEA are primarily procured through the European Commission's procurement process, with some countries having separate national procurements for nationally authorised vaccines.

There is a need for a continued review of the spread and characteristics of the circulating VOCs and of variants of interest (VOIs), of the evidence of duration of immunity following vaccination and natural infection, and of vaccine effectiveness against symptomatic disease caused by VOCs (e.g., the Delta VOC), to support this complex assessment and better understand potential public health needs for additional vaccine doses and their implications.

Scope of this document

This document aims to provide the target audience with interim public health considerations for the provision of additional COVID-19 vaccine doses. The most recent evidence regarding vaccine effectiveness against symptomatic and asymptomatic infection due to the circulating variants and regarding duration of immunity will be briefly summarised. Considerations around the implementation of additional COVID-19 vaccine doses will also be discussed. This document does not aim to provide recommendations about the administration of additional doses of COVID-19 vaccines but summarises the current evidence and outlines options for consideration by public health authorities.

Target audience

The target audiences for this document are the European Commission, the Health Security Committee (HSC), the EU/EEA National Immunisation Technical Advisory Groups (NITAGs)' collaboration, and national public health institutes and ministries of health in the EU/EEA, as well as public health experts and decision-makers at national and subnational levels.

Epidemiological situation

Epidemiological trends

As of week 33 (ending 22 August 2021), the overall 14-day case notification rate for COVID-19 in the EU/EEA was 204.3 per 100 000 population (country range: 7.0-602.6). This rate has been stable for three weeks, with increasing trends observed in 16 countries. The 14-day case notification rate in people aged 65 years or older for the EU/EEA, based on data reported by 24 countries, was 82.8 per 100 000 population (country range: 6.0-191.9), and this pooled rate has been stable for two weeks. Increasing trends were observed in 15 countries. Overall hospital admissions due to COVID-19 have been stable for four weeks. The intensive care unit (ICU) admission rate for the EU/EEA, based on data reported by 13 countries, was 1.0 per 100 000 (country range: 0.1-2.0) population, and this pooled rate has been stable for two weeks. The 14-day COVID-19 death rate has increased to 9.6 deaths per million population compared with 7.4 deaths the previous week [1].

To date, the highest notification rates have been reported among younger age groups. However, increases in cases in older age groups, as well as increases in COVID-19 hospitalisation indicators, have also been observed in several countries. While milder cases of COVID-19 have also been seen in vaccinated individuals, albeit at a lower extent, the majority of hospitalisations are currently occurring among unvaccinated individuals [2-5].

The high number of reported cases observed in the current weeks is expected to continue given the ongoing increase in the occurrence of the Delta VOC, which has now become dominant in the EU/EEA.

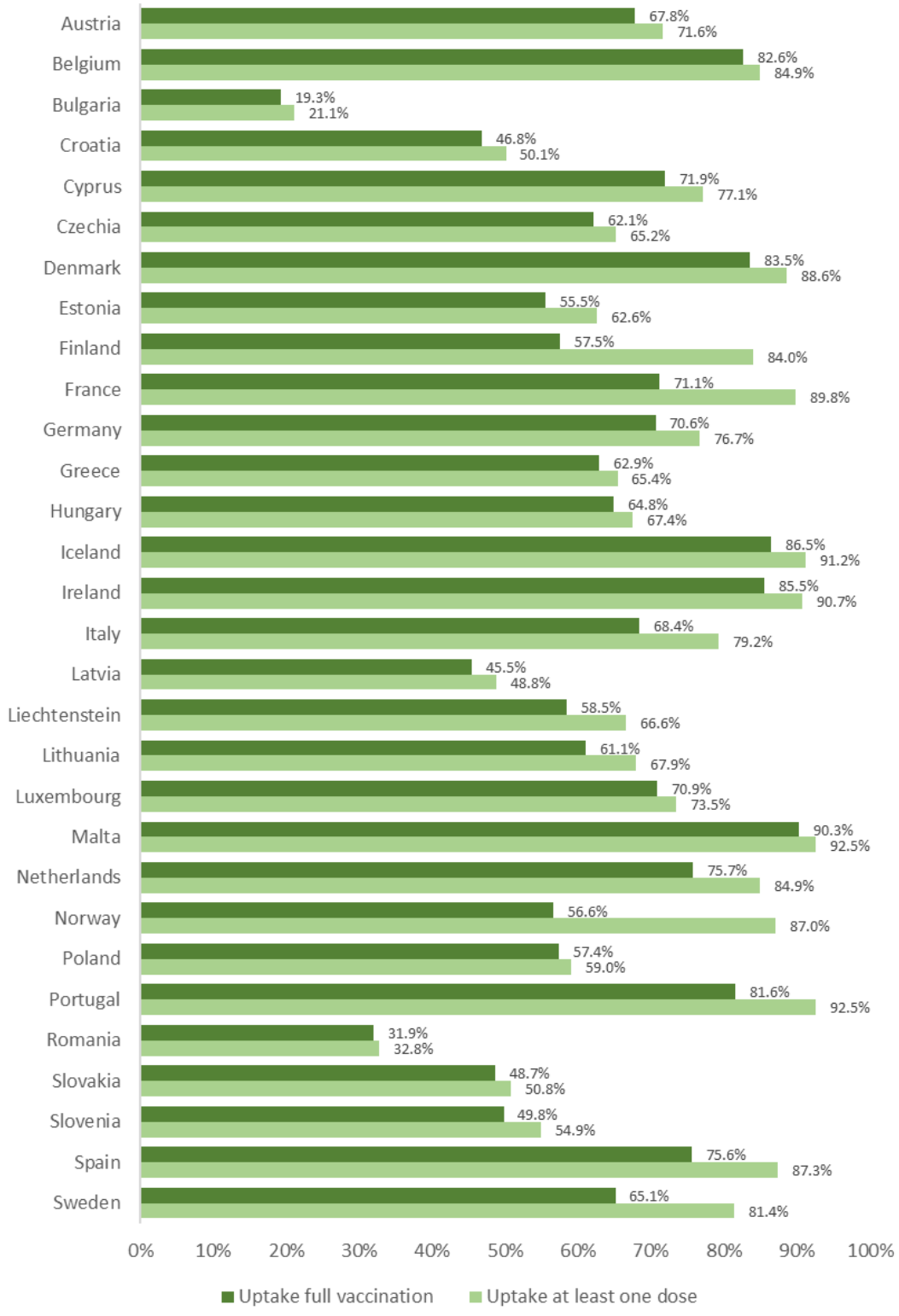
Vaccine roll-out

As of 22 August 2021 (week 33, 2021), over 520 million vaccine doses have been administered in the EU/EEA. Since the start of the COVID-19 vaccine deployment in December 2020, the cumulative vaccine uptake in the adult population (aged 18 years and older) in the EU/EEA has reached 75.6% for at least one vaccine dose (range 21.1-92.5%) and 66.7% for the full vaccination course (range 19.3-90.3%) (30 reporting countries) [6].

The cumulative vaccine uptake is higher in target groups that have been prioritised since the beginning of the vaccine rollout, in particular the elderly and healthcare workers (HCWs). In people aged 80 years and above, the median vaccine uptake among EU/EEA countries is 86.5% (range 19.7-100%) for at least one dose, and 84.8% (range 18.2-100%) for the full vaccination course (27 countries reporting). Fifteen countries have already administered the full vaccination course to more than 80% of the population aged 80 years and above [7]. Nevertheless, the progress in the rollout is unequal across EU/EEA countries (Figure 1), and approximately 38 million people have not yet completed their primary vaccination course.

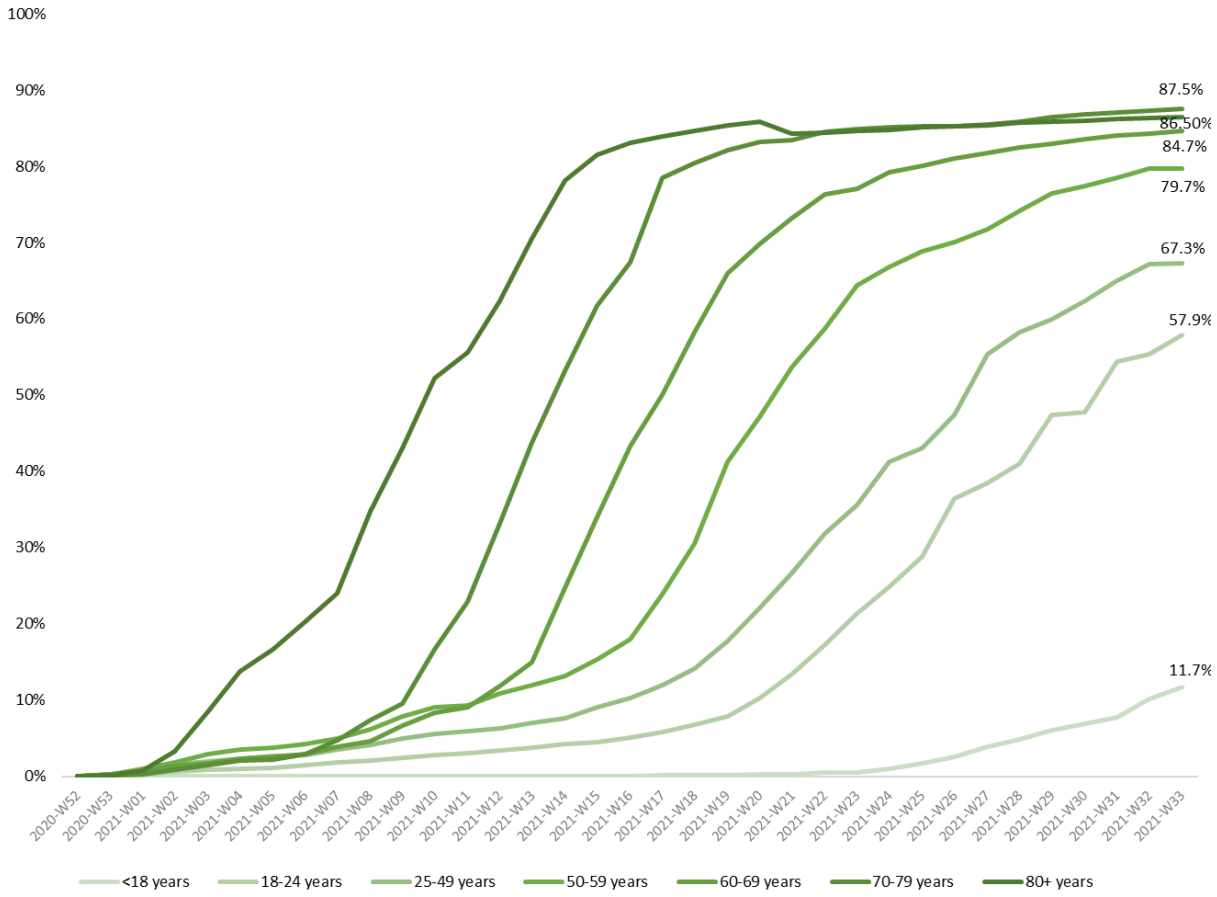
As vaccine uptake has increased in priority groups (the elderly, residents in long-term care facilities, healthcare workers, etc.), countries have progressively expanded the rollout to include younger age groups, in some cases to the entire population including children aged 12 years and above. Figure 2 presents the median weekly cumulative uptake of full vaccination by age group among EU/EEA countries.

Figure 1. Cumulative uptake (%) of at least one vaccine dose and full vaccination among adults (18+ years) in EU/EEA countries



Source: TESSy (data from 30 countries, as of 22 August 2021).

Figure 2. Median cumulative uptake (%) of full vaccination by age group in EU/EEA countries



Source: TESSy (data from 27 countries, as of 22 August 2021).

Distribution of variants of concern and variants of interest

As of 15 August 2021, the following variants are listed as of concern for EU/EEA: B.1.1.7 (Alpha, first detected in the United Kingdom (UK)); B.1.1.7+E484K (first detected in UK); B.1.351 (Beta, first detected in South Africa); P.1 (Gamma, first detected in Brazil); and B.1.617.2 (Delta, first detected in India) [8].

The median (range) of the VOCs reported in all samples sequenced from the 16 EU/EEA countries with sufficient level of sampling and a valid denominator was 96.8% (29.4–99.4%) for Delta, 0.7% (0.3–65.1%) for Alpha, 0.1% (0.0–0.8%) for Gamma, 0.0% (0.0–0.8%) for Beta, and 0.0% (0.0–0.1%) for B.1.1.7+E484K.

The median (range) of the VOIs reported in all samples sequenced in this period for the 16 EU/EEA countries with sufficient level of sampling and a valid denominator was 0.0% (0.0–1.0%) for B.1.621, 0.0% (0.0–0.1%) for B.1.525 (Eta), and 0.0% (0.0–0.0%) for C.37 (Lambda). The Delta VOC is the most common variant in EU/EEA countries, and the proportion is still increasing in the majority of countries. Among the countries that reported an adequate sequencing volume, Delta now accounts for at least 95% of all sequenced viruses in in 11 countries (Austria, Belgium, Denmark, Estonia, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal, Slovenia, Spain, and Sweden). The proportion of Alpha VOC has been decreasing in the majority of EU/EEA countries. Community transmission and outbreaks due to the Beta and the Gamma VOCs are reported, but there is no clear overall increasing trend for these variants according to the available data in the European Surveillance System (TESSy) and the GISAID EpiCoV database. For this reason, Delta is currently by far the most relevant variant to consider when planning for possible additional vaccine doses.

Variant characteristics and evidence for impact on transmissibility, immunity and severity

ECDC regularly assesses new evidence on variants detected through epidemic intelligence, rules-based genomic variant screening, and other scientific sources. Currently, five variants designated as VOCs by ECDC are under

surveillance in the EU/EEA and around the world: Alpha, B.1.1.7+E484K, Beta, Gamma, and Delta VOCs. Another six SARS-CoV-2 variants are considered as VOI by ECDC, and additional variants are being monitored [8].

Variants of concern

For the VOCs, clear evidence is available indicating a significant impact on transmissibility, severity and/or immunity that is likely to have an impact on the epidemiological situation in the EU/EEA, as well as immunity following vaccination and on vaccine effectiveness.

Delta VOC is currently the most common variant in EU/EEA countries and the proportion is still increasing. The spread of the Delta VOC should be considered when planning for possible additional vaccine doses. Additional information on the characteristics of the other VOCs is provided in the Annex.

Delta

The Delta VOC is associated with increased transmissibility and virulence compared to other previous variants [9], causing more severe illness in unvaccinated people. Patients infected with the Delta VOC were more likely to be hospitalised than patients infected with Alpha or non-VOC SARS-CoV-2 lineages [10,11]. A comparison of secondary attack rates (including in households) of the Alpha and the Delta infections showed that the Delta VOC has higher rates of secondary attack compared to Alpha. However, these data were not yet corrected for vaccination status [12]. A recent study from China characterises a transmission chain originating from one individual infected with Delta. The results showed that the viral loads of the Delta VOC infections were on average ~1 000 greater compared to A/B lineage infections during the initial epidemic wave in China in early 2020, suggesting potentially faster viral replication and greater infectiousness. Furthermore, the results showed that the time interval from the exposure to a positive PCR test in the quarantined population was on average about six days in 2020, prior to the emergence of the Delta VOC, while it was four days in the Delta VOC cases in 2021. However, this study is not conclusive, as case numbers for 2021 were small and sampling may have occurred earlier in the course of disease during this outbreak compared to sampling in 2020 [13]. Several studies provide emerging evidence that vaccine effectiveness against infection with the Delta VOC is reduced compared to infection with Alpha VOC. Vaccine effectiveness against severe, critical or fatal disease still remains high after full vaccination [10,14]. However, vaccine breakthrough infections can occur, and preliminary evidence suggests that fully vaccinated people becoming infected with the Delta VOC can have high viral loads, although declining more rapidly than in unvaccinated individuals [15].

Variants of interest

For VOIs, evidence is available on genomic properties, epidemiological evidence or in-vitro evidence that could imply a significant impact on transmissibility, severity and/or immunity, realistically having an impact on the epidemiological situation in the EU/EEA. However, the evidence is still preliminary or is associated with major uncertainty.

Recently, several outbreaks caused by the two, VOIs Lambda and B.1.621, were reported in the EU/EEA. Evidence indicating an impact of these variants on immunity following vaccination and on vaccine effectiveness is increasing.

Lambda

The Lambda variant was first detected in Peru and classified as a VOI based on its high circulation rates in South American countries and the presence of critical mutations in the receptor binding domain of the spike protein. These mutations may contribute to its increased transmissibility and could result in susceptibility to re-infection or a reduction in protection provided by current vaccines [8]. In a study performed in Chile, researchers used plasma samples from healthcare workers who received a two-dose scheme of the inactivated virus vaccine CoronaVac and performed a pseudotyped virus neutralisation assay. The results showed that neutralisation was decreased by 3.05-fold for the Lambda VOI compared to the wild type (lineage A). Based on these results, the authors suggest an increased infectivity for the Lambda VOI and immune escape from neutralising antibodies elicited by CoronaVac [16]. Similar results were presented in another study in which the authors demonstrated a higher infectivity with viral vectors pseudotyped with the Lambda spike protein. Furthermore, the authors showed that the virus was neutralised with a 2.3-3.3-fold decrease by convalescent sera and mRNA-vaccine-elicited antibodies. However, the virus was neutralised well by a therapeutic monoclonal antibody cocktail [17]. The findings of increased transmissibility and/or reduced neutralisation of Lambda by vaccine-induced antisera were confirmed by other *in vitro* studies from Japan and the United States (US) [18,19]. Of note, all these studies were published as preprints and need to be interpreted with caution.

B.1.621

The B.1.621 variant was first identified in Colombia and is currently listed as a VOI by ECDC and WHO [8,20]. No WHO label is currently assigned for this VOI. B.1.621 was detected in several countries in South and Central America, the US, but also in several European countries (Austria, Belgium, Denmark, Finland, France, Germany, Ireland, Italy, Luxembourg, Portugal, Spain, the Netherlands, the UK, etc.) [21,22]. Genomic and evolutionary characterisation of B.1.621 shows several substitutions in the spike protein [21], among them the mutations R346K, E484K, and P681H, which have been reported to show reduced neutralisation by antibodies [23-25]. Scientific studies describing the characteristics of B.1.621 are limited, but preliminary pseudovirus neutralisation

data from the UK indicate that sera from vaccinees show decreased ability to neutralise the B.1.621 VOI compared to the first wave virus and the Alpha VOC, with a magnitude of change similar to the Beta VOC. Furthermore, sera from individuals who have been infected with the Delta VOC do not have strong neutralising activity against either the Beta VOC or the B.1.621 VOI [22]. In a study investigating a cluster of B.1.621 VOI infections in Italy, the virus was isolated from a patient sample to perform a neutralisation assay with human sera collected from 37 individuals between 10 and 20 days after the administration of the second dose of Comirnaty. All sera efficiently neutralised the B.1.621 VOI isolate, suggesting that this VOI is not a concern for vaccine efficacy [26]. The data have to be interpreted with caution, as case numbers were small and further studies are needed.

Vaccine effectiveness: update of the evidence

Vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 infection by severity (mild/moderate disease, severe disease, hospitalisation, death) and variants of concern

The overview of COVID-19 vaccine effectiveness in this section of the report is largely based on:

- A living systematic review of COVID-19 vaccine effectiveness studies conducted by the International Vaccine Access Center at John Hopkins Bloomberg School of Public Health and the WHO [27,28]. Results from relevant observational studies are published on a weekly basis [29], including forest plots by vaccine product, disease outcome, and VOC [30], with the latest update provided on 12 August 2021.
- The McMaster University Health Forum COVID-END Evidence Network to support Decision-making living evidence synthesis on efficacy and effectiveness of available COVID-19 vaccines for variants of concern #6 version 15: 11 August 2021 [31].
- ECDC has also analysed evidence of vaccine effectiveness comparing partial vaccination to full vaccination in a recently published technical report [32].

Based on the evidence from the above sources, overall, vaccine effectiveness from EU-authorised vaccines, including Comirnaty, Spikevax and Vaxzevria, show strong protection against symptomatic disease, severe disease, hospitalisation and death following a full vaccination course in the general population, in residents of long-term care facilities (LTCFs) and in older adults. The majority of studies were conducted on the wild-type SARS-CoV-2 or when the Alpha VOC was the predominant variant in circulation. The evidence shows that full vaccination with COVID-19 vaccines is effective against SARS-CoV-2 infection caused by wild-type SARS-CoV-2 in the general population, with vaccine effectiveness estimates in general ranging between 80 to 90% [33]. The vaccines have been shown to have lowered effectiveness against infection by the Beta VOC but have remained effective against infection by the Alpha VOC. In studies from various countries, there is some emerging evidence of reduced effectiveness against infection and mild-to-moderate disease with the Delta VOC compared to the Alpha VOC, however effectiveness against severe disease and death seems to be maintained at a high level for the moment.

General population

Twenty-three studies from a range of different countries and vaccines, included in the living systematic review of vaccine effectiveness, reported mean vaccine effectiveness estimates against symptomatic disease after complete vaccination (≥7 days post final dose) that ranged from approximately 82 to 97% for Comirnaty; 89 to 99% for Spikevax and 78% for Vaxzevria. Vaccine effectiveness estimates from seven studies against severe disease after complete vaccination (≥7 days post final dose) ranged from approximately 92 to 100% for Comirnaty and 90 to 96% for Spikevax. Vaccine effectiveness estimates from 25 studies against hospitalisation after complete vaccination (≥7 days post final dose) ranged from approximately 87 to 99% for Comirnaty; 90 to 91% for Spikevax; 89 to 100% for pooled analysis of mRNA vaccine data (Comirnaty and Spikevax) and 95% for pooled analysis of Comirnaty, Spikevax and Vaxzevria. Vaccine effectiveness estimates against death from nine studies after complete vaccination (≥7 days post final dose) ranged from approximately 91 to 98% for Comirnaty and 99 to 100% for pooled analysis of mRNA vaccine data (Comirnaty and Spikevax) [30].

These studies covered vaccine effectiveness data for different VOC and were carried out at different time points in different contexts.

Studies with variant-specific estimates

Beta VOC

A test-negative case control study from Qatar showed vaccine effectiveness estimates against severe, critical or fatal disease caused by the Beta VOC in the general population estimated at 100% (74-100) [34].

Alpha VOC

Studies assessing vaccine effectiveness following complete vaccination against symptomatic infection caused by the Alpha VOC in the general adult population from Canada [35] and the UK [36] show estimates ranging from 89 to 94% for Comirnaty, approximately 92% for Spikevax, and 75% for Vaxzevria.

Vaccine effectiveness estimates against severe disease or hospitalisation caused by the Alpha VOC from studies conducted in the general population in Qatar [34] measuring severe/fatal disease, in Canada [35] on hospitalisation or death, in the UK [37] and the US [38] on hospitalisation, range from approximately 95 to 100% following two doses of Comirnaty, 94% for Spikevax, 86% for Vaxzevria, and 92.8% from pooled analysis from mRNA vaccines data (Comirnaty and Spikevax).

Vaccine effectiveness against infection, symptomatic infection, severe disease and hospitalisation caused by the Delta VOC

With the increasing spread of the Delta VOC which is fast becoming the dominant variant in most EU/EEA countries, studies on vaccine effectiveness against the Delta VOC are crucial to determine the potential need for booster doses. There are continuously emerging data on the level of protection that full vaccination with the COVID-19 vaccines provide against infection, symptomatic infection, severe disease, and hospitalisation due to the Delta VOC.

Studies of Delta VOC: specific estimates

A test-negative case-control study conducted by Sheik et al. in the general population in Scotland between 1 April and 6 June 2021 showed that the effect of the full vaccination course of Comirnaty or Vaxzevria on infection with the Alpha VOC appeared to be higher when compared to the Delta VOC. They showed 92% (95% CI: 90-93) protection following two doses of Comirnaty against the Alpha VOC compared to 79% (95% CI: 75-82) against the Delta VOC and 73% protection (95% CI: 66-78) against the Alpha VOC, and 60% (95% CI: 53-66) against the Delta VOC following two doses of Vaxzevria [10].

A test-negative case control study from Qatar in those over 12 years old assessed the effectiveness of Comirnaty and Spikevax against infection with the Delta VOC, with 2 175 cases with confirmed Delta VOC infection and matched controls. They found that vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 infection, symptomatic or asymptomatic, was 64.2% (95% CI: 38.1-80.1) following ≥14 days after the first dose, but only 53.5% (95% CI: 43.9-61.4) following ≥14 days after the second dose of Comirnaty. In comparison, effectiveness estimates following ≥14 days of one dose of Spikevax were 79% (95% CI: 58.9-90.1) and 84.8% following two doses. Effectiveness against severe, critical, or fatal disease due to the Delta VOC remained high at 89.7% (95% CI: 61-98.1) following the second dose with Comirnaty, and 100.0% (95% CI: 41.2-100.0) for Spikevax. In earlier studies in the same population in Qatar, vaccine effectiveness following two doses of Comirnaty against the Alpha VOC was estimated at 89.5%. The authors suggest that this may reflect some waning of Comirnaty protection over time, it may be the normalisation of behaviour of those that are fully vaccinated, or it could be related to immune escape by the Delta VOC [14].

A test-negative case control study in Ontario, Canada, with 421 073 participants from the general population found 87% (95% CI: 64-95) vaccine effectiveness against symptomatic disease from the Delta VOC following complete vaccination (≥7 days post final dose) with Comirnaty and 78% (95% CI: 65-86) effectiveness against hospitalisation due to the Delta VOC after two doses of Comirnaty (≥7 days post final dose) [35].

A test-negative case-control study from England in the general population with 19,109 cases and 171 834 controls found estimates of vaccine effectiveness against symptomatic disease caused by the Delta VOC of 88.0% (95% CI: 85.3-90.1) following two doses of Comirnaty and 67.0% (95% CI: 61.3-71.8) effectiveness following two doses with Vaxzevria [36].

There is evidence of high vaccine effectiveness against hospitalisation caused by the Delta VOC from a test-negative case-control study in England in patients seeking emergency care services with subsequent hospitalisation, which found 96% (95% CI: 86-99) effectiveness following two doses of Comirnaty (≥ 14 days post final dose) and 92% (95% CI: 75-97) following two doses of Vaxzevria (14+ days post final dose). These vaccine effectiveness estimates are similar to the estimates found against hospitalisation caused by the Alpha VOC [37].

A study from England using the REal-time Assessment of Community Transmission-1 (REACT-1) analysed prevalence trends and their drivers using RT-PCR swab-positivity data from round 12 (between 20 May and 7 June 2021) and round 13 (between 24 June and 12 July 2021) estimated vaccine effectiveness against infection based on self-reported vaccine status. They found estimated vaccine effectiveness against infection in round 12 of 64% (95% CI: 11-85) and against symptomatic infection as 83% (95% CI: 19-97) compared to an estimated effectiveness against infection of 49% (95% CI: 22-67) and against symptomatic infection of 59% (95% CI: 23-78) in round 13 (estimates were not provided by vaccine product) [39].

A study based on a large community-based survey of randomly selected households across the UK found that full vaccination with either Comirnaty or Vaxzevria was still effective against new infections from the Delta VOC, with vaccine effectiveness of 80% (95% CI: 77-83) and 67% (95% CI: 62-71), respectively, but effectiveness was reduced compared to the Alpha VOC. They found that a single dose of Spikevax has similar or greater effectiveness against the Delta VOC as single doses of Comirnaty and Vaxzevria. The results also suggest that the effectiveness of two doses of Comirnaty declines faster compared with two doses of Vaxzevria, but after four or five months the effectiveness of the two vaccines would be similar, although the long-term effects would need to be studied further. The authors also found that two doses of either Comirnaty or Vaxzevria provided as least the same level of protection against infection as previous natural COVID-19 infection and that people who had been vaccinated after natural infection had even more protection against laboratory-confirmed infection than vaccinated individuals who had not been naturally infected before [40].

Studies from the period when Delta VOC was predominant

In a retrospective cohort study in 77 607 adults in Minnesota, US comparing effectiveness of Comirnaty to Spikevax from January to July 2021 during which either the Alpha or Delta VOCs was highly prevalent (with the Delta VOC prevalence increasing from 0.7% in May to over 70% in July), the authors found high vaccine effectiveness of both vaccines against hospitalisations: Spikevax 91.6% (95% CI: 81-97) compared to Comirnaty 85% (95% CI: 73-93) [41]. The study found, however that in July the effectiveness against infection was substantially lower for Spikevax at 76% (95% CI: 58-87) and even lower for Comirnaty at 42% (95% CI: 13-62). The study found that individuals vaccinated with Spikevax were about half as likely to experience breakthrough infections as individuals vaccinated with Comirnaty [41].

A study by Rosenberg et al. in New York, US, using state-wide immunisation, laboratory testing, and hospitalisation databases looked at rates of new laboratory-confirmed COVID-19 cases and hospitalisations by vaccination status among those who received the Comirnaty, Spikevax or Vaxzevria vaccines. During the period from 3 May to 25 July 2021, the vaccine effectiveness against new COVID-19 cases declined from 91.7% to 79.8%; yet the vaccine effectiveness against hospitalisation remained quite stable, ranging from 91.9% to 95.3%. The noted decline in vaccine effectiveness against new COVID-19 cases coincides with an increase from <2% to >80% of the Delta VOC in the US region and relaxation of NPIs [3].

A study from the US, with 21 hospitals in 18 states, evaluated the duration of mRNA vaccine (Comirnaty and Spikevax) effectiveness in individuals aged ≥18 years against hospitalisation from COVID-19 during 11 March - 14 July 2021. Effectiveness against hospitalisation from COVID-19, including groups at higher risk for severe COVID-19, was sustained over the surveillance period, at 86% (95% CI: 82-88) overall. The sustained vaccine effectiveness estimates were unchanging among subgroups at highest risk for severe outcomes from COVID-19, including older adults, adults with three or more chronic medical conditions, and those with immunocompromising conditions (although vaccine effectiveness was lower for those with immunocompromised conditions (63% (95% CI: 44-76) compared to those without immunocompromising conditions (90% (95% CI: 87-92)) but was sustained over time in both populations). The Delta VOC-specific vaccine effectiveness was not assessed in the study but the authors state that estimates were similar during June-July when there was higher circulation of the Delta VOC compared with March-May when Alpha was the predominant VOC [42].

The Danish public health institute has published an official communication of an analysis of data from 2,000 breakthrough infections between 1 March to 3 August 2021 including the period when the Delta VOC has become predominant in Denmark. They found a high vaccine effectiveness against infection due to the Delta VOC following two doses (14 days post second dose) of Comirnaty (78.8% (95% CI: 77.2-80.4), Spikevax (88.1% (95% CI: 83.6-91.4). However, the vaccine effectiveness estimates were slightly lower than against the Alpha VOC. They also found high vaccine effectiveness against hospitalisations due to the Delta VOC of 85.6% (95% CI: 80.4-89.5) and 97.0% (95% CI: 78.8-99.6), respectively for Comirnaty and Spikevax, although the majority of patients hospitalised during the period when Delta VOC was dominant were much younger than during the period when Alpha variant was dominant [43].

A study from Israel used the Israel Central Bureau of Statistics and the Ministry of Health database of all residents of the country who became fully vaccinated before 1 June 2021 (n=9 395 923) (unvaccinated, vaccinated and previously infected individuals) to estimate vaccine effectiveness of full vaccination from Comirnaty (seven days post second dose) against documented SARS-CoV-2 infection and severe COVID-19 in different age groups, adjusted for week of infection, past PCR testing, demographic group, and sex. They estimated that the vaccine effectiveness against infection for people aged 60 years or older decreases from 73% (95% CI: 66-78) for those who became fully vaccinated in the second half of March to 57% (95% CI: 52-62) for those who became fully vaccinated during the second half of January. A similar decrease in vaccine protection is shown for the other age groups. There was also a decrease in the protection of the Comirnaty against severe disease for the 60+ age group from 91% (95% CI: 85-95) to 86% (95% CI: 82-90) between those vaccinated four months before the study to those vaccinated six months before the study. For the age group 40-59 years, the corresponding vaccine effectiveness was decreased from 98% (95% CI: 94-99) to 94% (95% CI: 87-97). The study authors point out that data on unvaccinated individuals were not directly available and some individuals who were not vaccinated may differ in important characteristics, which could result in biased estimates. In addition, the vaccination policies in Israel differ to other countries, as Israel used only one vaccine (Comirnaty) and had a three-week interval between the two doses. The current analysis also used data from July 2021, a time when, for the majority of the Israeli population, at least five months passed from the second dose to the outbreak of the Delta variant. The study authors conclude that the vaccine seems to be highly effective even after six months compared to the unvaccinated population, but its effectiveness is significantly lower than it was closer to the vaccination date [44].

Vaccine effectiveness against symptomatic infection by risk group (residents of long-term care facilities, older adults, immunocompromised individuals)

Residents of long-term care facilities

Studies from Denmark, France, Spain and the UK on vaccine effectiveness following a full vaccination course in residents of LTCFs when wild-type or the Alpha VOC was predominant show that COVID-19 vaccines were protecting against symptomatic infection, in particular there was evidence of high vaccine effectiveness against severe disease in this risk group, although slightly lower when compared with estimates from the general population [45]. Estimates ranged from approximately 75 to 97% effectiveness against hospitalisations following two doses of Comirnaty [48,49], with 88% for pooled analysis for mRNA vaccine data (Comirnaty and Spikevax) [48] and 89 to 98% effectiveness against death following two doses of Comirnaty (≥7 days post final dose) [48,49] with 97% with pooled analysis from Comirnaty and Spikevax [48]. Estimates from studies on vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 infection in LTCF residents ranged from 53 to 66% following full vaccination with Comirnaty and 71 to 81% following full vaccination with Comirnaty or Spikevax [48,50-53].

Beta VOC

A retrospective cohort study of vaccine effectiveness against hospitalisations caused by the Beta VOC in 378 LTCF residents in eastern France conducted between January and May 2021 [52] estimated 49% (95% CI: 14-69) against infection and 86% (95% CI: 67-94) vaccine effectiveness against hospitalisation and death after two doses of Comirnaty (≥7 days post final dose).

Gamma VOC

In a Gamma VOC outbreak in a single LTCF in Canada, Ontario in 60 residents and 83 staff the vaccine effectiveness against severe disease in residents was calculated as 78.6% (95% CI: 47.9-91.2) after two doses of Comirnaty or Spikevax (≥14 days post final dose) [53].

Delta VOC

A study from the US using weekly data reported by nursing homes to CDC during the period soon after vaccine introduction (1 March to 9 May 2021) compared to the time during the Delta VOC predominance (21 June to 1 August 2021) found that two doses of Comirnaty or Spikevax were 74.7% (95% CI: 70.0-78.8) effective against SARS-CoV-2 infection in nursing home residents during March to May based on reports from 3,862 facilities, which then declined significantly to 53.1% (95% CI: 49.1-56.7) during June-July based on reports from 14 917 facilities. Vaccine effectiveness estimates during the intermediate period (May-June 2021) were lower than those during the pre-Delta period but were not significantly different [54].

As yet, there are no vaccine effectiveness studies published with the Delta VOC-specific estimates against severe disease or hospitalisations in LTCF residents.

Older adults

Several vaccine effectiveness studies in older adults from various countries, including a study from Brazil on the Gamma VOC, and studies with the Alpha VOC as the dominant variant at the time of the studies from Denmark, Finland, the UK, the US, Israel and a multi-country study, showed strong protection against symptomatic infection and severe disease (hospitalisation) following complete vaccination (≥7 days post final dose) in older adults.

Alpha VOC

In people 60 years of age and older estimates against symptomatic infection when the Alpha VOC was the dominant variant ranged from 76 to 90% following two doses of Comirnaty [57-59] and 89% (95% CI: 78-94) following two doses of Vaxzevria [55]. Vaccine effectiveness estimates in people over 60 years of age against hospitalisation ranged from approximately 87 to 93% following two doses of Comirnaty [48,60] and 94% with pooled analysis from both Vaxzevria and Spikevax [59].

Vaccine effectiveness against symptomatic disease following two doses of Comirnaty in individuals 80 years and over in the UK was 88% (95% CI: 84-90) [60]. Vaccine effectiveness against hospitalisation following two doses of Comirnaty in those 80 years and over, from studies from the UK and Israel, ranged from approximately 75 to 93% [27,32,63-65].

Gamma VOC

In a test-negative study in Sao Paulo, Brazil with 61 164 participants over the age of 60 years, the vaccine effectiveness was 77.9% (95% CI: 69.2-84.2) against symptomatic infection caused by the Gamma VOC, 87.6% (95% CI: 78.2-92.9) against hospitalisation and 93.6% (95% CI: 81.9-97.7) against death following two doses of Vaxzevria [63].

Immunocompromised individuals

There are currently limited data on COVID-19 vaccine effectiveness in people who are immunocompromised. Based on the current evidence from Israel, the US and Qatar, it has been shown that vaccine effectiveness against infection and hospitalisation following full vaccination with the Comirnaty and Spikevax vaccines in certain groups of immunocompromised individuals was reduced when compared to non-immunocompromised individuals.

A retrospective cohort study comprised of 14 697 fully vaccinated patients who received an mRNA vaccine (Comirnaty or Spikevax) by Khan et al. showed that vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 infection was 80% among individuals with inflammatory bowel disease on immunosuppressive medication [64].

Chemaitelly et al conducted a retrospective cohort study to assess mRNA (Comirnaty or Spikevax) vaccine effectiveness among kidney transplant recipients (n = 782) registered with the national public healthcare provider in Qatar. This cohort study estimated vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 infection at 46.6% (95% CI: 0.0-73.7) ≥14 days after the second dose, 66.0% (95% CI: 21.3-85.3) ≥42 days after the second dose, and 73.9% (95% CI: 33.0-89.9) ≥56 days after the second dose. Additionally, vaccine effectiveness against any severe or fatal COVID-19 disease was estimated at 72.3% (95% CI: 0.0-90.9) ≥14 days after the second dose, 85.0% (95% CI: 35.7-96.5) ≥42 days after the second dose, and 83.8% (95% CI: 31.3-96.2) ≥56 days after the second dose [65]. This analysis was conducted when the Alpha and Beta VOCs were dominant.

A US multicentre case-control analysis by Tenforde et al., including 1 210 adults hospitalised between 11 March to 5 May 2021, evaluated mRNA (Comirnaty or Spikevax) COVID-19 vaccine effectiveness to prevent COVID-19 hospitalisations. This analysis showed that vaccine effectiveness was significantly lower among patients with immunosuppression (59%; 95% CI: 11.9-81.1) than without immunosuppression (91%; 95% CI: 85.5-94.7). For immunocompromised patients with an active solid organ or hematologic malignancy or solid organ transplant, vaccine effectiveness was 51.2% (95% CI: -30.7-81.8). This analysis was conducted when the dominant VOC in circulation was Alpha (59.7% of sequenced viruses) [38].

Chodick et al. conducted a retrospective cohort study in Israel that evaluated the Comirnaty vaccine effectiveness at 71% (95% CI: 37-87) among immunosuppressed individuals (which included recipients of hematopoietic cell or solid organs transplant, patients under immunosuppressive therapy, with asplenia, and chronic renal failure: advanced kidney disease, dialysis, or nephrotic syndrome) compared to 90% vaccine effectiveness (95% CI: 79-95) overall in preventing SARS-CoV-2 infection confirmed with RT-PCR, between seven to 27 days after full vaccination. This analysis was conducted when the dominant VOC in circulation was Alpha [66].

Breakthrough infections in immunocompromised individuals

In Brosh-Nissimov et al.'s retrospective cohort study of 17 hospitals in Israel, 152 patients fully vaccinated with Comirnaty developed COVID-19 and required hospitalisation more than seven days after the second vaccine dose. A proportion of 40% (n=60) of the patients was immunocompromised (most common causes were chronic corticosteroid treatment, chemotherapy or anti-metabolite treatment, solid organ transplantation and anti-CD20 treatment). Overall, this cohort of patients had a high rate of predisposing co-morbidities to severe COVID-19 (hypertension (108; 71%), diabetes (73; 48%), congestive heart failure (41; 27%), chronic kidney and lung diseases (37; 24% each), dementia (29; 19%) cancer (36; 24%)), with only 4% (6) having no co-morbidities [67].

Antibody response immunocompromised individuals following a primary vaccine

A reduction in antibody response or reduced immunogenicity from mRNA vaccination (Comirnaty or Spikevax) has been detected in the following groups of individuals including those: taking immunosuppressive medications, like rituximab [71-74] or mycophenolate [74-77], with haematologic cancers [76,77], those on haemodialysis [78,79], and HIV-positive individuals with lowest CD4 counts (not similar to the general population) [77].

Evidence of effects of an additional COVID-19 vaccine dose in immunocompromised individuals

Initial studies have shown that an additional COVID-19 vaccine dose in immunocompromised individuals enhances antibody response. Several studies thus far have looked at seropositive responses with a third mRNA COVID-19 vaccine dose in immunosuppressed people. Among immunocompromised individuals who had no detectable antibody response following a full COVID-19 vaccination course, 33-50% developed an antibody response to an additional third dose [83-87].

Vaccine effectiveness against infection and onward transmission (test positivity, viral load, secondary attack rates)

Viral load

Studies of viral load in SARS-CoV-2 positive individuals conducted during late 2020 to early 2021 indicated that viral load was reduced in those who had received a COVID-19 vaccine. Very recent results now indicate that vaccination may have less effect in initially reducing viral load in infections caused by the Delta VOC.

A cohort study by Marks et al. identified 314 patients with COVID-19 using the electronic registry of the Epidemiological Surveillance Emergency Service of Catalonia (Spain). A secondary attack rate of 17% was found with a variation from 12% when the index case had a viral load lower than 1 × 106 copies per mL to 24% when the index case had a viral load of 1 × 1010 copies per mL or higher. This analysis showed that viral load of index cases was a leading driver of SARS-CoV-2 transmission [83].

A retrospective collection and analysis of positive SARS-CoV-2 test results performed at the Maccabi Healthcare Services central laboratory in Israel, between 21 December 2020 and 11 February 2021 found that the viral load was reduced for infections occurring 12 to 37 days after the first dose of the Comirnaty vaccine. By looking at the PCR cycle threshold (Ct) over time, Levine-Tiefenbrun et al found that the mean viral load decreased 12 days after vaccination with the first vaccine dose, and that Ct values of positive samples collected 12–37 days after vaccination with the first dose of Comirnaty (a second dose having been given on day 21 for all samples taken after day 21) were higher than Ct values of positive samples during the first 11 days after vaccination [84].

A small single-centre retrospective study of nursing home residents who had asymptomatic COVID-19 showed that receipt of a single dose of the Comirnaty vaccine was associated with lower nasopharyngeal viral load than in those who had not been vaccination. The mean $\log_{10}$ viral load was higher in unvaccinated (9.5; 95% CI: 9.3-9.8) compared to vaccinated residents (7.1; 95% CI: 5.4-8.8), respectively (p = 0.004). A limitation of this study is the small study size [85].

Petter et al. traced the Ct values of SARS-CoV-2 positive test conducted between 1 December 2020 to 30 January 2021 at the MyHeritage COVID-19 testing lab in Israel. Overall, it was estimates that vaccination reduced the viral load by 1.6x to 20x in individuals who were positive for SARS-CoV-2 [86].

A recent study by Pouwels et al., conducted with the Office for National Statistics COVID-19 Infection Survey in the UK, showed that individuals experiencing Delta VOC infections after two vaccine doses (with Comirnaty or Vaxzevria) had comparable peak levels of viral load to unvaccinated infected individuals. With the Alpha VOC, those infected after being vaccinated had much lower peak levels of viral load [40]. However, a study from Singapore showed that the viral load in individuals infected with Delta VOC after full vaccination decline more rapidly than viral loads in individuals naturally infected with the Delta VOC [87].

Vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 transmission by healthcare workers to household members

Studies conducted when the Alpha was the predominant VOC circulating have shown that vaccination of healthcare workers reduced the risk of SARS-CoV-2 infection in household members.

A study by Salo et al. used national databases in Finland to assess indirect COVID-19 vaccine effectiveness among vaccinated healthcare workers and their unvaccinated adult household members. An indirect effectiveness (reduced transmission) of 8.7% (95% CI: -28.9-35.4) two weeks and 42.9% (95% CI: 22.3-58.1) 10 weeks after the first dose of mRNA (Comirnaty or Spikevax) vaccine, from healthcare workers vaccinated to a household spouse, was observed [88].

A national record linkage study in Scotland by Shal et al showed that household members of vaccinated healthcare workers had a lower risk of infection from SARS-CoV-2 compared to household members of unvaccinated healthcare worker (rate per 100 person-years 9.40 versus 5.93; HR 0.70, 95% CI: 0.63-0.78) [89].

Other studies of vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 transmission

Several studies, from Spain, England, Israel, and the Netherlands, conducted when Alpha was the predominant VOC, have shown vaccine effectiveness against transmission ranging between 58-88%.

A prospective cohort of close contacts of SARS-CoV-2 positive individuals (20 961 participants) ≥ 18 years old from Navarra, Spain, showed a vaccine effectiveness of 65% (95% CI: 56-73) against infection in close contacts of SARS-CoV-2 positive index cases ≥ 14 days after full vaccination with Comirnaty. Whole genome sequencing was conducted on 17% of infected contacts and showed dominance of the Alpha VOC (n = 865; 68.9%) [57].

A cohort study in England, during the period 4 January 2021 to 28 February 2021, illustrated that contacts of vaccinated SARS-CoV-2 cases had lower odds of being secondary cases if the index case was vaccinated ≥ 14 days before testing positive. The unadjusted odds ratio for being a secondary case if the index case was vaccinated with Vaxzevria (vs. index case not vaccinated) was 0.55 (95% CI: 0.46-0.67), and 0.57 (95% CI 0.49-0.65) with Comirnaty [90].

Prunas et al. analysed the effectiveness of vaccination with Comirnaty against household transmission of SARS-CoV-2 in Israel, using two different analytic approaches applied to data from the Maccabi Healthcare Services (MHS) centralised database from 15 June 2020 to 24 March 2021. From their analysis, vaccine effectiveness against susceptibility to infection was 80-88%, and the overall vaccine effectiveness against transmission was assessed at 88.5% [91].

Based on routine contact monitoring data from the Municipal Health Services in the Netherlands, De Gier et al. estimated the vaccine effectiveness against transmission and the vaccine effectiveness against infection among household and other close contacts of confirmed cases of SARS-CoV-2 infection between 1 February and 27 May 2021. A vaccine effectiveness against transmission of 71% among household contacts of fully vaccinated index cases was observed. Specifically, for each vaccine, vaccine effectiveness against transmission values were estimated at 58% for Vaxzevria, 70% for Comirnaty, 88% for Spikevax and 77% for the Janssen vaccine [92].

Duration of protection: update of the evidence

Immunological memory is essential to protect from recurrent infection with the same virus. Immune cells specific for the virus, such as T and B cells are activated, modified during initial infection or vaccination, and help to fight the infection. B cells start to differentiate into so called plasma cells to produce antibodies against different compartments (antigens) of the virus. Neutralising antibodies play an important role in inhibiting entry of the virus into cells. Additionally, virus-specific T cells can destroy infected cells and monitor the inflammation. They are also crucial for the development of highly virus-specific B cells. After initial infection, memory T and B cells, as well as antibody-producing plasma cells persist in the body. Memory cells can quickly be reactivated after re-entry of the virus and persisting antibodies can inhibit invasion and mark the virus particles to be phagocytosed. The magnitude and decay rate of the different response types is very heterogenic, depending on the virus or vaccine, severity of disease and the individual itself. So far, the rate of re-infection is the best way to assess the duration of protective natural immunity. Moreover, immunological assays that measure specific immune responses, such as virus-specific antibody levels, especially for neutralising antibodies, have been used to estimate the duration of immunity. However, to date, the correlation between measured immunity and clinical protection from SARS-CoV-2 infection still needs to be established.

Duration of protective immunity following primary vaccination

Several studies have shown that COVID-19 vaccination is able to induce a robust immune response towards the spike protein of SARS-CoV-2 with the generation of T and B cell-antibody responses.

So far, three studies have correlated antibody (IgM and IgG) titres to vaccine efficacy (VE). Earle et al. assessed the relationship between antibody levels and VE of seven COVID-9 vaccines and detected a correlation between VE and virus-specific antibody levels [93]. Khoury et al. reported a correlation between neutralising antibody levels and the protection against symptomatic infection [94]. A recent preprint analysed participants (n=30 415) from the Coronavirus Efficacy (COVE) phase 3 trial and found a corelation between binding and neutralising antibodies with VE of Spikevax and risk of COVID-19 [95]. Neutralising antibodies reach their peak level approximately one week after the second dose and decline over time; however, they remain detectable at least 6 months post vaccination [96]. A recent study compared antibody levels between age groups and reported lower levels of spike-specific, and especially neutralising antibodies, in the older adults compared to younger individuals after vaccination with Comirnaty [97]. This suggests that older adults may have a weaker immune response to the vaccine. However, it is still not known what antibody levels are needed to protect from severe, symptomatic disease or infection with SARS-CoV-2. Additionally, these studies did not consider the impact of vaccine generated memory cells on the duration of protective immunity. The widely used serological tests, which are used to measure antibody levels, do not measure T cell responses.

Several studies have investigated if the vaccine is able to induce spike-specific T cell responses. A study from Singapore detected activated spike-specific T cells already 10 days after the first does of mRNA vaccination in 20 healthcare workers and T cell responses were associated with the onset of vaccine efficacy [98]. The generation of a strong T cell response after vaccination was further confirmed by a recent study from the US [99]. A preprint from the PITCH (Protective Immunity from T cells to COVID-19 in Health workers) consortium that analysed 503 individuals showed that T cell responses are further boosted in naive individuals after the second dose, with better response in individuals with longer dosing intervals [100]. Even though induction of memory T cells has been observed, the durability of these cells and role in protecting from infection remains unclear.

Interactions between T and B cells are critical for the development of most humoral immune responses and the generation of long-lived antibody secreting plasma cells and memory B cells. These can be protective in response to vaccination or infection [101,102]. Studies have shown that mRNA vaccination elicits a robust antigen-specific B-cell memory and antibody response comparable to natural infection [103], although Wang et al. also pointed out that the neutralising potential of the antibodies generated by the mRNA vaccine against variants was reduced. These studies have limitations due to their small sample size and underrepresentation of older age groups.

The vaccines generate a robust immune response with the generation of memory cells which have the potential to provide protective durable immunity. It is still unclear if the different vaccines induce a similar immune response, since most studies have investigated the immune response from mRNA vaccines.

As SARS-Cov-2 is a respiratory virus that infects the upper and lower airways, it is important to trigger a robust immune response at the sites of infection. In natural infection, memory cells persist in the respiratory tract and can rapidly recall an immune response [104]. Virus-specific antibodies, which can inhibit the entry of the virus, have been detected in the mucosa after vaccination and persist for at least three months [105] – the duration of these

antibodies is not known. Lack of or weak mucosal immune responses after vaccination could lead to infection with SARS-CoV-2, but the presence of memory cells that are directed to the site of inflammation could prevent severe disease in infected individuals.

Further research is needed to determine the duration and protective role of vaccine-induced immune responses to protect from disease and/or infection. There is only limited evidence available on the differences of immune responses between age groups after COVID-19 vaccines. Data from influenza vaccine effectiveness studies have shown that vaccine effectiveness may be reduced in older individuals [106]. Furthermore, higher transmissibility, exposure to higher viral loads, as well as partial escape of the virus variants from cellular and humoral responses, characteristics all linked to the currently dominant Delta VOC, can have a negative impact on protective immunity.

In a recent pre-print from a randomised controlled clinical trial, vaccine effectiveness of Comirnaty against laboratory-confirmed COVID-19 was confirmed to remain above 80% for up to six months after receiving the primary vaccination series [107]. A gradual decline from the peak vaccine effectiveness of 96.2% (95% CI: 93.3-98.1) observed between seven days and two months from the second dose was reported between two months and four months from the second dose (vaccine effectiveness = 90.1%; 95% CI: 86.6-92.9), and between four months and the data cut-off (vaccine effectiveness = 83.7%; 95% CI: 74.7-89.9).

A preliminary retrospective cohort study from Israel compared the incidence rates of breakthrough infections between early (January-February) and late (March-April) vaccinated individuals with Comirnaty and found that earlier vaccinated individuals had a statistically significant 53% (95% CI: 40-68%) 2.26-fold increased risk (95% CI: 1.80-3.01) for breakthrough infection compared to later vaccinated individuals [2]. No differences between age groups were observed.

A recent study from Israel investigated waning immunity of the Comirnaty vaccine using data from the Ministry of Health database on 4 785 245 residents of Israel who became fully vaccinated before 1 June 2021. Data included vaccination dates, PCR tests, hospitalisation admission date, severity, and demographic variables. The study compared the rate of infection among individuals vaccinated at different times and reported a reduction in protection in all age groups, pointing towards a potential waning of protective immunity. The rate of SARS-CoV-2 infections among those aged 60 years and above vaccinated in January was 3.2 cases for 1 000 people, compared to 2.1 and 1.6 for individuals from the same age group vaccinated in the second halves of February and March, respectively. For the analyses of severe disease among those aged 60 years and above, the rate of severe cases who were fully vaccinated in January is 0.29 for 1 000 persons, and is reduced to 0.23, 0.15 and 0.10 for those who were fully vaccinated in February, March, and April-May, respectively. The authors conclude that the results show immunity waning in all age groups after six months from vaccination. Further studies are needed to assess if the increase of breakthrough infections and reduced vaccine effectiveness is a result of the waning of protective immunity or due to other factors, and whether these results are generalisable to other contexts [44].

Duration of immunity following natural infection

There is limited evidence on the duration of protective immunity against the reinfection with SARS-CoV-2 virus. A study from Qatar suggests that natural infection protection against reinfection was 95% among individuals who tested positive and it lasted for at least seven months [108]. A study among health-care workers in the UK estimated a reduced risk of reinfection of 83% for at least five months after primary infection, while another study demonstrated 89% protection against reinfection lasting at least six months [109]. The reported reinfection events are rare and occur in less than 1% of all COVID-19 cases [108].

A recent study conducted in Denmark found that protection against repeated SARS-CoV-2 infection was robust in most individuals, protecting more than 80% of the naturally infected population younger than 65 years against reinfections. However, individuals aged 65 years and older had less than 50% protection against SARS-CoV-2 reinfection [110]. A study in Italy also concluded that reinfection events were rare, and that natural immunity elicited a protective effect for at least one year [111]. However, the observation period of the study ended before the beginning of spread of SARS-CoV-2 variants and it is unclear how well the natural immunity against wild-type virus would protect against the various variants. In addition, over 70% of baseline positive cases in this study were hospitalised, suggesting a severe disease. As the disease severity influences the strength of the immune response against SARS-CoV-2, the observed duration of protective immunity and reinfection rate might be significantly influenced by the study cohort [111].

Several studies have investigated the presence of SARS-CoV-2-specific antibodies and their neutralising effect to estimate the duration of immunity after a natural infection. Waning of SARS-CoV-2-specific antibodies have been described and the rate is dependent on the antibody specificity. Nucleoid capsid-specific antibodies have been shown to wane faster than spike-specific antibodies [112]. Waning of neutralising antibody levels have been reported around six months post-infection. However, antibody dynamics vary greatly between individuals, depending on disease severity, duration, and age [119,120], e.g. higher levels and persistence of neutralising antibodies has been associated with more severe disease.

Even though antibody levels are often used to assess duration of immunity, a direct correlation between protection against reinfection and neutralising antibody levels is still lacking, and waning neutralising antibody levels might be mitigated by the presence of cellular immunity. Different types of immune response and immune memory are generated by SARS-CoV-2 infection. Each of those have distinct kinetics, resulting in complex interrelationship between the abundance of T cell, B cell, and antibody immune memory over time. Substantial immune memory is generated after COVID-19, involving all four major types of immune memory, with about 95% of subjects retaining immune memory for at least six months after infection [115]. Circulating antibody levels are not predictive of T cell memory [116]. Thus, further research is needed to determine the duration of immunity against reinfection with SARS-CoV-2.

Little is known about the capability of new variants to escape the immune response generated by a natural SARS-CoV-2 infection. According to Public Health England National Surveillance of Reinfections, the risk of reinfection with the Delta VOC may be higher (aOR 1.46 (95% CI: 1.03-2.05)) compared to the Alpha VOC. The data showed that the risk of reinfection was not elevated for the Delta VOC if the primary infection was less than six months ago (aOR 0.79, (95% CI: 0.49-1.28)) but was higher for those with a prior infection more than six months ago (aOR 2.37, (95% CI: 1.43-3.93)) [117].

Current recommendations regarding additional COVID-19 vaccine doses in the EU/EEA and beyond

According to EMA's summary of product characteristics (SPCs) of COVID-19 vaccines authorised for use in the EU/EEA, no additional dose is currently recommended after the primary vaccination schedule [118]. Nevertheless, the adoption of polices and protocols on the off-label use of additional COVID-19 vaccine doses after the primary vaccination schedule is rapidly evolving in the EU/EEA and beyond.

Based on the most recent available information (see Table 1), eight EU/EEA countries (Austria, Belgium, France, Hungary, Liechtenstein, Lithuania, Luxembourg, and Slovenia) are currently recommending the use of an additional vaccine dose or booster dose (i.e. third dose for two-dose schedule and second dose for single-dose schedule vaccines), while Germany is planning its implementation in the autumn, and a decision is currently under discussion in 13 EU/EEA countries. All protocols, of those currently in place, recommend the use of an additional dose in immunocompromised or immunosuppressed individuals (see Table 1 for specific indications and definitions of eligibility due to immunodeficiency). In Austria, the indication is extended to other population groups, such as the elderly (65 years and above), LTCF residents, individuals with chronic diseases, individuals with a primary vaccination series with a vector-based vaccine, and front-line workers (details in Table 1). In Hungary, any individual aged 18 years or older becomes eligible for an additional dose six months after the completion of the primary vaccination series, but the additional dose is especially recommended for the elderly, those with chronic illness, and immunosuppressed individuals. The time interval of the administration of the additional dose varies from a minimum of four weeks to nine months after completion of the primary vaccination schedule for population groups considered at higher risk; and from four to 12 months for eligible individuals from the general population. When specified (four countries), it is recommended that mRNA-based vaccines be used for the additional dose, including in case of heterologous combination ('mix and match'); in Hungary, heterologous vaccination is strongly recommended, but homologous is available if there is a contraindication for the heterologous vaccines.

The scenario regarding the use of boosters or additional vaccine doses is evolving rapidly outside of the EU/EEA.

On 30 June 2021, the Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI) of the UK published a report with an overall outline of a booster programme to possibly begin in September 2021, with the primary objective being to maximise protection in individuals most vulnerable to serious COVID-19 ahead of the winter months [119]. Where possible, a synergistic approach to the delivery of COVID-19 and influenza vaccination could support delivery and maximise uptake of both vaccines. The first stage of the booster program in the UK would include: adults aged 16 years and over who are immunosuppressed; those living in residential care homes for older adults; all adults aged 70 years or over; adults aged 16 years and over who are considered clinically extremely vulnerable; and frontline health and social care workers. A second stage could follow as soon as practicable and would include: all adults aged 50 years and over; adults aged 16 to 49 years who are in an influenza or COVID-19 at-risk group [120]; and adult household contacts of immunosuppressed individuals. The benefits of booster vaccination in younger adults will be considered when more information will be available.

On 12 August 2021, the US Food and Drug Administration updated the emergency use authorisations for both Comirnaty and Spikevax to allow for the use of an additional dose in certain immunocompromised individuals, specifically solid organ transplant recipients or those who are diagnosed with conditions that are considered to have an equivalent level of immunocompromise [121]. Following the meeting of the Centers for Disease Control (CDC) and Prevention's Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) on 13 August [122], an update of the clinical recommendations on the use of COVID-19 vaccines, including the use of an additional dose as part of a primary vaccination series in immunocompromised individuals, is pending. On 18 August, a joint statement from public health and medical experts was released by the US Department of Health and Human Services (HHS) with a proposed plan for COVID-19 booster shots with the objective of maximising vaccine-induced protection and prolonging its durability, provided regulatory FDA allowance and ACIP recommendation are granted. This was based on the evidence of reduced protection against mild and moderate disease and the consideration that protection against severe disease, hospitalisation, and death might diminish in the coming months, especially among those most at risk of severe COVID-19 or who were vaccinated early in the campaign. The administration of the booster doses could begin in autumn, starting with individuals who were fully vaccinated earliest in the vaccination rollout (eight months since the completion of the primary series), including healthcare workers, residents of long-term care facilities, and elderly people [123].

At the end of July, following the resurgence in COVID-19 cases and increasing circulation of the Delta VOC, Israel initiated a national plan to administer booster doses of Comirnaty, starting with the elderly. Currently, adults aged 50 years and above, HCWs, individuals with a high risk of severe COVID-19, LTCF residents, people in detention

settings and people working in detention settings, who have completed the primary vaccination series over five months ago, are all eligible to receive a third dose [124].

Table 1. Recommendation on the use of an additional vaccine dose in EU/EEA countries (as of 26 August 2021)

Country	Recommendation	Notes	Ref.
Austria[2,4]	Yes	**Indication**: (off-label use) for population groups at high risk (65+ years, LTCF residents, immunocompromised individuals and with chronic diseases, individuals with primary vaccination series with Vaxzevria or COVID-19 Vaccine Janssen); people over 18 years of age from the following population groups: personnel from nursing homes for the elderly and retirement homes; healthcare workers; personnel from mobile care, support, nursing and 24-hour care, as well as caregivers; staff in educational institutions. **Timing**: 6-9 months after completion of primary series for population groups at high risk; 9-12 for population groups from the general population (18 years or older). Adjustments will be made as new scientific evidence suggesting different duration of protection emerges. **Other considerations**: an mRNA vaccine (Comirnaty or Spikevax) should be used for the additional dose regardless of which product was administered as part of the primary vaccination series. The Austrian NITAG does not recommend the use of serologic assays to evaluate protection following vaccination in the general population because no clear correlate of protection has been defined yet. In particular cases (e.g., immunocompromised individuals), titres of neutralising antibodies can be measured and used to support evaluation of protection.	[125]
Belgium[6]	Yes	**Indication**: individuals with congenital immunodeficiency; on chronic kidney dialysis; HIV-positive patients whose CD4 cell count is <200/mm³; individuals with blood cancer or other malignant tumours, who are or were under active treatment; transplant recipients; individuals with inflammatory diseases treated with immunosuppressant.	[126]
Bulgaria[1]	No		
Croatia[2]	Under discussion	Under consideration for immunocompromised and elderly (65+ years).	
Cyprus[1]	No		
Czechia[1,4]	Under discussion	Under consideration for immunocompromised individuals, especially transplant recipients.	
Denmark[2]	No	Physicians may offer a third dose to immunocompromised individuals based on individual assessment.	
Estonia[2]	No		
Finland[2]	No		
France[2, 6]	Yes	**Indication**: For immunocompromised/immunosuppressed people (recipients of organ or hematopoietic stem cell transplant; under lymphopenic chemotherapy; treated with strong immunosuppressive drugs, such as antimetabolites and anti-CD20 agents; chronic dialysis patients after consulting their doctor who will decide on the need for appropriate examinations; on a case-by-case basis, people on immune-suppressants not falling within the above-mentioned categories or carriers of primary immunodeficiency).	[132-134]

Country	Recommendation	Notes	Ref.
		The Haute Autorité de Santé announced a recommendation for a booster dose for people 65 years and above and for those at risk of severe forms of COVID-19 from the start of the influenza vaccination campaign scheduled for late October. **Timing**: four weeks after the second dose for immunocompromised individuals. **Other considerations**: for immunocompromised people who have received a Vaxzevria complete vaccination schedule (two doses), a third dose of Comirnaty or Spikevax will be used.	
Germany[2,4]	Yes (planned)	**Indication**: severely immunocompromised people, the very elderly and people in need of care. In addition, the offer of a booster vaccination will be made to all people who have completed a vaccination series with vector-based vaccines. Scientific discussion about target groups for the additional dose is ongoing; a decision should be made in September. **Timing**: at least six months; for those who have completed full vaccination with a vector-based vaccine, time schedule is under discussion. **Other considerations**: additional vaccine dose (mRNA-based vaccine) is planned to be offered to the very elderly and people in need of care, regardless of vaccine type previously received.	
Greece[2]	No	Review of evidence ongoing.	
Hungary[2,6]	Yes	**Indication**: to anyone who fulfils the following conditions: received a complete vaccination schedule (two doses or one dose of COVID-19 Vaccine Janssen); older than 18 years; four months or more have passed since the completion of primary vaccination. The third vaccine is especially recommended for the elderly, those with chronic illness, and individuals with a weakened immune system. **Timing**: four months or more. **Other considerations**: heterologous vaccination is strongly recommended, but homologous is available if there is contraindication for the heterologous vaccines.	[130]
Iceland[1]	Under discussion	Under consideration for immunocompromised individuals and the elderly; a second dose (probably with Comirnaty) to individuals vaccinated with COVID-19 Vaccine Janssen.	
Ireland[2,4]	Under discussion	Under consideration for immunocompromised and the elderly. Other groups to be considered, depending on evidence of breakthrough infection/hospitalisation risk, include HCWs, the elderly and vector-based vaccine recipients.	
Italy[2,4]	Under discussion	Under consideration for specific population groups at-risk, such as transplant recipients and immunocompromised.	
Latvia[1]	No		
Liechtenstein[5]	Yes	**Indication**: severe immunocompromised patients in case of low or missing antibodies a third dose of the mRNA vaccine is recommended. However, antibody-testing is not considered for the general population.	
Lithuania[6]	Yes	**Indication**: individuals with oncohaematological diseases, receiving treatment for oncohaematological diseases, on chronic dialysis; solid organ transplant recipients; individuals with autoimmune diseases receiving immunosuppressive therapy.	[131]

Country	Recommendation	Notes	Ref.
		Timing: six months after completion of primary vaccination series.	
Luxembourg[2,4]	Yes	**Indication**: severely immune suppressed patient (e.g., solid organ transplant recipients and haematopoietic stem cell recipients, patients on lymphopenic chemotherapy, or on immunosuppressive treatments like antimetabolites and anti-CD20 therapy, or on case-to-case basis), **Timing**: 0-4-12 week schedule for the first, second and third dose respectively (the third dose can also be administered after the 12th week, in case of catching up from a previous vaccination). **Other considerations**: boosters only with mRNA vaccines	[132]
Malta[2]	No		
Netherlands[2]	Under discussion		
Norway[1,4]	Under discussion		
Poland[2,4]	Under discussion	Under consideration for very immunocompromised individuals.	
Portugal[3]	Under discussion		
Romania[4]	Under discussion		
Slovakia[2]	Under discussion		
Slovenia[6]	Yes	**Indication**: may be offered to solid organ transplant recipients and severely immunocompromised **Timing**: at least four weeks after completion of primary series. **Other considerations**: an mRNA vaccine should be used.	[133]
Spain[1,4]	Under discussion	Under consideration for certain risk groups, such as immunocompromised subjects	
Sweden[6]	Under discussion	Under consideration for certain risk groups (elderly in long-term care facilities and 80+ years, immunocompromised)	[134]

Sources:
1. *Questions submitted by the European Commission (EC) to EU/EEA countries via the Integrated Situational Awareness and Analysis (ISAA) report prepared under the Integrated Political Crisis Response Mechanism (IPCR) of the Council of the European Union: 73 (as of 19 July), 74 (as of 26 July)*
2. *Questions submitted by the EC to Health Security Council members (6 August)*
3. *Request of information collected through the EU/EEA National Immunisation Technical Advisory Groups (NITAGs) Collaboration (23–29 June 2021)*
4. *Request of information collected through the EU/EEA NITAGs Collaboration (16-18 July 2021)*
5. *NITAGs exchange (July 2021)*
6. *Desk review of official sources.*

Public health considerations when assessing the need for additional doses of COVID-19 vaccines

Objectives of vaccination strategy

When assessing the need for possible booster doses of COVID-19 vaccine from the public health perspective, it is important to keep in mind the main objective of the vaccination strategy (i.e. preventing severe cases of COVID-19). Vaccine effectiveness against severe disease should preferably be chosen as the primary outcome of interest for assessing when there is a clear need for an additional vaccine dose in specific groups. Close monitoring of vaccine effectiveness data, particularly among vulnerable groups at risk of severe COVID-19 and among those living in closed settings, should be continued, and decisions adapted accordingly, should a substantial decrease in effectiveness be noted in one or more population groups.

Population immunity and viral circulation

Overall population immunity against SARS-CoV-2, and viral circulation, are factors to consider when evaluating urgent needs for a booster dose. Although no correlate of protection has been identified so far, recent and representative seroprevalence studies [135] could provide some indirect evidence of population immunity, although this may wane over time. By the end of 2020, before the COVID-19 vaccination campaigns had started, seropositivity from national surveys in Europe suggested low national SARS-CoV-2 seroprevalence (<10%) across the European region, with the exception of sub-national populations that had experienced intense community transmission. Population immunity could be broadly estimated by knowing the vaccination coverage and the proportion of the population with a previous natural infection. However, factors like waning immunity may affect the validity of this estimation. High vaccination coverage across age groups can be considered as a determinant of low viral circulation and reduced risk of SARS-CoV-2 infection. Nevertheless, waning immunity, and the presence and level of circulation of immune-escape variants, need to be added into the equation.

Populations to prioritise for additional vaccine dose

An important criterium for the choice of groups to prioritise for additional vaccine doses is the protection of groups at risk of severe disease due to reduced or waning immunity or due to vaccine escape of circulating variants of concern like the Delta VOC.

Individuals with reduced response to the primary vaccination series should probably be considered a priority group for an additional vaccine dose. Certain groups of immunocompromised individuals, such as solid organ transplant recipients and other individuals with a similar level of immunosuppression, may benefit from an extra COVID-19 vaccine dose as part of their primary series to mount a better immune response against SARS-CoV-2.

Vulnerable groups with possible earlier waning of immune response to the primary series, such as frail elderly, where immunosenescence may lead to faster waning of immune response, could also be considered a potential priority group for an additional dose, in particular if living in long-term care facilities where outbreaks caused by the Delta VOC among fully vaccinated individuals have been observed. In general, all individuals at increased risk of severe COVID-19 for medical reasons (e.g., underlying conditions) or with high exposure to SARS-CoV-2, could also be considered as potential target groups for a booster should a substantial decrease in vaccine effectiveness against severe disease be detected. Other groups for consideration of a booster dose could be healthcare workers and other staff who work in close contact with individuals at risk of severe COVID-19.

Timing (season and time since primary vaccination)

The timing of the potential administration of booster doses could be of great importance and should be based on epidemiological and practical considerations.

Generally speaking, vaccination and boosting of immunity obtain the maximum impact if administered before an epidemic wave and the minimum impact if administered at the end of an epidemic wave. Monitoring the epidemiological situation is therefore of key importance in deciding when an additional dose could be best administered in the presence of clear signs of reduced vaccine effectiveness against severe COVID-19 at least in some target groups.

Timing is also important for diseases that follow a seasonality pattern, like respiratory infections. Vaccinating before the beginning of the autumn, when people start spending more time indoors, could be an example of such an approach that would again aim at anticipating an epidemic wave and therefore maximise the impact of the vaccination. This is similar to what is routinely done with vaccination against seasonal influenza.

Moreover, the timing (and type) of completion of the primary series is also of importance for waning immunity, as the more recently completion is the more unlikely the need for a booster, unless a new VOC emerges and spreads with strong vaccine-escape potential.

Possible concomitance with influenza vaccination campaign

The co-circulation of influenza viruses during the ongoing COVID-19 pandemic in the autumn and winter months could have severe consequences for vulnerable populations and place an additional burden on health systems already strained by COVID-19. Unlike ahead of the influenza season 2020/21, a large part of the vulnerable population is now fully vaccinated against COVID-19 [6]. However, uptake differs amongst countries and, in light of continued community transmission of SARS-CoV-2, potentially waning immunity, and circulating variants of concern, additional preventative measures remain highly important.

Seasonal influenza vaccination campaigns are well established in EU/EEA countries, although uptake and acceptance is often suboptimal among target groups [136]. Influenza vaccination campaigns usually occur during the autumn in order to provide adequate protection in time for the start of the influenza season. Healthcare workers, older adults, pregnant women, individuals with chronic health conditions and children under five years old continue to be important target groups for influenza vaccination. Risk groups for influenza are overlapping with groups most at risk of severe COVID-19 disease including hospitalisation and death.

Ahead of the 2020/21 influenza season in the northern hemisphere, the WHO Regional Office for Europe published recommendations for influenza vaccination during the COVID-19 pandemic [136]. These recommendations highlight the need to ensure the best possible protection against influenza among risk groups, decrease the number of people requiring medical care as a result of influenza infection to limit pressures on health services while also reducing the potential for SARS-CoV-2 exposure while seeking treatment for influenza or being admitted to hospital for influenza. In addition, since pressure on health systems remains high due to the pandemic, it is important to reduce sickness among health workers and other healthcare providers who are essential to the COVID-19 response. In light of the ongoing pandemic, alternative approaches to the administration of influenza vaccination should be considered, including measures to minimise the risk of COVID-19 transmission.

There could be several benefits to the co-administration of possible COVID-19 vaccine booster doses with seasonal influenza vaccination campaigns, in presence of clear signs of reduced vaccine effectiveness against severe COVID-19 at least in some target groups. The infrastructure for seasonal influenza vaccination is already in place and can be modified according to the epidemiological context of COVID-19. If co-administration with influenza vaccination were chosen, adaptations would need to be made to the programmes. Risk groups for the two diseases overlap to a large part. In terms of COVID-19 vaccination, EU/EEA countries have primarily prioritised older adults, residents and personnel of long-term care facilities (LTCF), healthcare workers, social care personnel, and people with certain comorbidities [137]. As further vaccine doses become available, many EU/EEA countries are now in the stage where vaccination is offered to any adult individual irrespective of age, underlying condition, or priority group. Some countries are also offering vaccination to children aged 12 years and above [6].

The US American Committee on Immunisation Practices (ACIP) state in their recommendations that COVID-19 vaccines and other vaccines may be administered at the same time [138]. A pre-print paper on results from the phase 3 randomised trial of the safety and efficacy of NVX-CoV2373 (Novavax) shows that the safety, immunogenicity, and efficacy profile of the COVID-19 vaccine is maintained while co-administered with the seasonal influenza vaccine, with only a slight decrease in vaccine efficacy from 89.8% (95% CI: 79.7-95.5) to 87.5% (95% CI: -0.2, 98.4) [139]. Previous evidence from co-administration of other vaccines has not shown any particular safety or effectiveness concern, although mRNA vaccines have never been co-administered with other vaccines.

Measuring response to vaccination

Measuring the immune response following vaccination could be considered when selecting individuals that may need an additional vaccine dose. However, as previously discussed, there is currently no established correlate of protection against COVID-19 even at the population level. Neutralising antibodies have been suggested as possible surrogate indicators, but evidence is inconclusive.

In addition, measuring response to primary vaccine series would also pose relevant logistical challenges related to the need for testing for e.g., antibodies in all vaccinated individuals, or all individuals belonging to selected risk groups, some weeks after the completion of their primary vaccination series. Finally, there is a variety of serological tests currently available and a lack of standardisation that do not allow for comparisons.
Absence of seroconversion could instead be used in specific groups (e.g., the immunocompromised, elderly frail individuals) to inform the need for additional doses.

Previously infected individuals

Studies of single-dose regimens of Comirnaty, Spikevax, and Vaxzevria in previously infected individuals indicate that antibody and cellular immune responses are comparable to naïve individuals who complete the two-dose regimen, but data on the long-term duration of protective immunity are currently sparse [145,146].

There is also currently very limited evidence on clinical endpoints, such as the risk of laboratory-confirmed infection and symptomatic disease, for previously infected individuals receiving just one dose of a vaccine intended as a two-dose regimen [142].

Given the current evidence gaps, as a precaution, consideration should be given to the continued administration of a full-dose regimen to those individuals at greatest risk of severe outcomes following SARS-CoV-2 infection. However, no evidence currently suggests the need for a further additional dose [32].

Challenges in the documentation of a previous infection could complicate the implementation of different approaches for previously infected and naïve individuals, such as deprioritising boosters for previously infected and vaccinated individuals.

Additionally, the situation in the EU/EEA is rather complex regarding the administration of different vaccine products (including heterologous schedules), the timing of the primary series, intervals between doses, the completion of the primary series overall and by age group, and vaccination coverage overall and by age group, and it could become challenging to propose generally valid tailored approaches with the current evidence base.

Communication

When communicating with the public, a clear distinction needs to be made between (i) additional vaccinations that may be needed for some people who are either immunocompromised or older frail adults and who may therefore need an extra dose to facilitate their developing a good immune response against COVID-19, and (ii) booster shots that aim to address waning immunity or the emergence and spread of a vaccine escape variant in otherwise healthy, previously vaccinated people. While there is evidence to support the former, and, as shown in Table 1 above, this policy is now being considered by several EU/EEA countries, the synthesis presented in this report indicates that there is not yet a strong, evidence-based rationale for the latter. Clarity about the distinction between these two strategies is important as any confusion may undermine vaccination uptake, either among immunocompromised and old frail adults where the option of the extra dose should be considered, or among people in the wider population who have not yet been fully vaccinated. Previous studies, from both before and during the COVID-19 vaccine rollout, have shown that when vaccine benefits or effectiveness are perceived as limited, uptake can be sub-optimal [143,144]. Since communication relating to an additional vaccine dose may undermine people's positive perception of COVID-19 vaccine effectiveness, messages to the general public should therefore continue to highlight their effectiveness against severe disease, hospitalisation and death, including in relation to the VOCs currently circulating throughout the EU and the need to accept a primary vaccination offer if not done so yet. For immunocompromised people, community engagement strategies – such as two-way dialogue with relevant national and local support groups – can facilitate authorities' understanding of target populations' perceptions about the vaccine as well as any access challenges they may face, and this can enable them to design and implement tailored and effective health messaging [145].

Looking ahead, it is clear that both the evidence base and the epidemiological circumstances are evolving, and that some national authorities may decide to provide booster vaccinations to the wider population in the coming weeks and months. Through trusted spokespeople and using the well-established risk communication principles of consistency, transparency about uncertainty, and clarity [146], the public should in the meantime be kept informed about scientific and epidemiological developments. This will facilitate people's understanding of the rationale to amend the vaccination programme to include booster shots, should such a decision be made, which is essential if high levels of uptake are to be achieved.

Global equity and supply

With many countries still struggling to receive and administer enough doses of vaccine to their populations, consideration should be given to the current global shortage of COVID-19 vaccines that could be further worsened by the administration of additional COVID-19 vaccine doses in EU/EEA countries. The WHO recently called for a moratorium on booster shots until at least the end of September 2021 in order to improve the availability of vaccines for low- and middle-income countries [147].

Potential concerns around further viral mutations and the emergence of new VOCs in other continents are also to be considered by EU/EEA countries when choosing whether to provide additional doses to large proportions of already fully vaccinated populations, as this could further delay the primary vaccination series of eligible individuals in several non-European countries, cause additional burden globally from COVID-19, and facilitate the emergence of new VOCs.

Equity considerations within countries and within EU/EEA should also be taken into account.

Final considerations

Closing the immunity gap with the primary vaccination series (i.e. vaccinating those who have not yet completed the primary series) for all eligible individuals should remain the current priority of COVID-19 vaccination programmes in the EU/EEA.

It is important to distinguish between booster doses for people who responded adequately to vaccination and additional doses for those with weakened immune systems who did not respond adequately. Booster doses are given to vaccinated people (i.e. people who have completed a primary vaccination) to restore protection after protection would have waned. On the other hand, additional doses as part of a primary vaccination series may be given to people with severely weakened immune systems, as they may not achieve an adequate level of protection from the standard primary vaccination.

Moreover, reduced vaccine effectiveness due to waning immunity should also be differentiated from reduced vaccine effectiveness caused by vaccine-escape. Although both phenomena may be occurring simultaneously, and are therefore sometimes difficult to disentangle, they may lead to different considerations and decisions (e.g., changes in the formulation of the booster vaccine).

When assessing the need for possible booster doses of COVID-19 vaccine from the public health perspective, it is important to keep in mind the main objective of the vaccination strategy (i.e. preventing severe cases of COVID-19). Vaccine effectiveness against severe disease should preferably be chosen as primary outcome of interest for assessing when there is a clear need for an additional vaccine dose in specific groups.

The available evidence on 'real world' vaccine effectiveness and the duration of protection shows that all vaccines authorised in the EU/EEA are currently highly protective against COVID-19-related hospitalisation, severe disease, and death, suggesting no urgent need for the administration of additional doses of vaccines to fully vaccinated individuals in the general population.

The option of administering an additional vaccine dose to subjects who may experience a limited response to the primary series of COVID-19 vaccination, such as some categories of immunocompromised individuals (e.g., solid organ transplant recipients), should already be considered now. This is to be seen as an extension of the primary vaccination series for these specific groups, and not as a booster. Consideration could be given to providing as a precaution an additional dose to older frail individuals, in particular those living in closed settings (e.g., residents of long-term care facilities).

Close monitoring of vaccine effectiveness data, particularly among vulnerable groups at risk of severe COVID-19 and among those living in closed settings, should be continued, and decisions adapted accordingly, should a substantial decrease in effectiveness be noted in one or more population groups.

Full vaccination against COVID-19 of all family contacts and close contacts, including professionals providing care, of immunocompromised and vulnerable individuals should also be considered.

When in contact with individuals at risk of severe disease, physical distancing (when applicable), the wearing of face masks (especially when physical distancing cannot be kept), and hand and respiratory hygiene remain pivotal measures for reducing the risk of SARS-CoV-2 transmission. These non-pharmaceutical interventions should always complement vaccination, particularly in high-risk settings such as long-term care facilities or hospital wards with patients at risk of severe COVID-19.

More solid data are needed to inform future policies on booster doses. Knowledge gaps are particularly related to the appropriate correlate of protection to consider for the different population groups and time from primary vaccination series, and duration of immunity according to e.g. different age and risk groups, vaccine product, dosing interval, VOC, and homologous/heterologous schedule. Prospective vaccine effectiveness studies, as well as surveillance of breakthrough infections in the general population and in specific groups, are needed to answer these questions.

The benefits and risks of booster doses need to be clearly outlined and compared. Benefits may include increased protection against severe disease, moderate disease, post COVID-19 condition (often called 'long COVID'), SARS-CoV-2 infection, and virus transmission. Risks include possible safety concerns and public health implications (e.g., the impact on vaccine confidence and uptake, global availability of vaccines).

Data on the co-administration of COVID-19 vaccines and vaccines against other diseases (e.g., influenza) are currently limited, although no safety or reduced effectiveness concern has emerged from co-administration of other vaccines to date.

Safety data on COVID-19 vaccine booster doses are currently limited. Possible dose-related adverse events associated with vaccination could be elicited by additional vaccine doses. In case of the administration of booster doses, close post-authorisation monitoring of potential adverse events should be performed as rare adverse events

are unlikely to be captured by pre-authorisation studies. An appropriate dosage for boosters should be determined ahead of authorisation for each vaccine product.

A strategy for monitoring the safety and effectiveness of heterologous boosting will need to be prepared as it may not be possible to gather these data from pre-licensing studies.

For decision-making, it will be critical to identify the moment when offering a booster dose to specific target groups will become preferable over the goal of reaching all eligible people with primary vaccination series. This decision could be based on several factors, e.g. challenges in reaching unvaccinated pockets of the population with diminishing returns in terms of vaccine coverage, demonstrated decreased vaccine effectiveness against severe disease in specific groups or overall.

Communication about possible additional vaccine doses should be carefully pondered and delivered in a transparent, proactive and clear way to avoid any consequence on vaccine confidence. The distinction between strengthening the response to primary vaccination series, in e.g. immunocompromised individuals, and boosters for waning immune response or vaccine escape, should be clearly made.

In the context of many countries outside of the EU/EEA still struggling to receive and administer enough doses of vaccine to their populations, special consideration should be given to the current global shortage of COVID-19 vaccines that could be further worsened by the administration of additional COVID-19 vaccine doses in the EU/EEA countries.

Knowledge gaps

- Absence of an established correlate of protection for assessing if and when a vaccine booster against COVID-19 is needed.
- Limited data on vaccine effectiveness against different outcomes caused by the circulating SARS-CoV-2 variants (e.g., Delta VOC) for each risk group.
- Scarce information on COVID-19 vaccine efficacy, immunogenicity, and safety of heterologous boosting overall and by risk group.
- Limited evidence of vaccine effectiveness against transmission of the Delta VOC.
- No currently available data on COVID-19 vaccine efficacy, immunogenicity and safety data on booster doses including fractional doses.
- No available information on COVID-19 vaccine efficacy, immunogenicity, safety and benefit-risk data in children.
- Limited evidence of post COVID-19 condition (also called 'long COVID-19') after an infection following vaccination.
- Limited information from surveillance systems on characterisation of breakthrough infection and reinfection cases.
- Limited knowledge about seroprevalence and population immunity after the COVID-19 vaccine roll-out in the EU/EEA.

Contributing and consulted experts

ECDC experts (in alphabetical order): Kim Brolin, Christiana Carstairs, Orlando Cenciarelli, Edoardo Colzani, Theresa Enkirch, Luca Freschi, John Kinsman, Csaba Ködmön, Angeliki Melidou, Kate Olsson, Lucia Pastore Celentano, Pasi Penttinen, Giovanni Ravasi, Gabrielle Schittecatte, Natalie Sippl

External experts: Marco Cavaleri (EMA)

Disclaimer

All data published in this document are correct to the best of our knowledge at the time of publication.

All external experts have submitted declarations of interest, and a review of these declarations did not reveal any conflicts of interest.

References

1. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). COVID-19 country overviews. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: https://covid19-country-overviews.ecdc.europa.eu/#Weekly_surveillance_summary
2. Mizrahi B, Lotan R, Kalkstein N, Peretz A, Perez G, Ben-Tov A, et al. Correlation of SARS-CoV-2 Breakthrough Infections to Time-from-vaccine; Preliminary Study. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.07.29.21261317. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.29.21261317v1
3. Rosenberg ES, Holtgrave DR, Dorabawila V, Conroy M, Greene D, Lutterloh E, et al. New COVID-19 Cases and Hospitalizations Among Adults, by Vaccination Status — New York, May 3–July 25, 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Preprint]. 2021. DOI: 10.15585/mmwr.mm7034e1. Available at: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7034e1.htm?s_cid=mm7034e1_w
4. Public Health England (PHE). COVID-19 vaccine surveillance report - Week 33. London: PHE; 2021. Available at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1012420/Vaccine_surveillance_report_-_week_33.pdf
5. Istituto Superiore di Sanità and Ministry of Health, Italy. Impact of COVID-19 vaccination on the risk of SARS-CoV-2 infection and hospitalization and death in Italy (27.12.2020 - 14.07.2021). English version of the ISS report. Rome: ISS and MoH; 2021. Available at: https://www.iss.it/documents/5430402/0/ISS+report+Impact+of+COVID-19+vaccination+EN.pdf
6. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). The COVID-19 Vaccine Tracker. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccinetracker.html#uptake-tab
7. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). COVID-19 Vaccine rollout overview. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: https://covid19-vaccine-report.ecdc.europa.eu
8. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). SARS-CoV-2 variants of concern as of 16 August 2021. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/variants-concern
9. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Threat Assessment Brief: Emergence of SARS-CoV-2 B.1.617 variants in India and situation in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-emergence-sars-cov-2-b1617-variants
10. Sheikh A, McMenamin J, Taylor B, Robertson C. SARS-CoV-2 Delta VOC in Scotland: demographics, risk of hospital admission, and vaccine effectiveness. Lancet. 2021;397(10293):2461-2. Available at: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01358-1/fulltext
11. Fisman DN, Tuite AR. Progressive Increase in Virulence of Novel SARS-CoV-2 Variants in Ontario, Canada. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.07.05.21260050. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.05.21260050v3
12. Public Health England (PHE). SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation in England - Technical briefing 13. London: PHE; 2021. Available at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/990339/Variants_of_Concern_VOC_Technical_Briefing_13_England.pdf
13. Li B, Deng A, Li K, Hu Y, Li Z, Xiong Q, et al. Viral infection and transmission in a large, well-traced outbreak caused by the SARS-CoV-2 Delta variant. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.07.07.21260122. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.07.21260122v2
14. Tang P, Hasan MR, Chemaitelly H, Yassine HM, Benslimane FM, Khatib HAA, et al. BNT162b2 and mRNA-1273 COVID-19 vaccine effectiveness against the Delta (B.1.617.2) variant in Qatar. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.08.11.21261885. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.11.21261885v1
15. Riemersma KK, Grogan BE, Kita-Yarbro A, Halfmann P, Kocharian A, Florek KR, et al. Shedding of Infectious SARS-CoV-2 Despite Vaccination when the Delta Variant is Prevalent - Wisconsin, July 2021. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.07.31.21261387. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.31.21261387v3
16. Acevedo ML, Alonso-Palomares L, Bustamante A, Gaggero A, Paredes F, Cortés CP, et al. Infectivity and immune escape of the new SARS-CoV-2 variant of interest Lambda. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.06.28.21259673. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.28.21259673v1
17. Tada T, Zhou H, Dcosta BM, Samanovic MI, Mulligan MJ, Landau NR. SARS-CoV-2 Lambda Variant Remains Susceptible to Neutralization by mRNA Vaccine-elicited Antibodies and Convalescent Serum. bioRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.07.02.450959. Available at: https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.07.02.450959v1
18. Kimura I, Kosugi Y, Wu J, Yamasoba D, Butlertanaka EP, Tanaka YL, et al. SARS-CoV-2 Lambda variant exhibits higher infectivity and immune resistance. bioRxiv [Preprint]. 2021. DOI:

10.1101/2021.07.28.454085. Available at: https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.07.28.454085v1.full
19. Carreño JM, Alshammary H, Singh G, Raskin A, Amanat F, Amoako A, et al. Reduced neutralizing activity of post-SARS-CoV-2 vaccination serum against variants B.1.617.2, B.1.351, B.1.1.7+E484K and a sub-variant of C.37. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.07.21.21260961. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.21.21260961v1
20. World Health Organization (WHO). Tracking SARS-CoV-2 variants. Geneva: WHO; 2021. Available at: https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/
21. Laiton-Donato K, Franco-Munoz C, Alvarez-Diaz DA, Ruiz-Moreno HA, Usme-Ciro JA, Prada DA, et al. Characterization of the emerging B.1.621 variant of interest of SARS-CoV-2. Infect Genet Evol [Preprint]. 2021. DOI: 10.1016/j.meegid.2021.105038. Available at: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1567134821003361
22. Public Health England (PHE). SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation in England - Technical Briefing 20. London: PHE; 2021. Available at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1009243/Technical_Briefing_20.pdf
23. Jangra S, Ye C, Rathnasinghe R, Stadlbauer D, Personalized Virology Initiative study g, Krammer F, et al. SARS-CoV-2 spike E484K mutation reduces antibody neutralisation. Lancet Microbe. 2021;2(7):e283-e4. Available at: https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247(21)00068-9/fulltext
24. Greaney AJ, Starr TN, Barnes CO, Weisblum Y, Schmidt F, Caskey M, et al. Mapping mutations to the SARS-CoV-2 RBD that escape binding by different classes of antibodies. Nat Commun. 2021;12(1):4196. Available at: https://www.nature.com/articles/s41467-021-24435-8
25. Hu J, Peng P, Wang K, Fang L, Luo FY, Jin AS, et al. Emerging SARS-CoV-2 variants reduce neutralization sensitivity to convalescent sera and monoclonal antibodies. Cell Mol Immunol. 2021;18(4):1061-3. Available at: https://www.nature.com/articles/s41423-021-00648-1
26. Messali S, Bertelli A, Campisi G, Zani A, Ciccozzi M, Caruso A, et al. A cluster of the new SARS-CoV-2 B.1.621 lineage in Italy and sensitivity of the viral isolate to the BNT162b2 vaccine. J Med Virol. 2021 Available at: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jmv.27247
27. The International Vaccine Access Center (IVAC), Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. VIEW-hub. 2021. Available at: https://view-hub.org/resources
28. International Vaccine Access Center, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and World Health Organization (WHO). Results of COVID-19 Vaccine Effectiveness & Impact Studies: An Ongoing Systematic Review - Methods. 2021. Available at: https://view-hub.org/sites/default/files/2021-07/COVID19%20VE%20%26%20Impact%20Lit%20Review%20Methods.pdf
29. International Vaccine Access Center, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and World Health Organization (WHO). Results of COVID-19 Vaccine Effectiveness Studies: An Ongoing Systematic Review - Weekly Summary Tables2021. Available at: https://view-hub.org/sites/default/files/2021-08/COVID19%20Vaccine%20Effectiveness%20Transmission%20%20Impact%20Studies%20-%20Summary%20Tables_20210812.pdf
30. International Vaccine Access Center, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and World Health Organization (WHO). Results of COVID-19 Vaccine Effectiveness Studies: An Ongoing Systematic Review - Forest Plots2021. Available at: https://view-hub.org/sites/default/files/2021-08/COVID19%20VE%20Studies_Forest%20Plots_0.pdf
31. Coronavirus Variants Rapid Response Network. COVID-19 Living Evidence - Synthesis #6. Ontario: McMaster University; 2021. Available at: https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/product-documents/living-evidence-syntheses/covid-19-living-evidence-synthesis-6.15---what-is-the-efficacy-and-effectiveness-of-available-covid-19-vaccines-in-general-and-specifically-for-variants-of-concern.pdf?sfvrsn=9584d3d8_5
32. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Partial COVID-19 vaccination, vaccination following SARS-CoV-2 infection and heterologous vaccination schedule: summary of evidence. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/partial-covid-19-vaccination-summary
33. Harder T, Koch J, Vygen-Bonnet S, Külper-Schiek W, Pilic A, Reda S, et al. Efficacy and effectiveness of COVID-19 vaccines against SARS-CoV-2 infection: interim results of a living systematic review, 1 January to 14 May 2021. Euro Surveill. 2021;26(28):2100563. Available at: https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.28.2100563
34. Abu-Raddad LJ, Chemaitelly H, Butt AA. Effectiveness of the BNT162b2 Covid-19 Vaccine against the B.1.1.7 and B.1.351 Variants. N Engl J Med. 2021;385(2):187-9. Available at: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2104974
35. Nasreen S, Chung H, He S, Brown KA, Gubbay JB, Buchan SA, et al. Effectiveness of COVID-19 vaccines against variants of concern in Ontario, Canada. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.06.28.21259420. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.28.21259420v2

36. Lopez Bernal J, Andrews N, Gower C, Gallagher E, Simmons R, Thelwall S, et al. Effectiveness of Covid-19 Vaccines against the B.1.617.2 (Delta) Variant. N Engl J Med. 2021;385(7):585-94. Available at: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2108891
37. Stowe J, Andrews N, Gower C, Gallagher E, Utsi L, Simmons R, et al. Effectiveness of COVID-19 vaccines against hospital admission with the Delta (B.1.617.2) variant. kHub [Preprint]. 2021. Available at: https://khub.net/documents/135939561/479607266/Effectiveness+of+COVID-19+vaccines+against+hospital+admission+with+the+Delta+%28B.1.617.2%29+variant.pdf/1c213463-3997-ed16-2a6f-14e5deb0b997?t=1623689315431
38. Tenforde MW, Patel MM, Ginde AA, Douin DJ, Talbot HK, Casey JD, et al. Effectiveness of SARS-CoV-2 mRNA Vaccines for Preventing Covid-19 Hospitalizations in the United States. Clinical Infectious Diseases [Preprint]. 2021. DOI: 10.1093/cid/ciab687. Available at: https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab687/6343399
39. Elliott P, Haw D, Wang H, Eales O, Walters C, Ainslie K, et al. REACT-1 round 13 final report: exponential growth, high prevalence of SARS-CoV-2 and vaccine effectiveness associated with Delta variant in England during May to July 20212021. Available at: https://spiral.imperial.ac.uk/bitstream/10044/1/90800/2/react1_r13_final_preprint_final.pdf
40. Nuffield Department of Medicine - University of Oxford. Impact of Delta on viral burden and vaccine effectiveness against new SARS-CoV-2 infections in the UK. Oxford: NDM; 2021. Available at: https://www.ndm.ox.ac.uk/covid-19/covid-19-infection-survey/results/new-studies
41. Puranik A, Lenehan PJ, Silvert E, Niesen MJM, Corchado-Garcia J, O'Horo JC, et al. Comparison of two highly-effective mRNA vaccines for COVID-19 during periods of Alpha and Delta variant prevalence. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.08.06.21261707. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.06.21261707v2
42. Tenforde MW, Self WH, Naioti EA, Ginde AA, Douin DJ, Olson SM, et al. Sustained Effectiveness of Pfizer-BioNTech and Moderna Vaccines Against COVID-19 Associated Hospitalizations Among Adults - United States, March–July 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Preprint]. 2021. DOI: 10.15585/mmwr.mm7034e2. Available at: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7034e2.htm?s_cid=mm7034e2_w
43. Statens Serum Institute (SSI). Der er fortsat høj vaccineeffektivitet for covid-19-vaccinerne. Copenaghen: SSI; 2021. Available at: https://www.ssi.dk/aktuelt/nyheder/2021/der-er-fortsat-hoj-vaccineeffektivitet-for-covid-19-vaccinerne
44. Goldberg Y, Mandel M, Bar-On YM, Bodenheimer O, Freedman L, Haas EJ, et al. Waning immunity of the BNT162b2 vaccine: A nationwide study from Israel. [Preprint]. 2021. Available at: https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-efficacy-safety-follow-up-committee/he/files_publications_corona_immunity-waning-082021.pdf
45. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). COVID-19 outbreaks in long-term care facilities in the EU/EEA in the context of current vaccination coverage. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-covid-19-outbreaks-long-term-care-facilities-eueea
46. Emborg H-D, Valentiner-Branth P, Schelde AB, Nielsen KF, Gram MA, Moustsen-Helms IR, et al. Vaccine effectiveness of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine against RT-PCR confirmed SARS-CoV-2 infections, hospitalisations and mortality in prioritised risk groups. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.05.27.21257583. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.27.21257583v1
47. Cabezas C, Coma E, Mora-Fernandez N, Li X, Martinez-Marcos M, Fina-Aviles F, et al. Effects of BNT162b2 mRNA Vaccination on COVID-19 Disease, Hospitalisation and Mortality in Nursing Homes and Healthcare Workers: A Prospective Cohort Study Including 28,594 Nursing Home Residents, 26,238 Nursing Home Staff, and 61,951 Healthcare Workers in Catalonia. Preprints with The Lancet [Preprint]. 2021. DOI: 10.2139/ssrn.3815682. Available at: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3815682
48. Mazagatos C, Monge S, Olmedo C, Vega L, Gallego P, Martin-Merino E, et al. Effectiveness of mRNA COVID-19 vaccines in preventing SARS-CoV-2 infections and COVID-19 hospitalisations and deaths in elderly long-term care facility residents, Spain, weeks 53 2020 to 13 2021. Euro Surveill. 2021;26(24):pii=2100452. Available at: https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.24.2100452
49. Moustsen-Helms IR, Emborg H-D, Nielsen J, Nielsen KF, Krause TG, Mølbak K, et al. Vaccine effectiveness after 1st and 2nd dose of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in long-term care facility residents and healthcare workers – a Danish cohort study. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.03.08.21252200. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.08.21252200v1
50. Monge S, Olmedo C, Alejos B, Lapeña MF, Sierra MJ, Limia A, et al. Direct and indirect effectiveness of mRNA vaccination against SARS-CoV-2 infection in long-term care facilities in Spain. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.04.08.21255055. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.08.21255055v2
51. Britton A, Jacobs Slifka KM, Edens C, Nanduri SA, Bart SM, Shang N, et al. Effectiveness of the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine Among Residents of Two Skilled Nursing Facilities Experiencing COVID-19

Outbreaks - Connecticut, December 2020-February 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021;70(11):396-401. Available at: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7011e3.htm

52. Lefèvre B, Tondeur L, Madec Y, Grant R, Lina B, van der Werf S, et al. Impact of B.1.351 (beta) SARS-CoV-2 variant on BNT162b2 mRNA vaccine effectiveness in long-term care facilities of eastern France: a retrospective cohort study. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.07.28.21261285. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.28.21261285v1
53. Williams C, Al-Bargash D, Macalintal C, Stuart R, Seth A, Latham J, et al. COVID-19 Outbreak Associated with a SARS-CoV-2 P.1 Lineage in a Long-Term Care Home after Implementation of a Vaccination Program - Ontario, April-May 2021. Clin Infect Dis [Preprint]. 2021. DOI: 10.1093/cid/ciab617. Available at: https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab617/6317716
54. Nanduri S, Pilishvili T, Derado G, Soe MM, Dollard P, Wu H, et al. Effectiveness of Pfizer-BioNTech and Moderna Vaccines in Preventing SARS-CoV-2 Infection Among Nursing Home Residents Before and During Widespread Circulation of the SARS-CoV-2 B.1.617.2 (Delta) Variant — National Healthcare Safety Network, March 1–August 1, 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Preprint]. 2021. DOI: 10.15585/mmwr.mm7034e3. Available at: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7034e3.htm?s_cid=mm7034e3_w
55. Public Health England (PHE). COVID-19 vaccine surveillance report - Week 20. London: PHE; 2021. Available at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/990089/Vaccine_surveillance_report_-_week_20.pdf
56. Kissling E, Hooiveld M, Sandonis Martin V, Martinez-Baz I, William N, Vilcu AM, et al. Vaccine effectiveness against symptomatic SARS-CoV-2 infection in adults aged 65 years and older in primary care: I-MOVE-COVID-19 project, Europe, December 2020 to May 2021. Euro Surveill. 2021;26(29):pii=2100670. Available at: https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.29.2100670
57. Martinez-Baz I, Miqueleiz A, Casado I, Navascues A, Trobajo-Sanmartin C, Burgui C, et al. Effectiveness of COVID-19 vaccines in preventing SARS-CoV-2 infection and hospitalisation, Navarre, Spain, January to April 2021. Euro Surveill. 2021;26(21):pii=2100438. Available at: https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.21.2100438
58. Baum U, Poukka E, Palmu AA, Salo H, Lehtonen TO, Leino T. Effectiveness of vaccination against SARS-CoV-2 infection and Covid-19 hospitalization among Finnish elderly and chronically ill – An interim analysis of a nationwide cohort study. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.06.21.21258686. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.21.21258686v1
59. Tenforde MW, Olson SM, Self WH, Talbot HK, Lindsell CJ, Steingrub JS, et al. Effectiveness of Pfizer-BioNTech and Moderna Vaccines Against COVID-19 Among Hospitalized Adults Aged >/=65 Years - United States, January-March 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021;70(18):674-9. Available at: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7018e1.htm?s_cid=mm7018e1_x
60. Public Health England. PHE monitoring of the early impact and effectiveness of COVID-19 vaccination in England London: PHE; 2021. Available at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/968977/COVID-19_vaccine_effectiveness_surveillance_report_February_2021.pdf
61. Mason T, Whitston M, Hodgson J, Watkinson RE, Lau Y-S, Abdulrazeg O, et al. Effects of BNT162b2 mRNA vaccine on Covid-19 infection and hospitalisation among older people: matched case control study for England. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.04.19.21255461. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.19.21255461v1
62. Goldberg Y, Mandel M, Woodbridge Y, Fluss R, Novikov I, Yaari R, et al. Protection of previous SARS-CoV-2 infection is similar to that of BNT162b2 vaccine protection: A three-month nationwide experience from Israel. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.04.20.21255670. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.20.21255670v1
63. Ranzani OT, Hitchings MDT, Dorion M, D'Agostini TL, Cardoso de Paula R, Pereira de Paula OF, et al. Effectiveness of the CoronaVac vaccine in the elderly population during a Gamma variant-associated epidemic of COVID-19 in Brazil: A test-negative case-control study. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.05.19.21257472. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.19.21257472v3
64. Khan N, Mahmud N. Effectiveness of SARS-CoV-2 Vaccination in a Veterans Affairs Cohort of Patients With Inflammatory Bowel Disease With Diverse Exposure to Immunosuppressive Medications. Gastroenterology. 2021;161(3):827-36. Available at: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0016-5085(21)03066-3
65. Chemaitelly H, AlMukdad S, Joy JP, Ayoub HH, Yassine HM, Benslimane FM, et al. SARS-CoV-2 vaccine effectiveness in immunosuppressed kidney transplant recipients. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.08.07.21261578. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.07.21261578v1
66. Chodick G, Tene L, Rotem RS, Patalon T, Gazit S, Ben-Tov A, et al. The effectiveness of the TWO-DOSE BNT162b2 vaccine: analysis of real-world data. Clin Infect Dis [Preprint]. 2021. DOI: 10.1093/cid/ciab438. Available at: https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab438/6276888
67. Brosh-Nissimov T, Orenbuch-Harroch E, Chowers M, Elbaz M, Nesher L, Stein M, et al. BNT162b2 vaccine breakthrough: clinical characteristics of 152 fully vaccinated hospitalized COVID-19 patients in Israel. Clin

Microbiol Infect [Preprint]. 2021. DOI: 10.1016/j.cmi.2021.06.036. Available at: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1198743X21003670
68. Boyarsky BJ, Ruddy JA, Connolly CM, Ou MT, Werbel WA, Garonzik-Wang JM, et al. Antibody response to a single dose of SARS-CoV-2 mRNA vaccine in patients with rheumatic and musculoskeletal diseases. Ann Rheum Dis [Preprint]. 2021. DOI: 10.1136/annrheumdis-2021-220289. Available at: https://ard.bmj.com/content/80/8/1098.long
69. Boyarsky BJ, Werbel WA, Avery RK, Tobian AAR, Massie AB, Segev DL, et al. Antibody Response to 2-Dose SARS-CoV-2 mRNA Vaccine Series in Solid Organ Transplant Recipients. JAMA. 2021;325(21):2204-6. Available at: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2779852
70. Chavarot N, Ouedrani A, Marion O, Leruez-Ville M, Villain E, Baaziz M, et al. Poor Anti-SARS-CoV-2 Humoral and T-cell Responses After 2 Injections of mRNA Vaccine in Kidney Transplant Recipients Treated with Belatacept. Transplantation [Preprint]. 2021. DOI: 10.1097/TP.0000000000003784. Available at: https://journals.lww.com/transplantjournal/_layouts/15/oaks.journals/PageNotFound.aspx
71. Rozen-Zvi B, Yahav D, Agur T, Zingerman B, Ben-Zvi H, Atamna A, et al. Antibody response to SARS-CoV-2 mRNA vaccine among kidney transplant recipients: a prospective cohort study. Clin Microbiol Infect. 2021;27(8):1173 e1-e4. Available at: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1198743X21002160?via%3Dihub
72. Grupper A, Katchman H. Reduced humoral response to mRNA SARS-CoV-2 BNT162b2 vaccine in kidney transplant recipients without prior exposure to the virus: Not alarming, but should be taken gravely. Am J Transplant. 2021 Aug;21(8):2909. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34080285
73. Itzhaki Ben Zadok O, Shaul AA, Ben-Avraham B, Yaari V, Ben Zvi H, Shostak Y, et al. Immunogenicity of the BNT162b2 mRNA vaccine in heart transplant recipients - a prospective cohort study. Eur J Heart Fail [Preprint]. 2021. DOI: 10.1002/ejhf.2199. Available at: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ejhf.2199
74. Rabinowich L, Grupper A, Baruch R, Ben-Yehoyada M, Halperin T, Turner D, et al. Low immunogenicity to SARS-CoV-2 vaccination among liver transplant recipients. J Hepatol. 2021;75(2):435-8. Available at: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827821002555
75. Monin L, Laing AG, Munoz-Ruiz M, McKenzie DR, Del Molino Del Barrio I, Alaguthurai T, et al. Safety and immunogenicity of one versus two doses of the COVID-19 vaccine BNT162b2 for patients with cancer: interim analysis of a prospective observational study. Lancet Oncol. 2021;22(6):765-78. Available at: https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(21)00213-8/fulltext
76. Herishanu Y, Avivi I, Aharon A, Shefer G, Levi S, Bronstein Y, et al. Efficacy of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine in patients with chronic lymphocytic leukemia. Blood. 2021;137(23):3165-73. Available at: https://ashpublications.org/blood/article/137/23/3165/475742/Efficacy-of-the-BNT162b2-mRNA-COVID-19-vaccine-in
77. Nault L, Marchitto L, Goyette G, Tremblay-Sher D, Fortin C, Martel-Laferrière V, et al. Covid-19 vaccine immunogenicity in people living with HIV-1. bioRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.08.13.456258. Available at: https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.08.13.456258v1
78. Ducloux D, Colladant M, Chabannes M, Yannaraki M, Courivaud C. Humoral response after 3 doses of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine in patients on hemodialysis. Kidney Int [Preprint]. 2021. DOI: 10.1016/j.kint.2021.06.025. Available at: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0085253821006554
79. Espi M, Charmetant X, Barba T, Pelletier C, Koppe L, Chalencon E, et al. Justification, safety, and efficacy of a third dose of mRNA vaccine in maintenance hemodialysis patients: a prospective observational study. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.07.02.21259913. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.02.21259913v1
80. Kamar N, Abravanel F, Marion O, Couat C, Izopet J, Del Bello A. Three Doses of an mRNA Covid-19 Vaccine in Solid-Organ Transplant Recipients. N Engl J Med. 2021;385(7):661-2. Available at: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc2108861
81. Longlune N, Nogier MB, Miedouge M, Gabilan C, Cartou C, Seigneuric B, et al. High immunogenicity of a messenger RNA based vaccine against SARS-CoV-2 in chronic dialysis patients. Nephrol Dial Transplant [Preprint]. 2021. DOI: 10.1093/ndt/gfab193. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34057463
82. Werbel WA, Boyarsky BJ, Ou MT, Massie AB, Tobian AAR, Garonzik-Wang JM, et al. Safety and Immunogenicity of a Third Dose of SARS-CoV-2 Vaccine in Solid Organ Transplant Recipients: A Case Series. Ann Intern Med. 2021 Available at: https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/L21-0282
83. Marks M, Millat-Martinez P, Ouchi D, Roberts CH, Alemany A, Corbacho-Monne M, et al. Transmission of COVID-19 in 282 clusters in Catalonia, Spain: a cohort study. Lancet Infect Dis. 2021;21(5):629-36. Available at: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309920309853
84. Levine-Tiefenbrun M, Yelin I, Katz R, Herzel E, Golan Z, Schreiber L, et al. Initial report of decreased SARS-CoV-2 viral load after inoculation with the BNT162b2 vaccine. Nat Med. 2021;27(5):790-2. Available at: https://www.nature.com/articles/s41591-021-01316-7
85. McEllistrem MC, Clancy CJ, Buehrle DJ, Lucas A, Decker BK. Single dose of a mRNA SARS-CoV-2 vaccine is associated with lower nasopharyngeal viral load among nursing home residents with asymptomatic COVID-

19. Clin Infect Dis [Preprint]. 2021. DOI: doi.org/10.1093/cid/ciab263. Available at: https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab263/6188727
86. Petter E, Mor O, Zuckerman N, Oz-Levi D, Younger A, Aran D, et al. Initial real world evidence for lower viral load of individuals who have been vaccinated by BNT162b2. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.02.08.21251329. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.08.21251329v1
87. Chia PY, Ong SWX, Chiew CJ, Ang LW, Chavatte J-M, Mak T-M, et al. Virological and serological kinetics of SARS-CoV-2 Delta variant vaccine-breakthrough infections: a multi-center cohort study. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.07.28.21261295. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.28.21261295v1
88. Salo J, Hägg M, Kortelainen M, Leino T, Saxell T, Siikanen M, et al. The indirect effect of mRNA-based Covid-19 vaccination on unvaccinated household members. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.05.27.21257896. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.27.21257896v2
89. V Shah AS, Gribben C, Bishop J, Hanlon P, Caldwell D, Wood R, et al. Effect of vaccination on transmission of COVID-19: an observational study in healthcare workers and their households. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.03.11.21253275. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.11.21253275v1
90. Harris RJ, Hall JA, Zaidi A, Andrews NJ, Dunbar JK, Dabrera G. Effect of Vaccination on Household Transmission of SARS-CoV-2 in England. New England Journal of Medicine. 2021;385:759-60. Available at: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2107717
91. Prunas O, Warren JL, Crawford FW, Gazit S, Patalon T, Weinberger DM, et al. Vaccination with BNT162b2 reduces transmission of SARS-CoV-2 to household contacts in Israel. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.07.13.21260393. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.13.21260393v1
92. de Gier B, Andeweg S, Joosten R, ter Schegget R, Smorenburg N, van de Kassteele J, et al. Vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 transmission and infections among household and other close contacts of confirmed cases, the Netherlands, February to May 2021. Euro Surveill. 2021;26(31):2100640. Available at: https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.31.2100640
93. Earle KA, Ambrosino DM, Fiore-Gartland A, Goldblatt D, Gilbert PB, Siber GR, et al. Evidence for antibody as a protective correlate for COVID-19 vaccines. Vaccine. 2021;39(32):4423-8. Available at: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X21006587
94. Khoury DS, Cromer D, Reynaldi A, Schlub TE, Wheatley AK, Juno JA, et al. Neutralizing antibody levels are highly predictive of immune protection from symptomatic SARS-CoV-2 infection. Nat Med. 2021;27(7):1205-11. Available at: https://www.nature.com/articles/s41591-021-01377-8
95. Gilbert PB, Montefiori DC, McDermott A, Fong Y, Benkeser DC, Deng W, et al. Immune Correlates Analysis of the mRNA-1273 COVID-19 Vaccine Efficacy Trial. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.08.09.21261290. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.09.21261290v4
96. Widge AT, Rouphael NG, Jackson LA, Anderson EJ, Roberts PC, Makhene M, et al. Durability of Responses after SARS-CoV-2 mRNA-1273 Vaccination. N Engl J Med. 2021;384(1):80-2. Available at: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2032195
97. Muller L, Andree M, Moskorz W, Drexler I, Walotka L, Grothmann R, et al. Age-dependent immune response to the Biontech/Pfizer BNT162b2 COVID-19 vaccination. Clin Infect Dis [Preprint]. 2021. DOI: 10.1093/cid/ciab381. Available at: https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab381/6255965
98. Kalimuddin S, Tham CYL, Qui M, de Alwis R, Sim JXY, Lim JME, et al. Early T cell and binding antibody responses are associated with COVID-19 RNA vaccine efficacy onset. Med (N Y). 2021;2(6):682-8 e4. Available at: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33851143/
99. Painter MM, Mathew D, Goel RR, Apostolidis SA, Pattekar A, Kuthuru O, et al. Rapid induction of antigen-specific CD4+ T cells is associated with coordinated humoral and cellular immune responses to SARS-CoV-2 mRNA vaccination. Immunity [Preprint]. 2021. DOI: 10.1016/j.immuni.2021.08.001. Available at: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1074761321003083
100. Payne RP, Longet S, J.A. A, Skelly DT, Dejnirattisai W, Adele S, et al. Sustained T cell immunity, protection and boosting using extended dosing intervals of BNT162b2 mRNA vaccine2021. Available at: https://www.pitch-study.org/PITCH_Dosing_Interval_23072021.pdf
101. Stebegg M, Kumar SD, Silva-Cayetano A, Fonseca VR, Linterman MA, Graca L. Regulation of the Germinal Center Response. Frontiers in Immunology. 2018;9(2469) Available at: https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fimmu.2018.02469
102. Gatto D, Brink R. The germinal center reaction. J Allergy Clin Immunol. 2010;126(5):898-907. Available at: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091-6749(10)01416-8
103. Wang Z, Schmidt F, Weisblum Y, Muecksch F, Barnes CO, Finkin S, et al. mRNA vaccine-elicited antibodies to SARS-CoV-2 and circulating variants. Nature. 2021;592(7855):616-22. Available at: https://www.nature.com/articles/s41586-021-03324-6

104. Jeyanathan M, Afkhami S, Smaill F, Miller MS, Lichty BD, Xing Z. Immunological considerations for COVID-19 vaccine strategies. Nat Rev Immunol. 2020;20(10):615-32. Available at: https://www.nature.com/articles/s41577-020-00434-6
105. Isho B, Abe KT, Zuo M, Jamal AJ, Rathod B, Wang JH, et al. Mucosal versus systemic antibody responses to SARS-CoV-2 antigens in COVID-19 patients. medRxiv [Preprint]. 2020. DOI: 10.1101/2020.08.01.20166553. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.08.01.20166553v2
106. McLean HQ, Thompson MG, Sundaram ME, Kieke BA, Gaglani M, Murthy K, et al. Influenza Vaccine Effectiveness in the United States During 2012–2013: Variable Protection by Age and Virus Type. The Journal of Infectious Diseases. 2014;211(10):1529-40. Available at: https://academic.oup.com/jid/article/211/10/1529/1825780?login=true
107. Thomas SJ, Moreira ED, Kitchin N, Absalon J, Gurtman A, Lockhart S, et al. Six Month Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccine. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.07.28.21261159. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.28.21261159v1
108. Abu-Raddad LJ, Chemaitelly H, Coyle P, Malek JA, Ahmed AA, Mohamoud YA, et al. SARS-CoV-2 antibody-positivity protects against reinfection for at least seven months with 95% efficacy. EClinicalMedicine. 2021;35:100861. Available at: https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(21)00141-3/fulltext
109. Hall VJ, Foulkes S, Charlett A, Atti A, Monk EJM, Simmons R, et al. SARS-CoV-2 infection rates of antibody-positive compared with antibody-negative health-care workers in England: a large, multicentre, prospective cohort study (SIREN). Lancet. 2021;397(10283):1459-69. Available at: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00675-9/fulltext
110. Hansen CH, Michlmayr D, Gubbels SM, Molbak K, Ethelberg S. Assessment of protection against reinfection with SARS-CoV-2 among 4 million PCR-tested individuals in Denmark in 2020: a population-level observational study. Lancet. 2021;397(10280):1204-12. Available at: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140-6736(21)00575-4
111. Vitale J, Mumoli N, Clerici P, De Paschale M, Evangelista I, Cei M, et al. Assessment of SARS-CoV-2 Reinfection 1 Year After Primary Infection in a Population in Lombardy, Italy. JAMA Intern Med. 2021 Available at: https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2780557
112. Ripperger TJ, Uhrlaub JL, Watanabe M, Wong R, Castaneda Y, Pizzato HA, et al. Orthogonal SARS-CoV-2 Serological Assays Enable Surveillance of Low-Prevalence Communities and Reveal Durable Humoral Immunity. Immunity. 2020;53(5):925-33 e4. Available at: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1074761320304453#!
113. Chia WN, Zhu F, Ong SWX, Young BE, Fong SW, Le Bert N, et al. Dynamics of SARS-CoV-2 neutralising antibody responses and duration of immunity: a longitudinal study. Lancet Microbe. 2021;2(6):e240-e9. Available at: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666524721000252
114. Post N, Eddy D, Huntley C, van Schalkwyk MCI, Shrotri M, Leeman D, et al. Antibody response to SARS-CoV-2 infection in humans: A systematic review. PLoS One. 2020;15(12):e0244126. Available at: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0244126
115. Shrotri M, van Schalkwyk MCI, Post N, Eddy D, Huntley C, Leeman D, et al. T cell response to SARS-CoV-2 infection in humans: A systematic review. PLoS One. 2021;16(1):e0245532. Available at: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0245532
116. Dan JM, Mateus J, Kato Y, Hastie KM, Yu ED, Faliti CE, et al. Immunological memory to SARS-CoV-2 assessed for up to 8 months after infection. Science. 2021;371(6529):eabf4063. Available at: https://science.sciencemag.org/content/371/6529/eabf4063
117. Public Health England (PHE). SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation in England - Technical briefing 19. London: PHE; 2021. Available at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1005517/Technical_Briefing_19.pdf
118. European Medicines Agency (EMA). COVID-19 vaccines: authorised. Amsterdam: EMA; 2021. Available at: https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19/treatments-vaccines/vaccines-covid-19/covid-19-vaccines-authorised
119. Joint Committee on Vaccination and Immunisation. JCVI interim advice: potential COVID-19 booster vaccine programme winter 2021 to 2022. London: JCVI; 2021. Available at: https://www.gov.uk/government/publications/jcvi-interim-advice-on-a-potential-coronavirus-covid-19-booster-vaccine-programme-for-winter-2021-to-2022/jcvi-interim-advice-potential-covid-19-booster-vaccine-programme-winter-2021-to-2022
120. Public Health England (PHE). Immunisation against infectious disease. London: PHE; 2020. Available at: https://www.gov.uk/government/collections/immunisation-against-infectious-disease-the-green-book
121. Administration USFaD. Coronavirus (COVID-19) Update: FDA Authorizes Additional Vaccine Dose for Certain Immunocompromised Individuals. Silver Spring: FDA; 2021. Available at: https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-fda-authorizes-additional-vaccine-dose-certain-immunocompromised
122. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). ACIP Presentation Slides: August 13, 2021 Meeting. Atlanta: CDC; 2021. Available at: https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/slides-2021-08-13.html

123. U.S. Department of Health and Human Services (HHS). Joint Statement from HHS Public Health and Medical Experts on COVID-19 Booster Shots. Washington: HHS; 2021. Available at: https://www.hhs.gov/about/news/2021/08/18/joint-statement-hhs-public-health-and-medical-experts-covid-19-booster-shots.html
124. Ministry of Health, Israel. Third Dose of the COVID-19 Vaccine. 2021. Available at: https://govextra.gov.il/ministry-of-health/covid19-vaccine/en-covid-19-vaccine-3rd-dose/
125. Bundesministerium - Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. COVID-19-Impfungen: Anwendungsempfehlungen des Nationalen Impfgremiums - Version 5. 2021. Available at: https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:5a09d8d2-f9e8-4547-81a6-a36087f69edb/COVID-19-Impfungen_Anwendungsempfehlung_des_Nationalen_Impfgremiums_Version_5_(Stand%2017.08.21).pdf
126. Service Public Federal - Sante Publique, Securite de la Chaine Alimentaire et Environnement, Belgium. La CIM décide de proposer un vaccin supplémentaire aux personnes présentant une immunité réduite. 2021. Available at: https://www.health.belgium.be/fr/news/conference-interministerielle-sante-publique-0
127. Haute Autorité de santé (HAS). Vaccination en très haute priorité des personnes à très haut risque 2021. Available at: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/liste_maladies_rares_cosv_fmr-2.pdf
128. Haute Autorité de santé (HAS). Avis n° 2021.0051/AC/SEESP du 15 juillet 2021 du collège de la Haute Autorité de santé sur l'identification des données nécessaires pour permettre d'évaluer la pertinence éventuelle d'un rappel chez les personnes ayant eu une primovaccination complète contre la Covid-19. 2021. Available at: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3278153/fr/avis-n-2021-0051/ac/seesp-du-15-juillet-2021-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-sur-l-identification-des-donnees-necessaires-pour-permettre-d-evaluer-la-pertinence-eventuelle-d-un-rappel-chez-les-personnes-ayant-eu-une-primovaccination-complete-contre-la-covid-19
129. Haute Autorité de Santé (HAS). Covid-19: la HAS précise les populations éligibles à une dose de rappel de vaccin. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. Available at: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3283153/fr/covid-19-la-has-precise-les-populations-eligibles-a-une-dose-de-rappel-de-vaccin
130. Hungarian Government - koronavirus.gov.hu. Magyarország az első, ahol már a harmadik oltásra is lehet időpontot foglalni2021. Available at: https://koronavirus.gov.hu/cikkek/magyarorszag-az-elso-ahol-mar-harmadik-oltasra-lehet-idopontot-foglalni
131. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Nustatyta tvarka, kaip trečia doze bus revakcinuojami imunosupresiniai pacientai. 2021. Available at: https://sam.lrv.lt/lt/naujienos/nustatyta-tvarka-kaip-trecia-doze-bus-revakcinuojami-imunosupresiniai-pacientai
132. Conseil Superieur des Maladies Infectieuses. Recommandation du CSMI concernant la 3ème dose de vaccin contre la COVID-19 chez des personnes immunodéprimées. Luxembourg: CSMI; 2021. Available at: https://sante.public.lu/fr/espace-professionnel/recommandations/conseil-maladies-infectieuses/covid-19/covid-19-annexes/CSMI-recommandation-3eme-dose-vaccin-COVID-19-personnes-immunodeprimees.pdf
133. Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). Priporočila za cepljenje proti COVID-19. 2021. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/priporocila_za_cepljenje_proti_covid_uskl_psc_apr_2021.pdf
134. Public Health Agency of Sweden. Tredje dos mot covid-19 troligen nästa år. Stockholm: PHAS; 2021. Available at: https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2021/augusti/tredje-dos-mot-covid-19-troligen-nasta-ar/
135. SeroTracker. SeroTracker. 2021. Available at: https://serotracker.com/en/Explore
136. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Seasonal influenza vaccination and antiviral use in EU/EEA Member States. Stockholm: ECDC; 2018. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/seasonal-influenza-vaccination-antiviral-use-eu-eea-member-states
137. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Overview of the implementation of COVID-19 vaccination strategies and deployment plans in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/overview-implementation-covid-19-vaccination-strategies-and-deployment-plans
138. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Coadministration of COVID-19 vaccines with other vaccines. Atlanta: CDC; 2021. Available at: https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/covid-19-vaccines-us.html#Coadministration
139. Toback S, Galiza E, Cosgrove C, Galloway J, Goodman AL, Swift PA, et al. Safety, Immunogenicity, and Efficacy of a COVID-19 Vaccine (NVX-CoV2373) Co-administered With Seasonal Influenza Vaccines. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.06.09.21258556. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.09.21258556v1
140. Deng X, Garcia-Knight MA, Khalid MM, Servellita V, Wang C, Morris MK, et al. Transmission, infectivity, and antibody neutralization of an emerging SARS-CoV-2 variant in California carrying a L452R spike protein mutation. medRxiv [Preprint]. 2021. DOI: 10.1101/2021.03.07.21252647. Available at: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.07.21252647v1
141. Stamatatos L, Czartoski J, Wan Y-H, Homad LJ, Rubin V, Glantz H, et al. mRNA vaccination boosts cross-variant neutralizing antibodies elicited by SARS-CoV-2 infection. Science. 2021;372(6549):1413-8. Available at: https://science.sciencemag.org/content/372/6549/1413

142. Cavanaugh AM, Spicer KB, Thoroughman D, Glick C, Winter K. Reduced Risk of Reinfection with SARS-CoV-2 After COVID-19 Vaccination - Kentucky, May-June 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021;70(32):1081-3. Available at: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7032e1.htm
143. Janssen C, Maillard A, Bodelet C, Claudel A-L, Gaillat J, Delory T, et al. Hesitancy towards COVID-19 Vaccination among Healthcare Workers: A Multi-Centric Survey in France. Vaccines. 2021;9(6):547. Available at: https://www.mdpi.com/2076-393X/9/6/547
144. European Commission (EC). State of Vaccine Confidence in the EU 2018. Luxembourg: : Publications Office of the European Union; 2018. Available at: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/vaccination/docs/2018_vaccine_confidence_en.pdf
145. Burgess RA, Osborne RH, Yongabi KA, Greenhalgh T, Gurdasani D, Kang G, et al. The COVID-19 vaccines rush: participatory community engagement matters more than ever. Lancet. 2021;397(10268):8-10. Available at: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32642-8/fulltext
146. World Health Organization (WHO). Communicating risk in public health emergencies: a WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice. Geneva: WHO; 2018. Available at: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550208
147. World Health Organization (WHO). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 4 August 2021. Geneva: WHO; 2021. Available at: https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-4-august-2021
148. Davies NG, Abbott S, Barnard RC, Jarvis CI, Kucharski AJ, Munday JD, et al. Estimated transmissibility and impact of SARS-CoV-2 lineage B.1.1.7 in England. Science. 2021 Apr 9;372(6538):eabg3055. Available at: https://science.sciencemag.org/content/372/6538/eabg3055.long
149. Volz E, Mishra S, Chand M, Barrett JC, Johnson R, Geidelberg L, et al. Assessing transmissibility of SARS-CoV-2 lineage B.1.1.7 in England. Nature. 2021;593(7858):266-9. Available at: https://www.nature.com/articles/s41586-021-03470-x
150. Statens Serum Institut (SSI). Kontakttal for virusvariant B.1.1.7. Copenaghen: SSI; 2021. Available at: https://covid19.ssi.dk/-/media/cdn/files/kontakttal-for-b117-d-3-februar-2021_04022021.pdf?la=da
151. Public Health England (PHE). Investigation of novel SARS-CoV-2 variant - Variant of Concern 202012/01 - Technical briefing 5. London: PHE; 2021. Available at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/959426/Variant_of_Concern_VOC_202012_01_Technical_Briefing_5.pdf
152. Davies NG, Jarvis CI, Group CC-W, Edmunds WJ, Jewell NP, Diaz-Ordaz K, et al. Increased mortality in community-tested cases of SARS-CoV-2 lineage B.1.1.7. Nature. 2021;593(7858):270-4. Available at: https://www.nature.com/articles/s41586-021-03426-1
153. Bager P, Wohlfahrt J, Fonager J, Rasmussen M, Albertsen M, Michaelsen TY, et al. Risk of hospitalisation associated with infection with SARS-CoV-2 lineage B.1.1.7 in Denmark: an observational cohort study. Lancet Infect Dis [Preprint]. 2021. DOI: 10.1016/S1473-3099(21)00290-5. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34171231
154. Graham MS, Sudre CH, May A, Antonelli M, Murray B, Varsavsky T, et al. Changes in symptomatology, reinfection, and transmissibility associated with the SARS-CoV-2 variant B.1.1.7: an ecological study. Lancet Public Health. 2021;6(5):e335-e45. Available at: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468266721000554
155. Chen Y, Shen H, Huang R, Tong X, Wu C. Serum neutralising activity against SARS-CoV-2 variants elicited by CoronaVac. Lancet Infect Dis. 2021;21(8):1071-2. Available at: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1473-3099(21)00287-5
156. Tegally H, Wilkinson E, Giovanetti M, Iranzadeh A, Fonseca V, Giandhari J, et al. Detection of a SARS-CoV-2 variant of concern in South Africa. Nature. 2021;592(7854):438-43. Available at: https://www.nature.com/articles/s41586-021-03402-9
157. Madhi SA, Baillie V, Cutland CL, Voysey M, Koen AL, Fairlie L, et al. Efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 Covid-19 Vaccine against the B.1.351 Variant. N Engl J Med. 2021;384(20):1885-98. Available at: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2102214
158. National Institute of Infectious Diseases (NIID), Japan. Brief report: New Variant Strain of SARS-CoV-2 Identified in Travelers from Brazil. NIID; 2021. Available at: https://www.niid.go.jp/niid/en/2019-ncov-e/10108-covid19-33-en.html
159. Fujino T, Nomoto H, Kutsuna S, Ujiie M, Suzuki T, Sato R, et al. Novel SARS-CoV-2 Variant in Travelers from Brazil to Japan. Emerg Infect Dis. 2021;27(4):1243–5. Available at: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/27/4/21-0138_article
160. Faria NR, Mellan TA, Whittaker C, Claro IM, Candido DDS, Mishra S, et al. Genomics and epidemiology of the P.1 SARS-CoV-2 lineage in Manaus, Brazil. Science. 2021;372(6544):815-21. Available at: https://science.sciencemag.org/content/372/6544/815
161. Souza WM, Amorim MR, Sesti-Costa R, Coimbra LD, Brunetti NS, Toledo-Teixeira DA, et al. Neutralisation of SARS-CoV-2 lineage P. 1 by antibodies elicited through natural SARS-CoV-2 infection or vaccination with an inactivated SARS-CoV-2 vaccine: an immunological study. The Lancet Microbe [Preprint]. 2021. DOI: 10.1016/S2666-5247(21)00129-4. Available at: https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247(21)00129-4/fulltext

Annex. Characteristics of the other four variants designated as VOCs by ECDC

ECDC regularly assesses new evidence on variants detected through epidemic intelligence, rules-based genomic variant screening, and other scientific sources.

Alpha

Several studies provide evidence of increased transmissibility of the Alpha VOC [8,153-155], based on contact tracing data from the UK. Attack rates are around 10-55% higher across most age groups when the case is infected with the Alpha VOC compared to earlier circulating variants in the UK [151]. In addition, studies in the UK and Denmark demonstrate that the Alpha VOC is associated with increased severity and mortality. The hazard of death associated with the Alpha VOC is 61% (95% CI: 42-82%) higher than with pre-existing variants [152] and infection with lineage the Alpha VOC is associated with an increased risk of hospitalisation compared to other lineages (adjusted odd ratio (OR) 1.64 (95% CI: 1.32-2.04)) [153]. Researchers in the UK demonstrated that rates of COVID-19 reinfection are not higher for the Alpha VOC compared to other pre-existing variants [154]. Several studies on vaccine effectiveness from EU authorised vaccines including Comirnaty, Spikevax, Vaxzevria show strong protection against symptomatic disease, severe disease, hospitalisation and death following a full vaccination course in the general population, in LTCF population and in older adults [34-38].

B.1.1.7+E484K

Data about transmissibility, severity and immunity of this variant are still very limited. However, the E484K mutation of the spike protein has been associated with a reduction in neutralisation activity by convalescent and vaccinee sera in multiple studies. For instance, this mutation was shown to reduce the antibody neutralisation compared to a wild type variant when introduced in the USA-WA1/2020 background [23]. Another study evaluated the neutralising activity against SARS-CoV-2 variants of the serum of healthcare workers vaccinated with CoronaVac. They found that the neutralisation efficiency was significantly decreased for viruses with the Beta, Gamma VOCs or B.1.526 (Iota) VOI genetic backgrounds (which all carry the E484K spike protein change) compared to the Alpha VOC and B.1.429 (which do not carry the change) [155].

Beta

The Beta variant was first identified in South Africa and data show that this lineage was likely to have emerged after the first wave of the epidemic in September 2020. The Beta variant rapidly replaced other variants in the country, suggesting that this lineage may be associated with increased transmissibility or immune escape [156]. A study from Qatar showed that the effectiveness of Comirnaty against any documented infection with the Beta VOC was 75.0% (95% CI: 70.5-78.9) at 14 or more days after the second dose [34]. Another study investigated the efficacy of Vaxzevria in South Africa with a multi-centre, double-blind, randomised controlled trial [157]. A two-dose regimen of this vaccine did not show protection against mild-to-moderate COVID-19 caused by the Beta VOC. In a secondary-outcome analysis, efficacy against the Beta VOC was not evident (vaccine efficacy (VE), 10.4%; 95% CI: −76.8-54.8). No cases of hospitalisation for severe COVID-19 were observed in the study, making the trial findings inconclusive with respect to whether Vaxzevria protects against severe COVID-19 caused by infection with the Beta VOC.

Gamma

In January 2021, Japan reported the detection of a new SARS-CoV-2 variant in travellers who arrived at Tokyo airport from Amazonas state, north Brazil [158,159]. The Gamma VOC is thought to have emerged in Brazil in November 2020. It was detected in samples collected in December 2020 in Manaus through genomic surveillance, after a rapid increase in hospitalisations [160]. In a recent modelling study, P.1 was estimated to be 1.7 to 2.4 times more transmissible compared to other variants circulating in Brazil. In the same study, protection against reinfection by Gamma or non-Gamma VOC was estimated; the Gamma VOC evades 21 to 46% of protective immunity elicited by a previous infection (with a non-Gamma VOC) compared to other variants [160]. Another study evaluated the levels of Gamma VOC neutralisation following natural infection and vaccination with CoronaVac, an inactivated COVID-19 vaccine developed by Sinovac Biotech. The vaccine has been approved in several countries, among them Brazil, China, Mexico, Thailand, and Turkey; it has not been authorised for use in the EU, but is under review. Plasma from COVID-19-convalescent donors had six times less neutralising activity against the Gamma VOC compared to the B-lineage. Moreover, five months after booster immunisation with CoronaVac, plasma from vaccinated individuals failed to efficiently neutralise the P.1 variant. This suggests that Gamma VOC may escape from neutralising antibodies derived from previously circulating variants of SARS-CoV-2 [161].

Productie 25

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

RIVM - EPI

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

T 030 274 91 11
info@rivm.nl

Effectiviteit van COVID-19 vaccinatie tegen ziekenhuis en intensive-care-opname in Nederland (opnames 11 juli – 14 november 2021)

18 november 2021

RIVM COVID-19 epidemiologie en surveillance team

Kernpunten

- Twee weken geleden rapporteerden wij een hoge vaccin-effectiviteit (VE) tegen ziekenhuis- en intensive-care (IC) opnames. De geüpdate cijfers tot en met 14 november laten nog steeds een hoge VE zien.
- De COVID-19 VE is 94% (95% BI 93-94) tegen ziekenhuisopname en 97% (95% BI 97-97) tegen intensive care (IC) opname over de periode 11 juli -14 november. Over de laatste acht weken was de VE respectievelijk 92% (95% BI 91-93) en 96% (95% BI 96-97).
- De VE tegen ziekenhuisopnames is wat lager bij mensen van 70 jaar of ouder dan in andere leeftijdsgroepen. In de hele periode (11 juli – 14 november) is de VE 89% (88-90) bij mensen van 70 jaar of ouder. In de afgelopen 8 weken was dit 86% (84-87).
- Een lichte afname van de VE tegen ziekenhuisopname is zichtbaar naar tijd sinds vaccinatie. Dit kan een resultaat zijn van zowel de recente hoge infectiedruk en van afname van vaccin-geïnduceerde immuniteit over de tijd.

Hier rapporteren wij COVID-19 vaccin-effectiviteit (VE) tegen ziekenhuis- en intensive-care (IC-) opname in Nederland, gebaseerd op ziekenhuisopnames tussen 11 juli en 14 november.

Resultaten

Tussen 11 juli en 14 november 2021 werden 9582 mensen met COVID-19 opgenomen in het ziekenhuis. Hiervan waren er 3142 (33%) volledig gevaccineerd op hun eerste ziektedag en 6028 (64%) ongevaccineerd (tabel 1). Specifiek voor de periode tussen 1 november en 14 november 2021 werden 2134 mensen met COVID-19 opgenomen in het ziekenhuis. Hiervan waren er 1001 (47%) volledig gevaccineerd op hun eerste ziektedag en 1087 (51%) ongevaccineerd (tabel 1).

Figuur 1a toont een 7-daags lopend gemiddelde van het dagelijks aantal ziekenhuisopnames voor ongevaccineerde en volledig gevaccineerde personen per leeftijdsgroep. Figuur 1b laat zien dat het dagelijks aantal opnames per 100.000 gevaccineerde personen (de incidentie) veel lager is dan het aantal opnames per 100.000 ongevaccineerde personen. Bij zowel gevaccineerden als ongevaccineerden is de incidentie gestegen door de hoge infectiedruk sinds oktober. Figuur 1c laat dezelfde incidenties zien, maar in dit figuur zijn de y-assen aangepast waardoor ook in de jongere leeftijdsgroepen de veranderingen in ziekenhuisopnames zichtbaar zijn. Figuur 2a toont een 7-daags lopend gemiddelde van het dagelijks aantal

IC-opnames voor ongevaccineerde en volledig gevaccineerde personen per leeftijdsgroep. Vanaf september is het absolute aantal opnames van ongevaccineerde en volledig gevaccineerde personen in de leeftijdsgroep vanaf 70 jaar vergelijkbaar. In Figuur 2b is te zien dat, net als voor alle ziekenhuisopnames, de incidentie van IC-opname onder gevaccineerden vele malen lager is dan onder ongevaccineerden. In Figuur 2c staan dezelfde incidenties, maar met aangepaste y-assen. Het aantal ziekenhuis- en IC-opnames van de laatste dagen is nog niet compleet door rapportagevertraging.

Tabel 2 geeft de mediane leeftijd weer van de personen opgenomen in het ziekenhuis, voor volledig gevaccineerde en ongevaccineerde patiënten. De mediane leeftijd van de gevaccineerde patiënten blijft beduidend hoger dan die van de ongevaccineerde patiënten. De jongere leeftijd van ongevaccineerde patiënten is te verklaren door de lagere vaccinatiegraad in jongere leeftijdsgroepen dan in oudere leeftijdsgroepen (Cijfers COVID-19 vaccinatieprogramma | RIVM). Daarnaast is de VE lager in ouderen dan in jongeren.

Over de periode 11 juli t/m 14 november 2021 is de VE tegen ziekenhuisopname na volledige vaccinatie 94% (95% BI 93-94), en varieert tussen 89% voor de groep vanaf 70 jaar en 97% voor 12–49-jarigen (Tabel 4). De VE tegen IC-opname is 97% (95% BI 97-97) en varieert tussen 95% voor de oudste en 99% voor de jongste leeftijdsgroep. In de laatste acht weken, de periode waarin de infectiedruk toenam, is de overall VE respectievelijk 92% (95% BI 91-93) en 96% (95% BI 96-97) (Tabel 5). In de leeftijdsgroep 70 jaar en ouder is de VE 86% (95% BI 84-87) en 94% (95% BI 92-95) tegen ziekenhuis- en IC-opname. We zien dat de VE licht afneemt over kalendertijd. Dit heeft verschillende mogelijke verklaringen. De mensen die recent zijn opgenomen hebben gemiddeld een langere tijd sinds vaccinatie dan mensen die eerder zijn opgenomen en de VE neemt licht af met tijd sinds vaccinatie, wat de lagere VE in de laatste 8 weken deels verklaart. Daarnaast kunnen de verhoogde infectiedruk, een toenemend verschil in mate van blootstelling (door bijvoorbeeld ander gedrag) tussen gevaccineerden en ongevaccineerden, en een relatief grotere toename van immuniteit na infectie in de ongevaccineerde groep leiden tot een iets lagere VE naar kalendertijd.

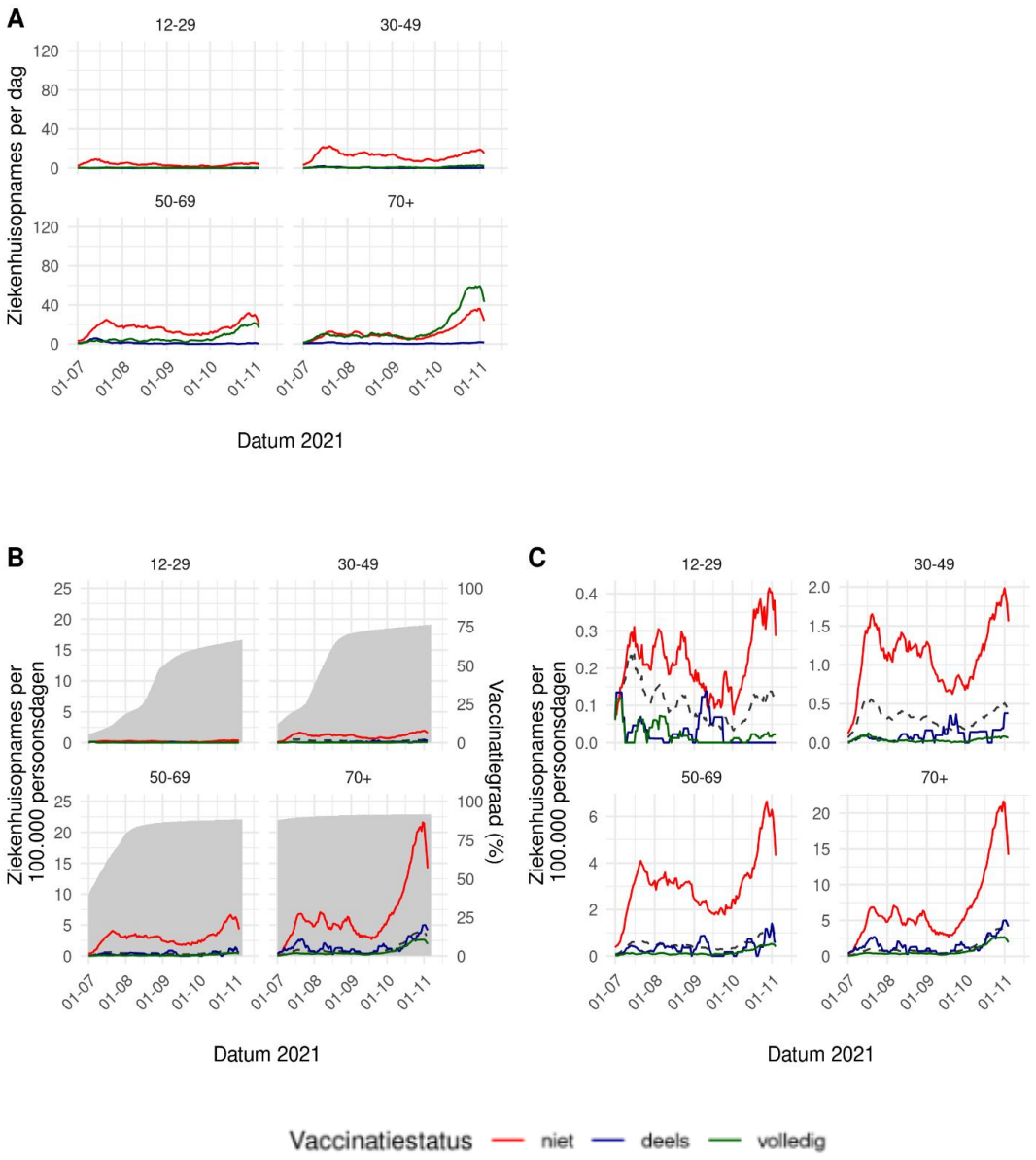
Over de periode 11 juli t/m 14 november 2021 is de VE voor Comirnaty® (BioNTech/Pfizer) 95% tegen ziekenhuisopname en 98% tegen IC-opname (Tabel 6). De VE voor Vaxzevria® (AstraZeneca) is 91% tegen ziekenhuisopname en 95% tegen IC-opname, voor Janssen® liggen deze percentages op 93% en 96%. De VE van Spikevax® tegen ziekenhuis- en IC-opname voor de medisch hoog-risico groep is geschat op respectievelijk 58% en 71%. Voor de overige met Spikevax® gevaccineerde groep is de VE 96% en 97% tegen ziekenhuis- en IC-opname, respectievelijk.

Tabel 7 toont de geschatte VE naar tijd sinds volledige vaccinatie. Minimaal 25 weken na volledige vaccinatie is de VE voor 12-49-jarigen 95% (95% BI 88-97%), voor 50-69-jarigen 93% (95% BI 90-95%) en

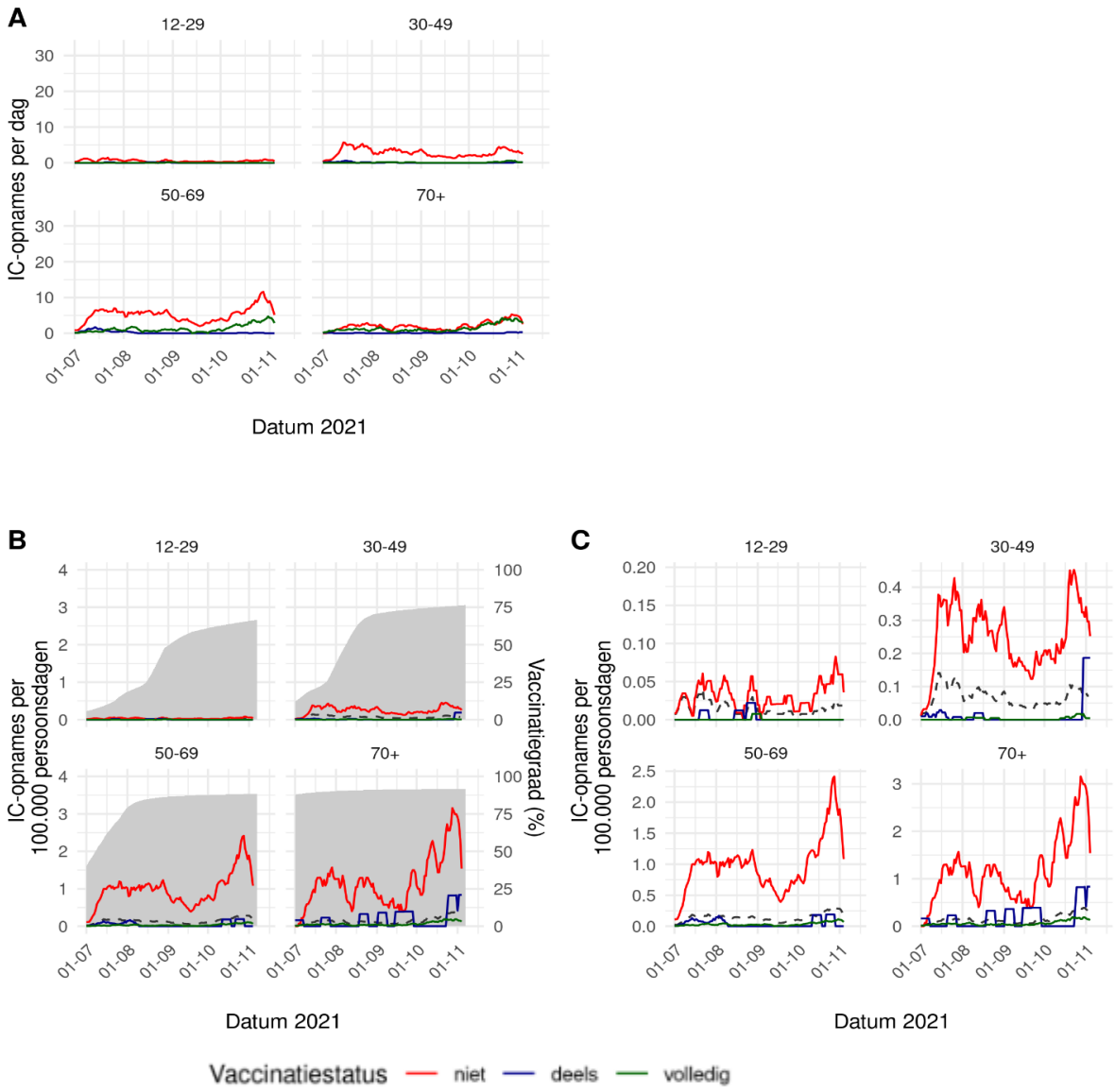
voor de groep vanaf 70 jaar 88% (95% BI 87-90%) tegen ziekenhuisopname. Tegen IC- opname is de VE na minimaal 25 weken 100% voor de 12-49-jarigen, 98% (95% BI 94-99) voor de 50-69-jarigen en voor de groep vanaf 70 jaar 94% (95% BI 90-97).

Tabel 8 toont de geschatte VE naar tijd sinds volledige vaccinatie per vaccin. De VE neemt licht af over de tijd sinds volledige vaccinatie bij alle vaccins behalve Janssen. Minimaal 25 weken na volledige vaccinatie is de VE van Comirnaty® 94% (95%BI 91-96%) in 50-69-jarigen en 88% (95%BI 86-90%) in mensen van 70 jaar en ouder. De VE van Vaxzevria® is 87% (95%BI 81-90%) in 50-69-jarigen 20-24 weken na volledige vaccinatie. De schattingen voor andere vaccins en leeftijdsgroepen zijn erg onzeker vanwege kleine aantallen.

In het rapport van 3 november 2021 lieten we vergelijkbare, hoge VE schattingen tegen ziekenhuis- en IC- opnames zien in alle leeftijdsgroepen en voor alle vaccins. De huidige cijfers bevestigen dit beeld. We zien, wederom, iets lagere VE voor de oudste leeftijdsgroepen en een lichte afname van de VE tegen ziekenhuisopname naar tijd sinds vaccinatie maar deze lijkt tot op heden niet nog verder afgenomen te zijn.



Figuur 1. A. Dagelijks aantal COVID-19 ziekenhuisopnames onder niet, deels en volledig gevaccineerde personen, per leeftijdsgroep. B. Incidentie per 100.000 personen van aantal COVID-19 ziekenhuisopnames onder niet, deels en volledig gevaccineerde personen, per leeftijdsgroep. C. Incidentie per 100.000 personen van aantal COVID-19 ziekenhuisopnames onder niet, deels en volledig gevaccineerde personen, per leeftijdsgroep, aangepaste y-assen.
De lijnen geven een 7-daags lopend gemiddelde in de periode 1 juli– 7 november 2021 (de geschatte eerste ziektedag van opnames op 14 november). De onderbroken donkergrijze lijn toont de incidentie in de gehele leeftijdsgroep. Het donkergrijze vlak toont de vaccinatiegraad in de leeftijdsgroep voor volledige vaccinatie. Het aantal ziekenhuisopnames van de laatste dagen is nog niet compleet door rapportagevertraging. Bron: NICE, CIMS, CoronIT, peildatum 15 november 2021.



Figuur 2. A. Dagelijks aantal COVID-19 IC-opnames onder niet, deels en volledig gevaccineerde personen, per leeftijdsgroep. B. Incidentie per 100.000 personen van aantal COVID-19 IC-opnames onder niet, deels en volledig gevaccineerde personen, per leeftijdsgroep. C. Incidentie per 100.000 personen van aantal COVID-19 IC-opnames onder niet, deels en volledig gevaccineerde personen, per leeftijdsgroep, aangepaste y-assen. De lijnen geven een 7-daags lopend gemiddelde in de periode 1 juli – 7 november 2021 (de geschatte eerste ziektedag van opnames op 14 november). De onderbroken donkergrijze lijn toont de incidentie in de gehele leeftijdsgroep. Het donkergrijze vlak toont de vaccinatiegraad in de leeftijdsgroep voor volledige vaccinatie. Het aantal IC-opnames van de laatste dagen is nog niet compleet door rapportagevertraging. Bron: NICE, CIMS, CoronIT, peildatum 15 november 2021.

Tabel 1. Aantal ziekenhuis- en IC-opnames met COVID-19 naar vaccinatiestatus per maand en percentage niet, deels en volledig gevaccineerden. Bij het berekenen van de percentages is de groep met onbekende vaccinatiestatus niet meegerekend in de noemer.*

Ziekenhuisopnames[#]								
Maand 2021	Totaal	Niet gevaccineerd		Deels gevaccineerd		Volledig gevaccineerd		Vaccinatiestatus onbekend
		aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal
Juli	1498	1096	74%	140	9%	244	16%	18
Augustus	1966	1461	75%	66	3%	412	21%	27
September	1390	982	72%	31	2%	354	26%	23
Oktober	2594	1402	55%	28	1%	1131	44%	33
November	2134	1087	51%	31	1%	1001	47%	15
Totaal	9582	6028	64%	296	3%	3142	33%	116
IC-opnames								
Maand 2021	Totaal	Niet gevaccineerd		Deels gevaccineerd		Volledig gevaccineerd		Vaccinatiestatus onbekend
		aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal
Juli	313	241	79%	30	10%	34	11%	8
Augustus	435	358	84%	10	2%	58	14%	9
September	290	233	83%	3	1%	45	16%	9
Oktober	473	329	71%	2	0,4%	130	28%	12
November	331	224	69%	6	2%	94	29%	7
Totaal	1842	1385	77%	51	3%	361	20%	45

*COVID-19 ziekenhuis- en IC-opnames geregistreerd in NICE van 11 juli tot en met 14 november 2021. Door de start van de delta variant periode is de maand juli niet compleet geïncludeerd, ook is de maand november nog niet compleet. Ook kunnen opnames nog na worden geregistreerd over voorbije maanden.
[#]Totaal aantal ziekenhuisopnames, inclusief de IC-opnames

Tabel 2. Mediane leeftijd van patiënten opgenomen met COVID-19 in het ziekenhuis en op de IC per maand

Ziekenhuisopnames (mediane leeftijd (25e en 75e percentiel))			
Maand 2021	Totaal	Niet gevaccineerd	Volledig gevaccineerd
Juli	54 (39-69)	49 (35-62)	76 (63-84)
Augustus	58 (42-72)	53 (39-66)	75 (64-83)
September	60 (44-74)	54 (40-68)	75 (64-83)
Oktober	70 (55-79)	61 (44-73)	77 (68-84)
November	71 (57-81)	63 (48-75)	76 (67-84)
IC-opnames (mediane leeftijd (25e en 75e percentiel))			
Maand 2021	Totaal	Niet gevaccineerd	Volledig gevaccineerd
Juli	56 (46-66)	53 (42-65)	73 (63-77)
Augustus	57 (46-66)	55 (44-65)	68 (64-74)
September	58 (47-68)	57 (44-66)	68 (59-74)
Oktober	64 (53-71)	61 (49-69)	70 (64-77)
November	63 (53-72)	61 (50-69)	68 (61-75)

NB COVID-19 ziekenhuis- en IC-opnames geregistreerd in NICE van 11 juli tot en met 14 november 2021. Door de start van de delta variant periode is de maand juli niet compleet geïncludeerd, ook is de maand november nog niet compleet. Ook kunnen opnames nog na worden geregistreerd over voorbije maanden.

Tabel 3. Aantal ziekenhuis en IC opnames in de periode 11 juli – 14 november 2021 per leeftijdsgroep, zoals geïncludeerd in de berekeningen van vaccin-effectiviteit.

	Ziekenhuisopnames			**IC opnames**		
Leeftijd (jaar)	**Vaccinatiestatus**			**Vaccinatiestatus**		
	Niet	Deels	Volledig	Niet	Deels	Volledig
12-49	2105	68	144	431	11	11
50-69	2105	120	808	674	29	169
≥70	1543	79	2156	265	9	178

Tabel 4. Vaccin-effectiviteit (VE) tegen ziekenhuis en IC opnames met 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) in de periode 11 juli – 14 november 2021, per leeftijdsgroep.

	VE % (95% BI)			
	Ziekenhuisopnames		**IC opnames**	
Leeftijd (jaar)	Deels gevaccineerd	Volledig gevaccineerd	Deels gevaccineerd	Volledig gevaccineerd
12-49	94% (93-95)	97% (96-97)	96% (92-98)	99% (98-99)
50-69	90% (88-92)	96% (95-96)	92% (89-95)	97% (97-98)
≥70	80% (74-84)	89% (88-90)	80% (61-90)	95% (94-96)
Overall	89% (87-90)	94% (93-94)	92% (90-94)	97% (97-97)

Tabel 5. Vaccin-effectiviteit (VE) voor volledige vaccinatie tegen ziekenhuis en IC-opname met 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) in de periode 20 september – 14 november 2021, per leeftijdsgroep

	VE % (95% BI)	
Leeftijd (jaar)	**Ziekenhuisopnames**	**IC opnames**
< 70	95% (95-96)	97% (97-98)
≥70	86% (84-87)	94% (92-95)
Overall	92% (91-93)	96% (96-97)

Tabel 6. Vaccin effectiviteit (VE) tegen ziekenhuis - en IC-opnames met 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) in de periode 11 juli – 14 november 2021, per leeftijdsgroep, opgesplitst naar type vaccin.

	Ziekenhuisopname		**IC opname**	
Leeftijd (jaar)	*Aantal*	*VE % (95% BI)*	*Aantal*	*VE % (95% BI)*
Comirnaty® (BioNTech/Pfizer)				
12-49	68	98% (97-98)	5	99% (98-100)
50-69	318	98% (97-98)	56	99% (98-99)
70+	1994	89% (88-90)	157	96% (94-96)
Overall	2380	95% (95-95)	218	98% (97-98)
Spikevax® (Moderna)				
- **Medisch hoog-risico groep Spikevax® (Moderna) (1)**				
12-49	32	61% (45-73)	0	100% (--)
50-69	100	69% (62-75)	27	75% (62-83)
70+	43	36% (12-54)	15	43% (3-67)
Overall	175	58% (51-65)	42	71% (61-79)
- **Overig Spikevax® (Moderna)**				
12-49	13	98% (96-99)	3	98% (93-99)
50-69	33	96% (95-97)	11	96% (92-98)
70+	30	89% (85-93)	0	100% (--)
Overall	76	96% (94-96)	14	97% (94-98)
Vaxzevria® (AstraZeneca)				
12-49	11	95% (90-97)	1	98% (85-100)
50-69	313	94% (93-95)	67	96% (95-97)
70+	89	73% (67-79)	6	85% (66-93)
Overall	413	91% (89-92)	74	95% (94-96)
Janssen®				
12-49	20	94% (91-96)	2	97% (89-99)
50-69	44	94% (92-96)	8	96% (93-98)
Overall	64	93% (91-95)	10	96% (93-98)

1. *De uitsplitsing van gevaccineerden met Spikevax (Moderna) in een medisch hoog-risico groep en overig is gebaseerd op de toediener van de eerste vaccinatie als proxy. Personen die een eerste vaccinatie hebben toegediend gekregen door een medisch specialist of een ziekenhuis zijn toegewezen aan de medisch hoog-risico groep.*

Tabel 7. Vaccin effectiviteit (VE) tegen ziekenhuis - en IC-opnames met 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) in de periode 11 juli – 14 november 2021, per leeftijdsgroep en tijdsperiode na volledige vaccinatie.

		Ziekenhuisopname		**IC opname**	
Leeftijd	Tijdsinterval na volledige vaccinatie	Aantal	VE % (95% BI)	Aantal	VE % (95% BI)
12-49	Ongevaccineerd	2105		431	
	0-4 weken	17	99% (98-99)	0	100% (--)
	5-9 weken	30	98% (97-98)	1	100% (97-100)
	10-14 weken	48	96% (95-97)	6	98% (95-99)
	15-19 weken	22	94% (91-96)	3	96% (88-99)
	20-24 weken	18	87% (79-92)	0	100% (--)
	25 weken of meer	7	95% (88-97)	0	100% (--)
50-69	Ongevaccineerd	2105		674	
	0-4 weken	76	98% (97-98)	14	99% (98-99)
	5-9 weken	119	97% (97-98)	27	98% (97-99)
	10-14 weken	210	96% (95-96)	47	97% (96-98)
	15-19 weken	257	95% (94-96)	57	97% (95-97)
	20-24 weken	98	91% (89-93)	20	94% (91-96)
	25 weken of meer	44	93% (90-95)	4	98% (94-99)
70+	Ongevaccineerd	1543		265	
	0-4 weken	35	89% (84-92)	2	98% (93-100)
	5-9 weken	137	90% (88-92)	30	95% (92-97)
	10-14 weken	246	89% (87-91)	27	96% (93-97)
	15-19 weken	487	89% (87-90)	47	96% (94-97)
	20-24 weken	602	88% (86-89)	56	94% (92-96)
	25 weken of meer	631	88% (87-90)	16	94% (90-97)

Tabel 8. Vaccin effectiviteit (VE) tegen ziekenhuis opnames met 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) in de periode 11 juli – 14 november 2021, per leeftijdsgroep, type vaccin en tijdsperiode na volledige vaccinatie.

		Ziekenhuisopnames	
Leeftijd	Tijdsinterval na volledige vaccinatie	Aantal	VE % (95% BI)
Comirnaty® (BioNTech/Pfizer)			
12-49	0-4 weken	9	99% (98-100)
	5-9 weken	14	99% (98-99)
	10-14 weken	24	97% (96-98)
	15-19 weken	10	95% (91-98)
	20-24 weken	6	91% (81-96)
	25 weken of meer	5	96% (90-98)
50-69	0-4 weken	24	99% (98-99)
	5-9 weken	45	99% (98-99)
	10-14 weken	75	98% (97-98)
	15-19 weken	133	97% (96-97)
	20-24 weken	10	99% (97-99)
	25 weken of meer	31	94% (91-96)
70+	0-4 weken	24	91% (87-94)
	5-9 weken	119	92% (90-93)
	10-14 weken	199	91% (89-92)
	15-19 weken	456	89% (88-91)
	20-24 weken	578	88% (87-90)
	25 weken of meer	616	88% (86-90)
Spikevax® (Moderna)			
- **Medisch hoog-risico groep Spikevax® (Moderna) (1)**			
12-49	0-4 weken	0	100% (--)
	5-9 weken	8	57% (15-79)
	10-14 weken	9	53% (9-75)
	15-19 weken	6	67% (27-85)
	20-24 weken	7	43% (-20-73)
	25 weken of meer	1	1% (-612-86)
50-69	0-4 weken	0	100% (--)
	5-9 weken	10	75% (53-87)
	10-14 weken	22	69% (52-80)
	15-19 weken	18	71% (54-82)
	20-24 weken	42	61% (47-72)
	25 weken of meer	6	67% (25-85)

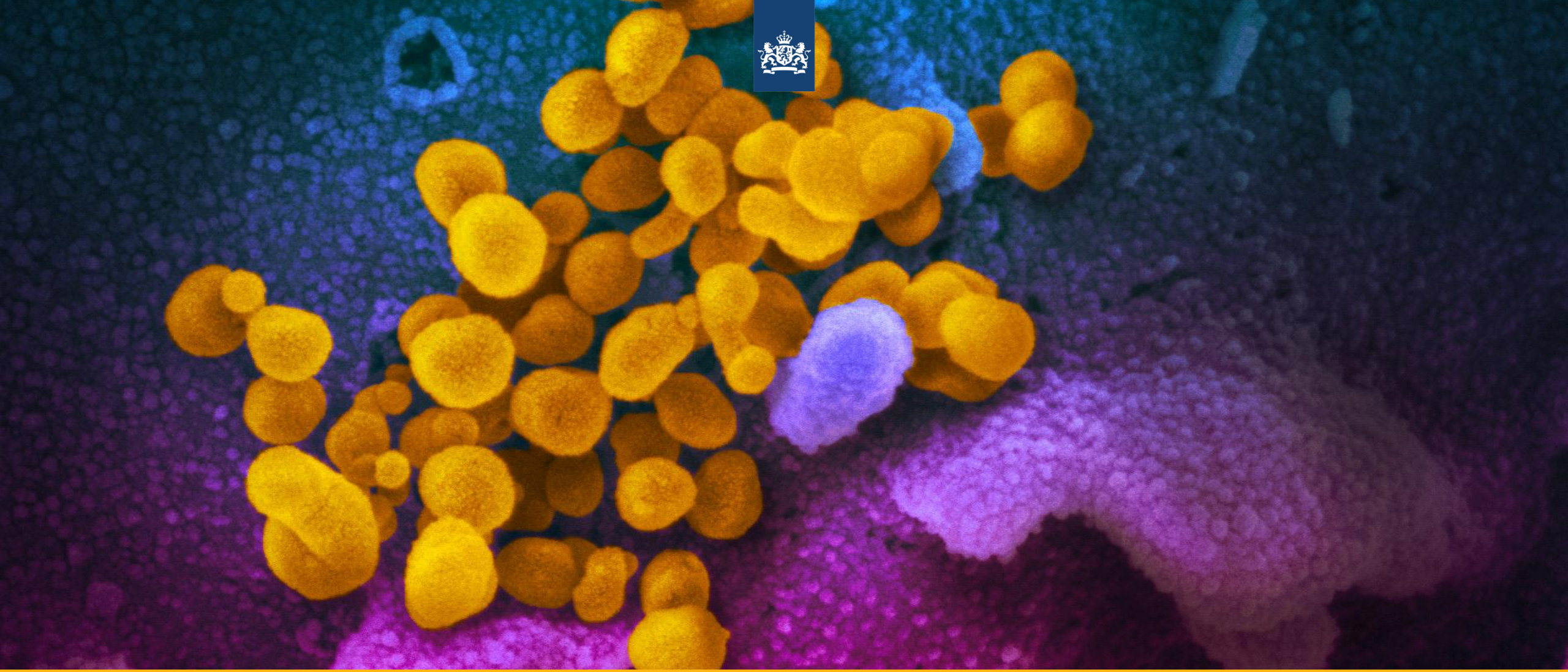
70+	0-4 weken	NA	NA
	5-9 weken	9	-69% (-234-15)
	10-14 weken	10	11% (-69-53)
	15-19 weken	4	59% (-10-85)
	20-24 weken	20	43% (9-65)
	25 weken of meer	0	100% (--)
- **Overig Spikevax® (Moderna)**			
12-49	0-4 weken	2	99% (96-100)
	5-9 weken	3	98% (94-99)
	10-14 weken	4	98% (94-99)
	15-19 weken	1	98% (84-100)
	20-24 weken	1	91% (34-99)
	25 weken of meer	1	91% (37-99)
50-69	0-4 weken	5	97% (94-99)
	5-9 weken	5	97% (93-99)
	10-14 weken	8	97% (95-99)
	15-19 weken	6	96% (91-98)
	20-24 weken	3	92% (75-97)
	25 weken of meer	6	85% (65-93)
70+	0-4 weken	0	100% (--)
	5-9 weken	0	100% (--)
	10-14 weken	3	87% (58-96)
	15-19 weken	2	94% (78-99)
	20-24 weken	4	89% (71-96)
	25 weken of meer	15	89% (82-93)
Vaxzevria® (AstraZeneca)			
12-49	0-4 weken	0	100% (--)
	5-9 weken	2	96% (85-99)
	10-14 weken	4	92% (78-97)
	15-19 weken	2	96% (83-99)
	20-24 weken	3	89% (65-96)
	25 weken of meer	0	100% (--)
50-69	0-4 weken	29	97% (95-98)
	5-9 weken	52	95% (93-96)
	10-14 weken	95	93% (92-95)
	15-19 weken	92	92% (90-94)
	20-24 weken	43	87% (81-90)
	25 weken of meer	1	96% (73-99)

70+	0-4 weken	11	77% (58-87)
	5-9 weken	9	80% (62-90)
	10-14 weken	34	71% (59-80)
	15-19 weken	25	71% (56-81)
	20-24 weken	0	100% (--)
	25 weken of meer	NA	NA
Janssen®			
12-49	0-4 weken	6	93% (85-97)
	5-9 weken	3	97% (90-99)
	10-14 weken	7	93% (84-96)
	15-19 weken	3	94% (82-98)
	20-24 weken	1	94% (54-99)
	25 weken of meer	NA	NA
50-69	0-4 weken	18	87% (79-92)
	5-9 weken	7	96% (91-98)
	10-14 weken	10	94% (89-97)
	15-19 weken	8	97% (94-99)
	20-24 weken	0	100% (--)
	25 weken of meer	NA	NA

** NA = not applicable, onvoldoende data beschikbaar in betreffende tijdsperiode na vaccinatie*
(1) De uitsplitsing van gevaccineerden met Spikevax (Moderna) in een medisch hoog-risico groep en overig is gebaseerd op de toediener van de eerste vaccinatie als proxy. Personen die een eerste vaccinatie hebben toegediend gekregen door een medisch specialist of een ziekenhuis zijn toegewezen aan de medisch hoog-risico groep.

Methoden
De effectiviteit tegen zienhuisopname van de COVID-19 vaccins wordt gemonitord door het RIVM, door gegevens van de ziekenhuisopnameregistratie van Stichting NICE te verrijken met vaccinatiegegevens uit het centrale COVID-19 vaccinatieregister (CIMS). Een omschrijving van de gebruikte methoden, en eerdere resultaten, zijn te vinden in twee voorgaande rapporten (rapport van 27 augustus 2021 en rapport van 03 november 2021) en een wetenschappelijke prepublicatie. Voor de rapportages vanaf 3 november is de eerste ziektedag voor alle leeftijdsgroepen geschat op 7 dagen voor de ziekenhuisopname.

Productie 26



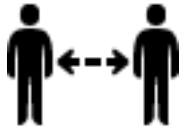
COVID-19 Tweede Kamer briefing 01.12.2021

Jaap Van Dissel | Centrum Infectieziektebestrijding RIVM |

COVID-19 | Wat is en blijft belangrijk?



- Blijf thuis bij klachten en laat je testen



- Houd 1,5 m afstand, vermijd drukke plekken



- Was je handen regelmatig met water en zeep

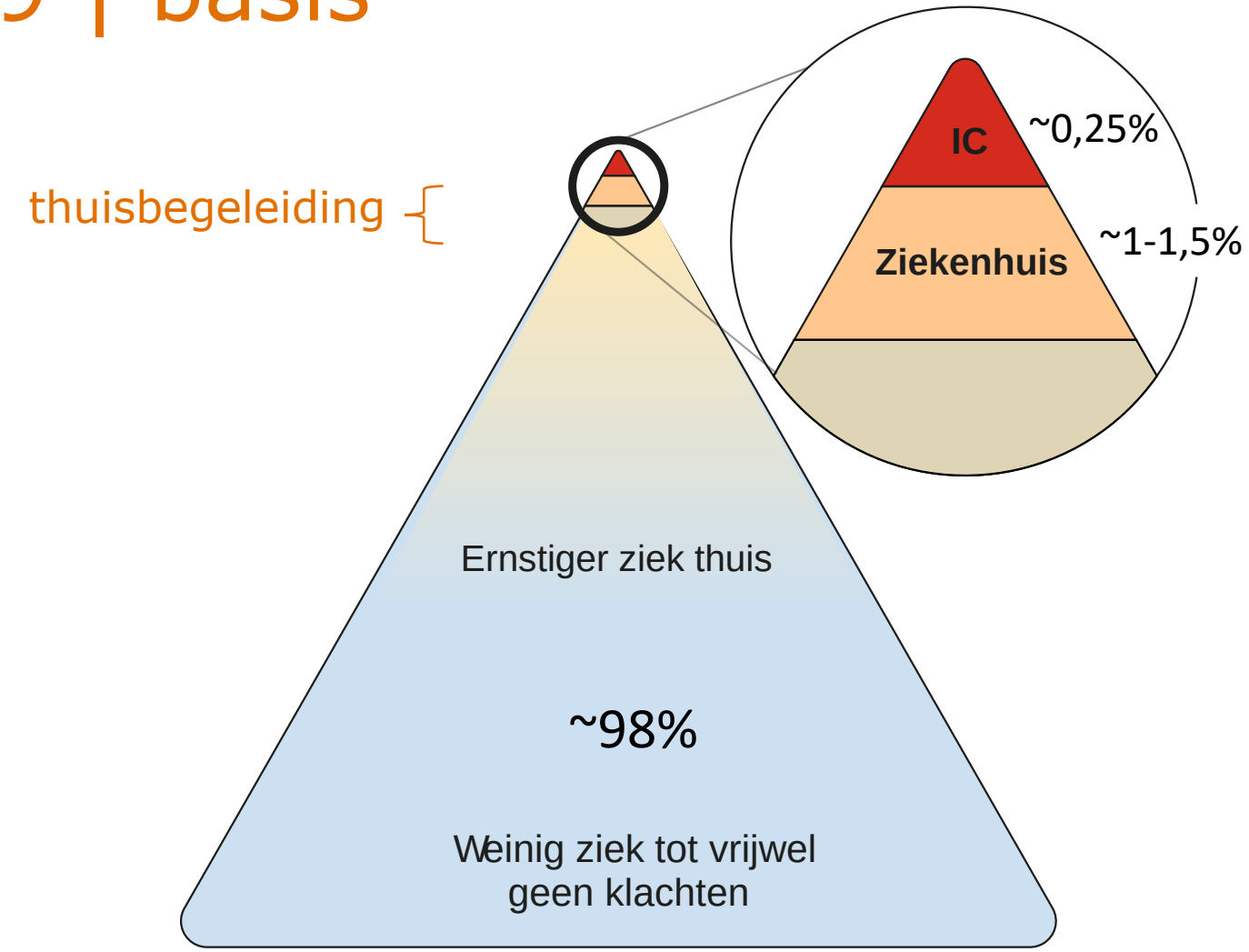


- Werk zoveel mogelijk thuis



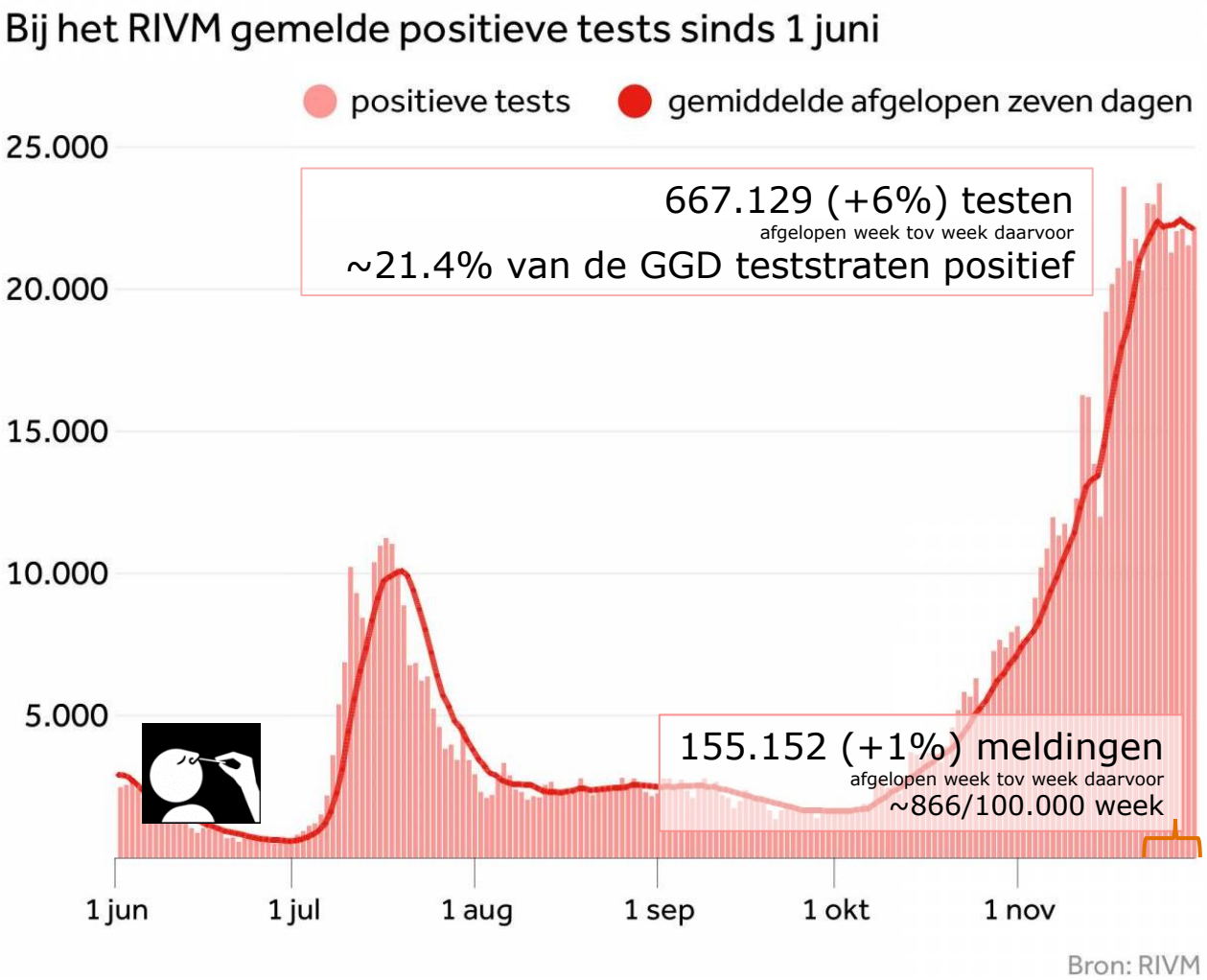
- Zorg voor frisse lucht: ventileer

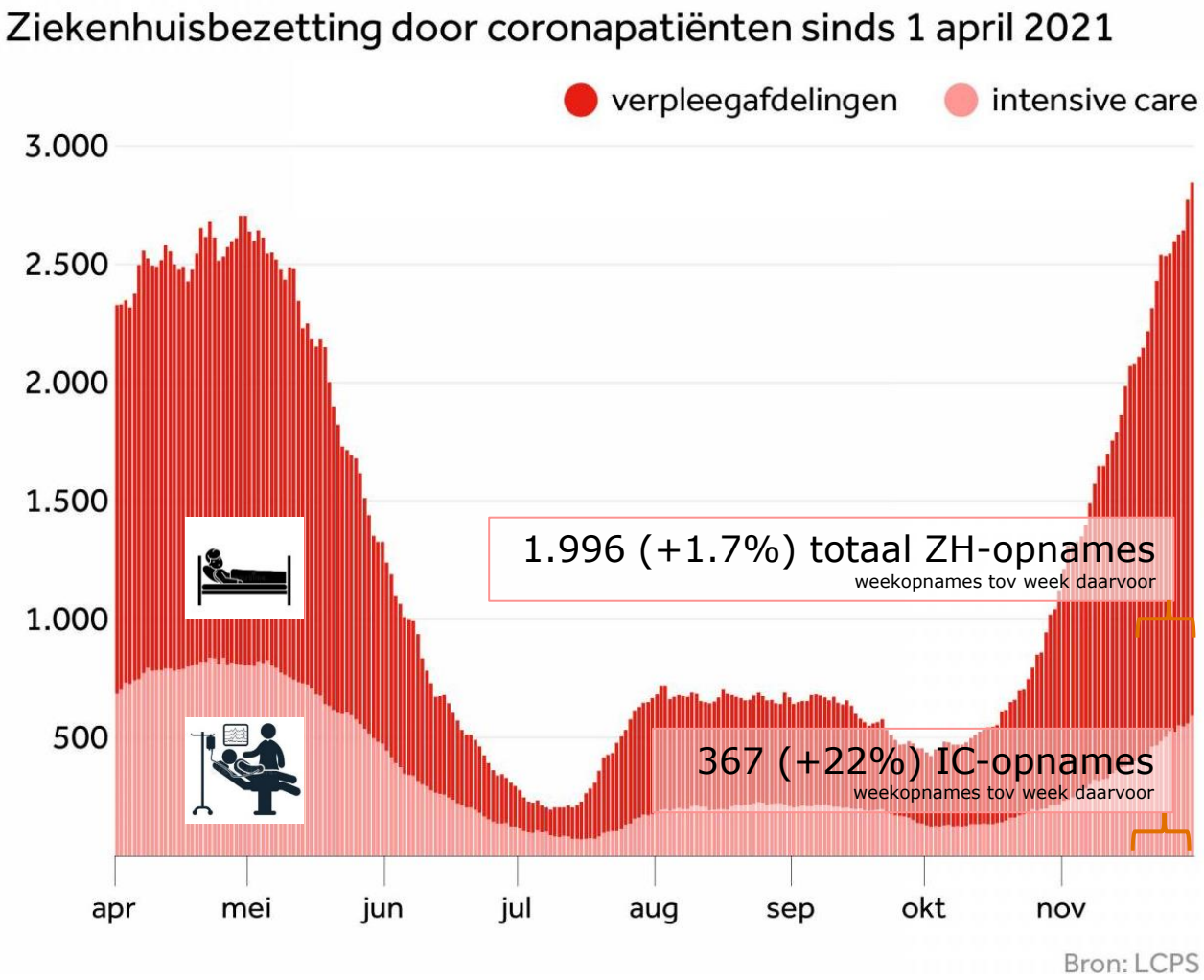
COVID-19 | basis



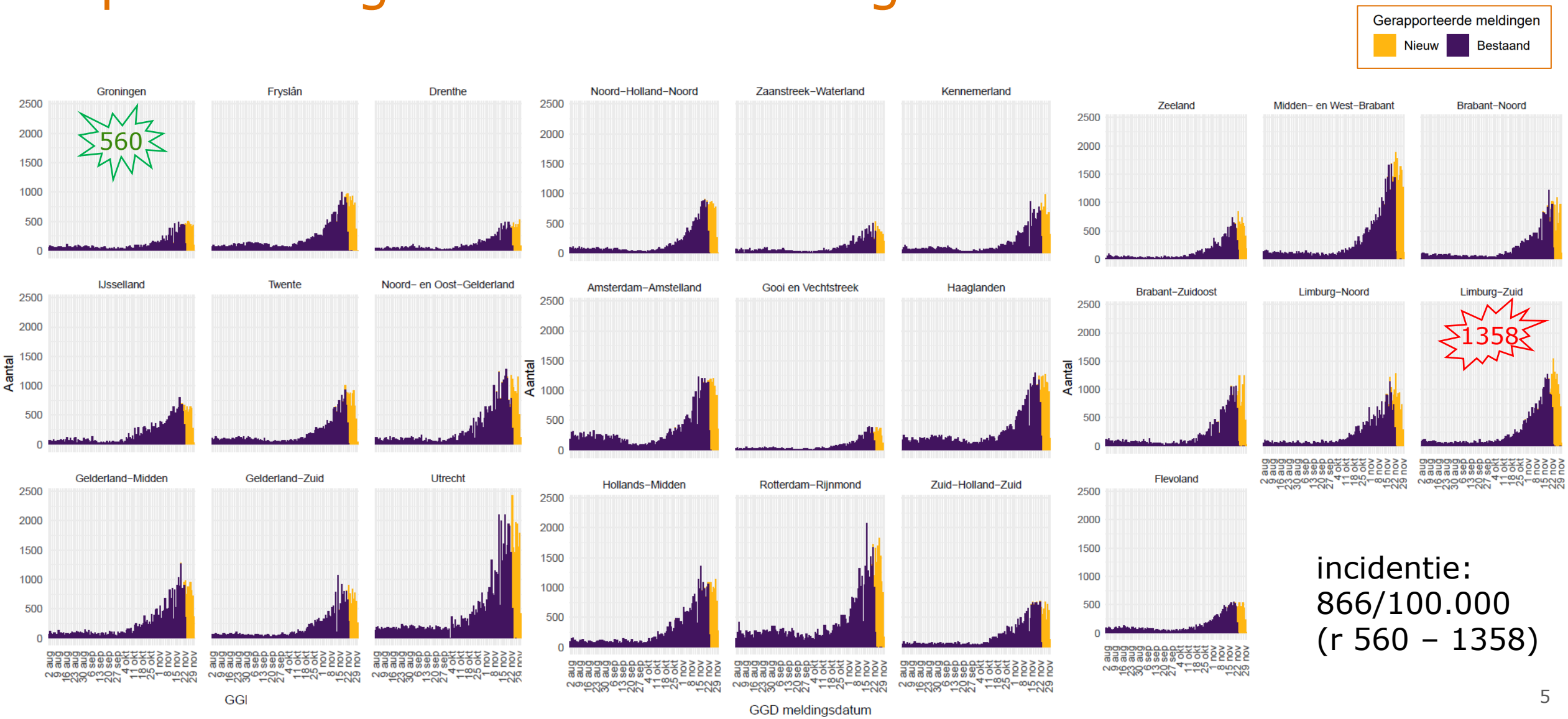
cf. RIVM/NOS/LCPS

Epidemiologie
meldingen, ziekenhuis- en IC-opnames



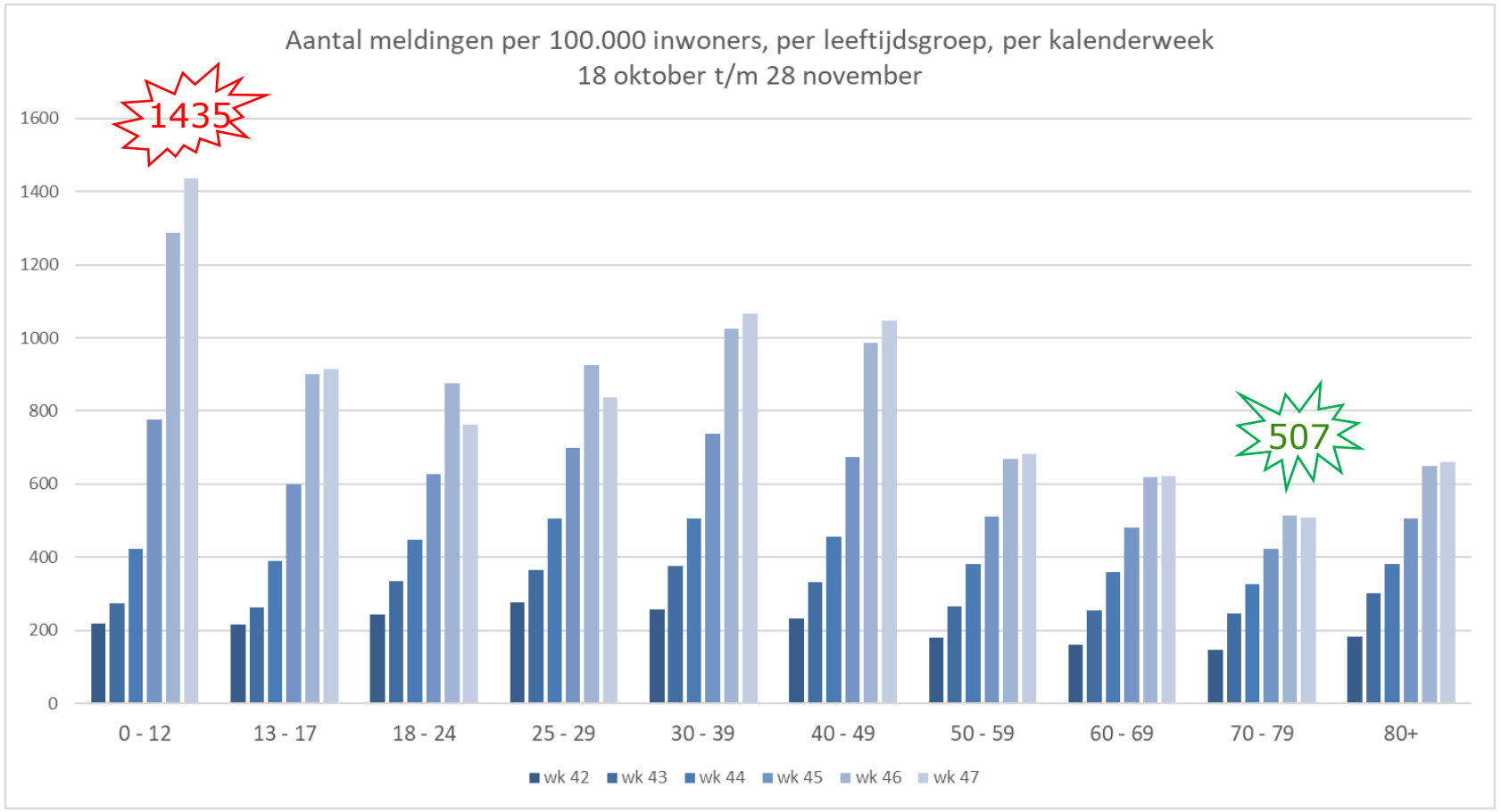


Epidemiologisch beeld naar regio's



incidentie:
866/100.000
(r 560 – 1358)

Meldingen aan de GGD'en, naar leeftijd

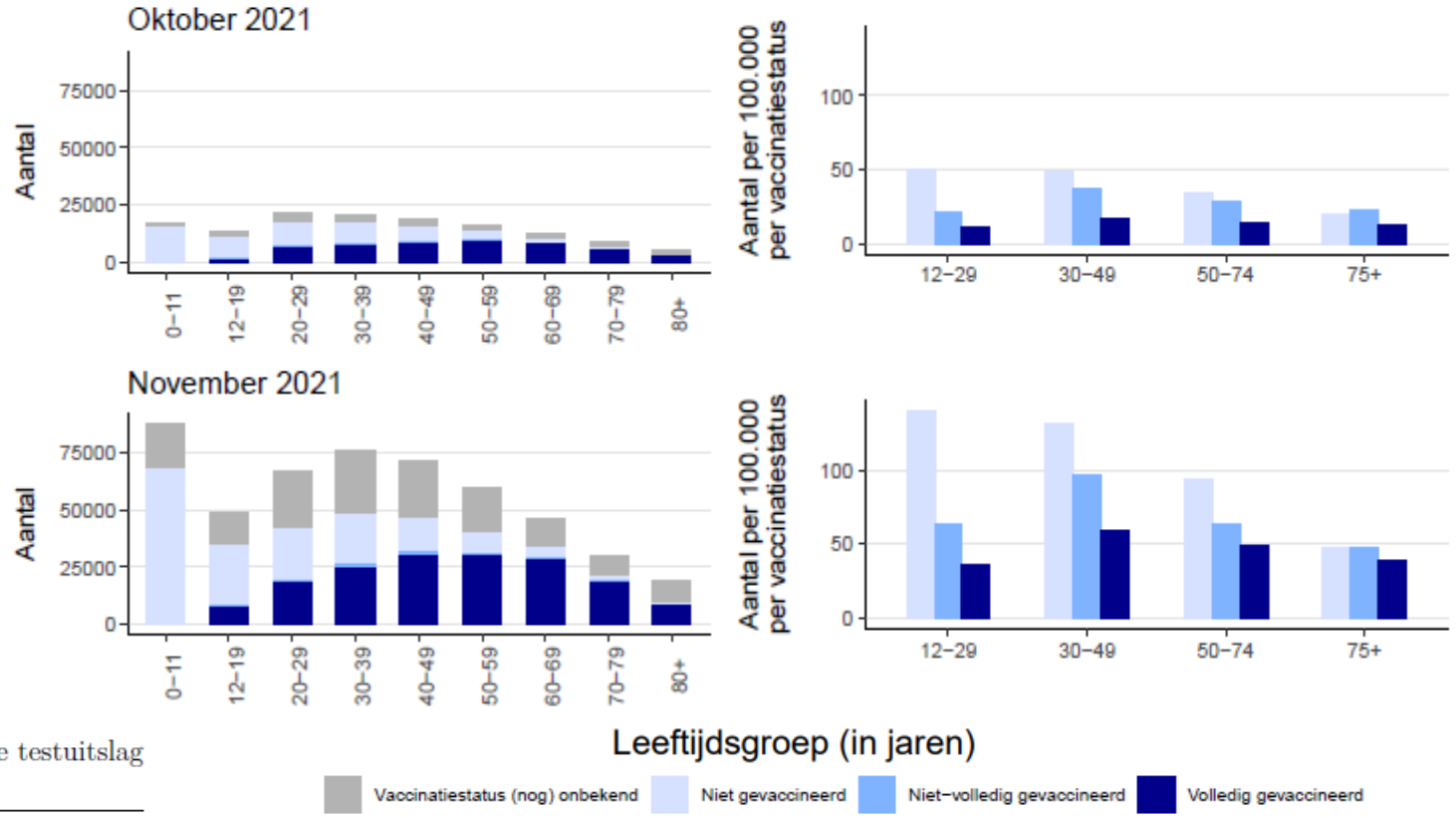


Afgelopen kalenderweek

(**wk 47**, 22 nov – 28 nov):

- range: 507 – 1435 per 100.000
- toename in leeftijdsgroepen 0-12, 30-39 en 40–49 jaar
- afname in leeftijdsgroepen 18–24 en 25–29 jaar.
- in overige leeftijdsgroepen stabilisatie

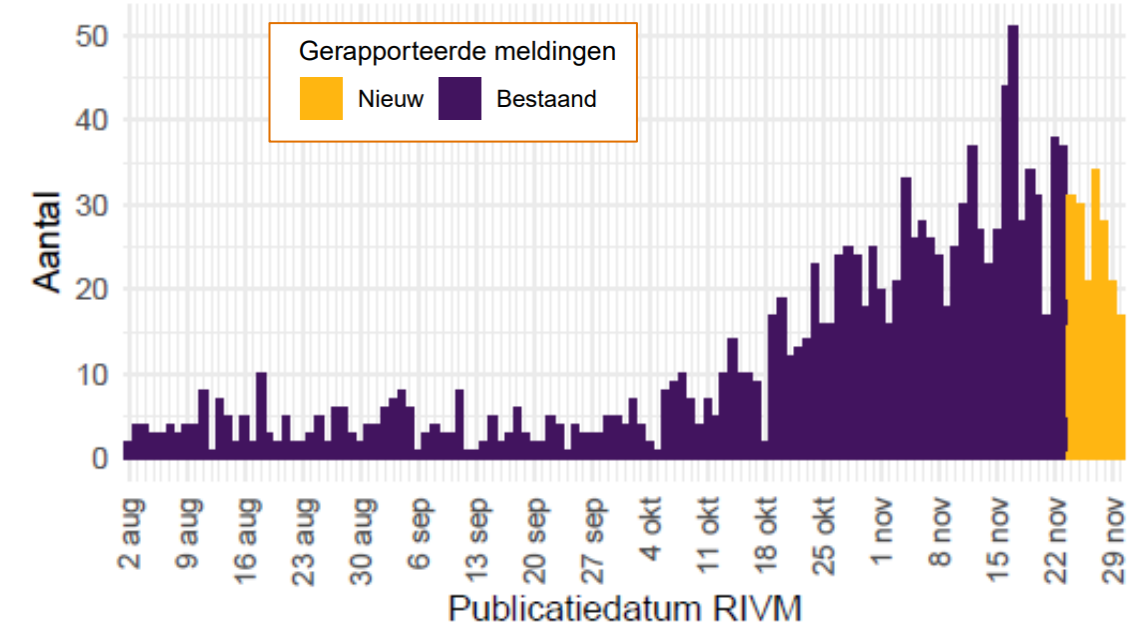
Epidemiologisch beeld naar vaccinatiestatus

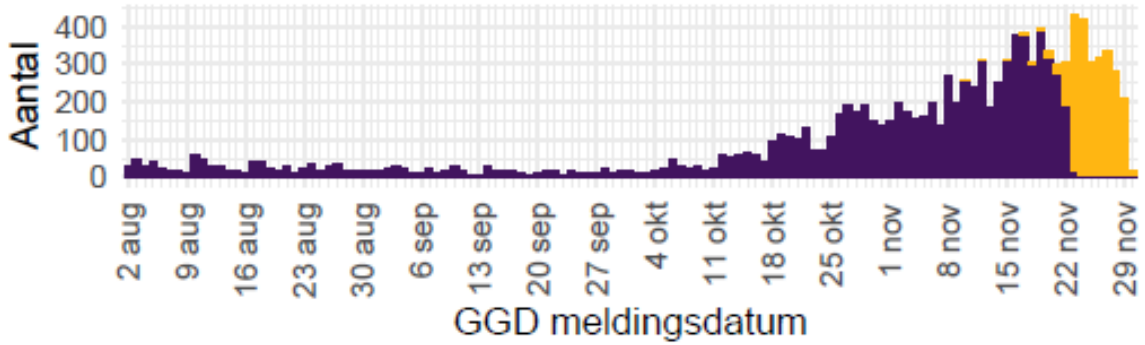


Vaccinatiestatus van aan de GGD'en gemelde personen met een positieve testuitslag voor SARS-CoV-2, per maand, vanaf augustus 2021.

	Augustus		September		Oktober		November[1]	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Totaal gemeld	75705	-	60852	-	135291	-	503541	-
Vaccinatiestatus (nog) onbekend[2]	10467	14%	7340	12%	19156	14%	154449	31%
Vaccinatiestatus bekend[2]	65238	86%	53512	88%	116135	86%	349092	69%
Volledig gevaccineerd[3]	*16403*	*25%*	*16334*	*31%*	*53975*	*46%*	*170458*	*49%*
Niet-volledig gevaccineerd[4]	*8045*	*12%*	*1911*	*4%*	*3523*	*3%*	*7069*	*2%*
Niet gevaccineerd[4]	*40790*	*63%*	*35267*	*66%*	*58637*	*50%*	*171565*	*49%*

Verpleeghuizen en wooncentra

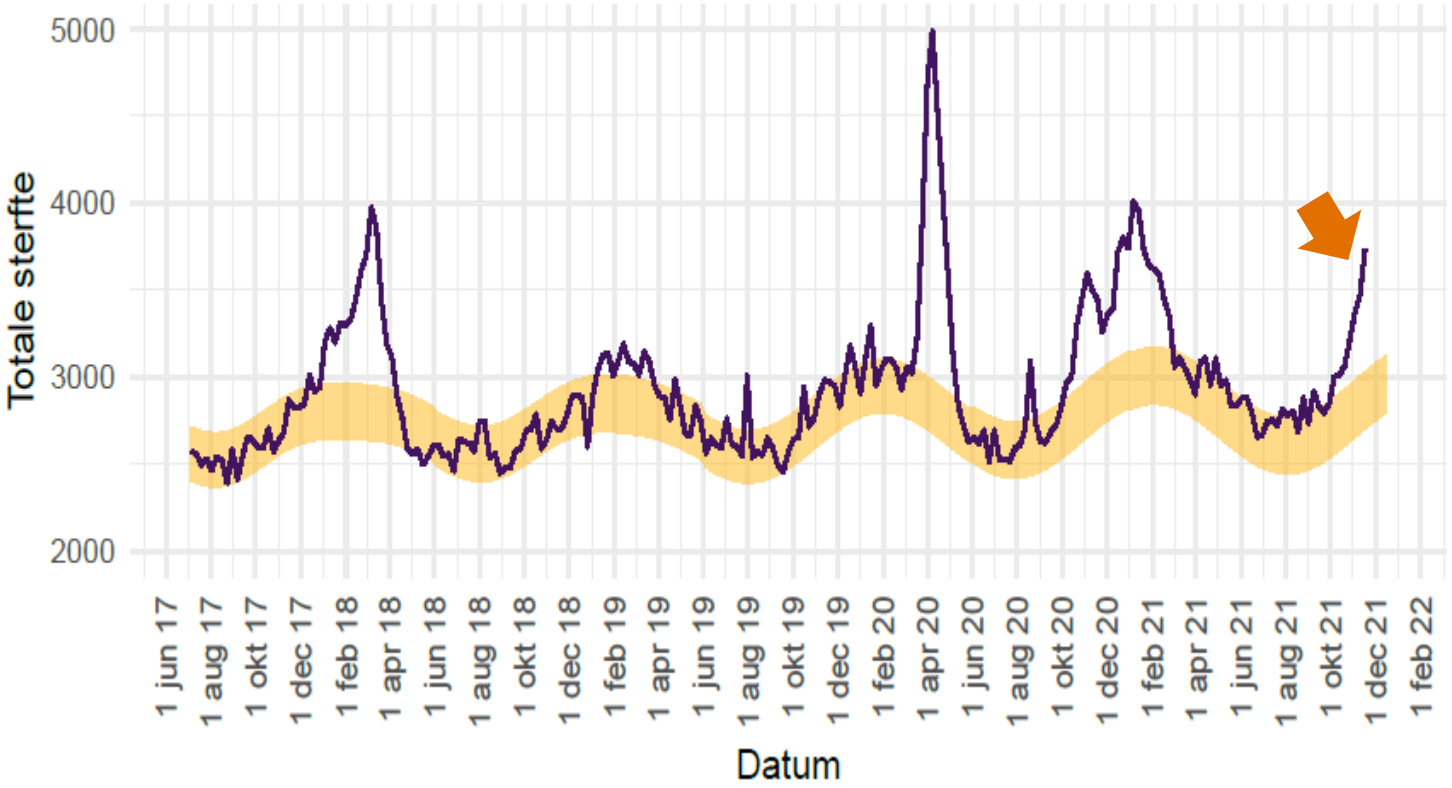




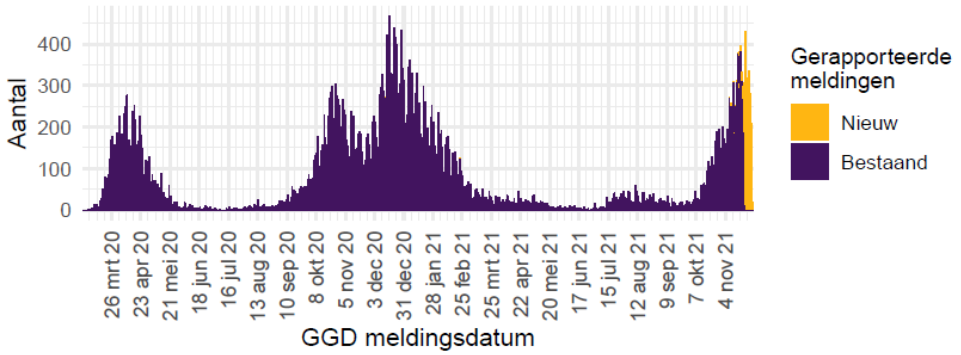
Stabilisatie in aantal nieuw gemelde lokaties (985 – 40,19%) met besmettingen

Stabilisatie in aantal bewoners met een COVID-19-diagnose – stijgt minder dan lokaties?

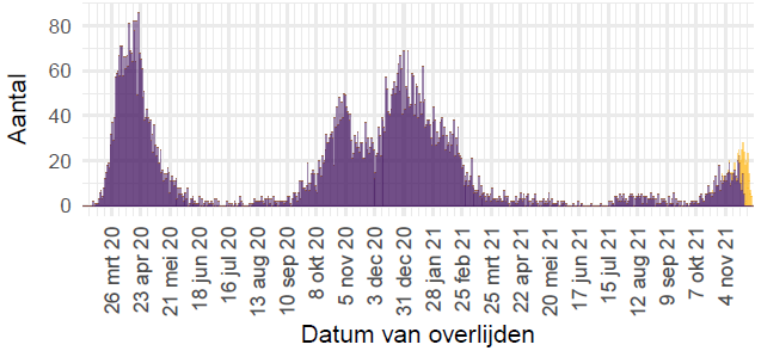
Oversterfte neemt toe



Aantal verpleeghuis- en woonzorgcentrumbewoners



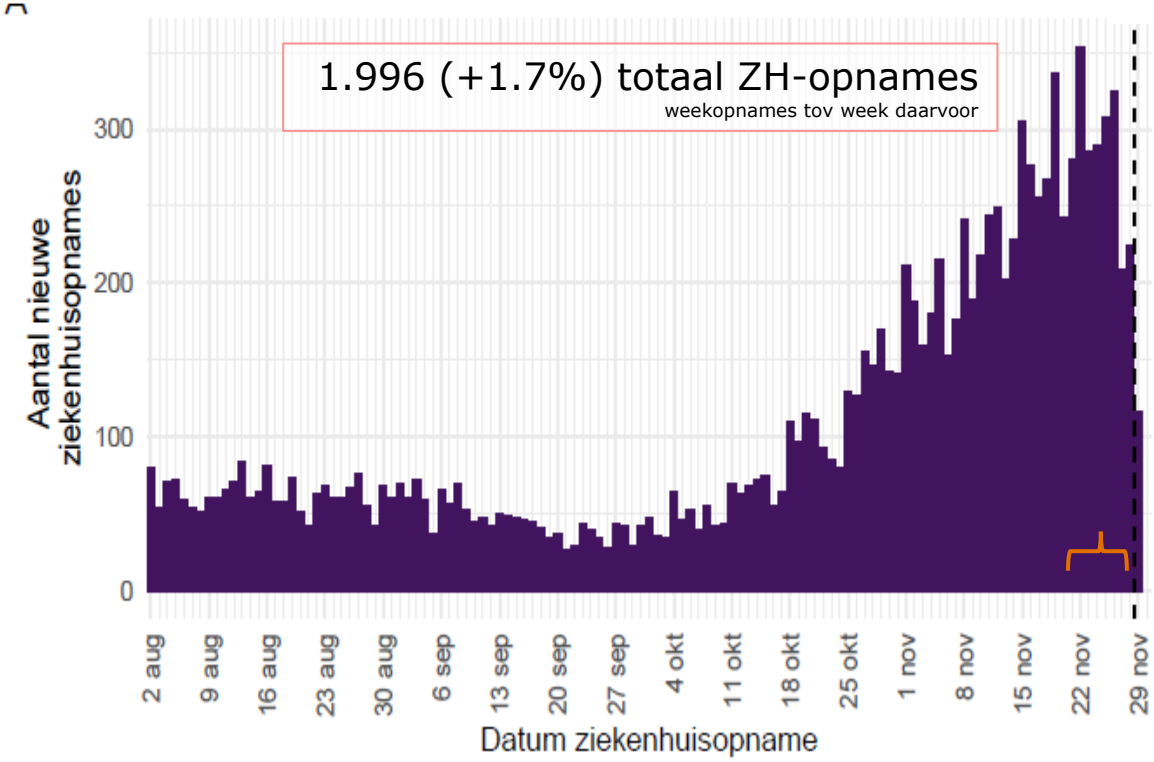
overleden verpleeghuis- en woonzorgcentrumbewoners

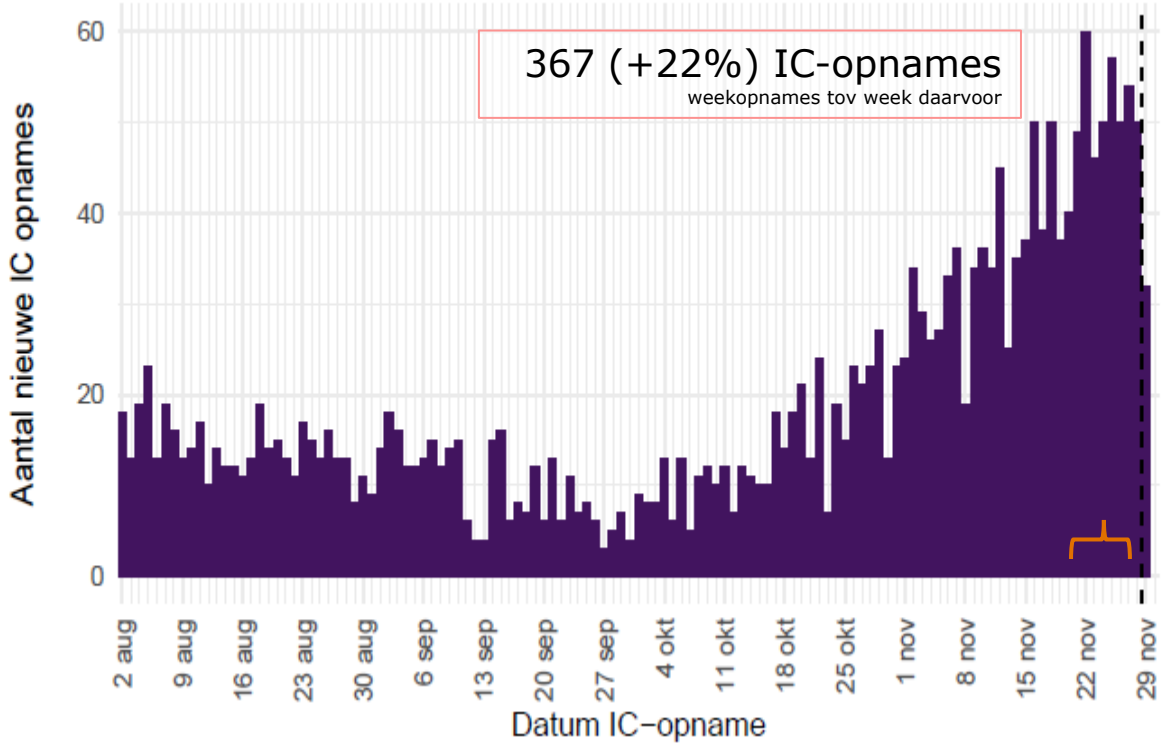


In de week van 11 november tot en met 17 november 2021 was de totale sterfte in Nederland sterk verhoogd (sterfte binnen 2 weken gerapporteerd - rondom 97% gerapporteerd). In totaal zijn 3.734 sterfgevallen gemeld; gewoonlijk verwachten we in deze tijd van het jaar tussen de 2.701 en 3.028 sterfgevallen. De gemelde sterfte aan laboratorium-bevestigde COVID-19 was in diezelfde week 223.

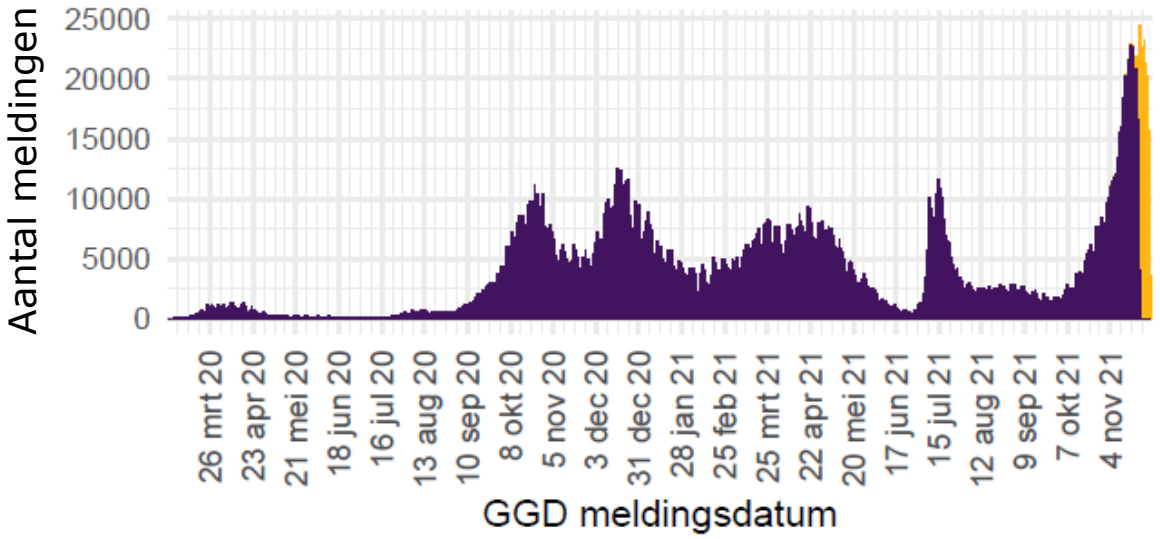
De sterfte was licht verhoogd in de leeftijdsgroep 45-54 jaar en 55-64 jaar, sterk verhoogd in de leeftijdsgroepen 65-74 jaar, 75-79 jaar, 80-84 jaar, 85-89 jaar en 90-94 jaar en licht verhoogd in de leeftijdsgroep 95 jaar en ouder. De sterfte was verhoogd in alle gecombineerde regio's

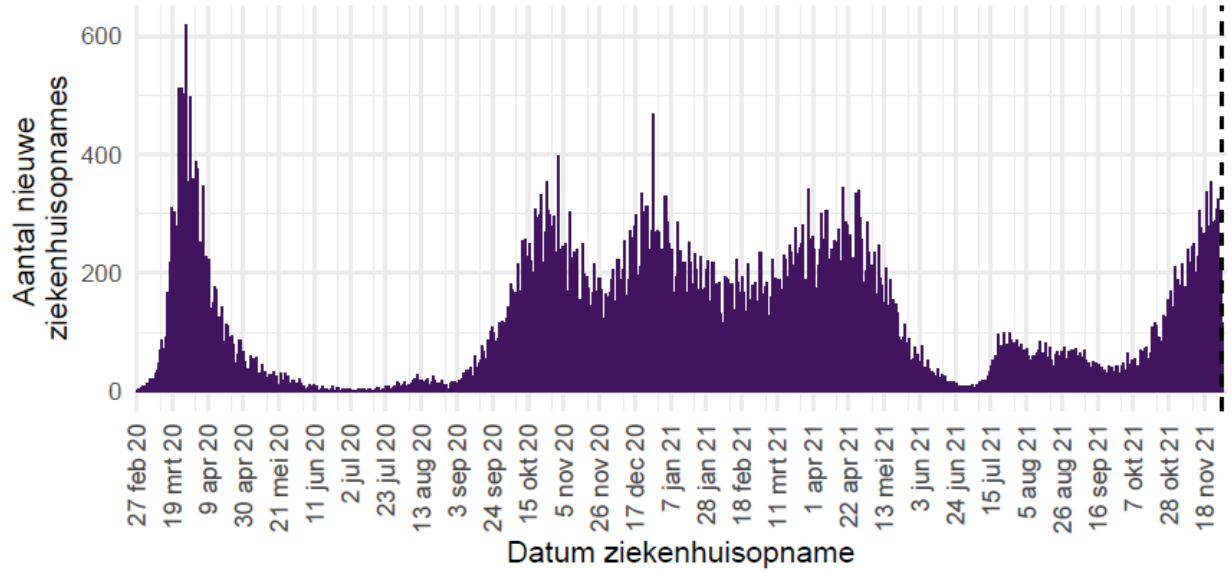
Ziekenhuis en IC: aantal opnames patiënten

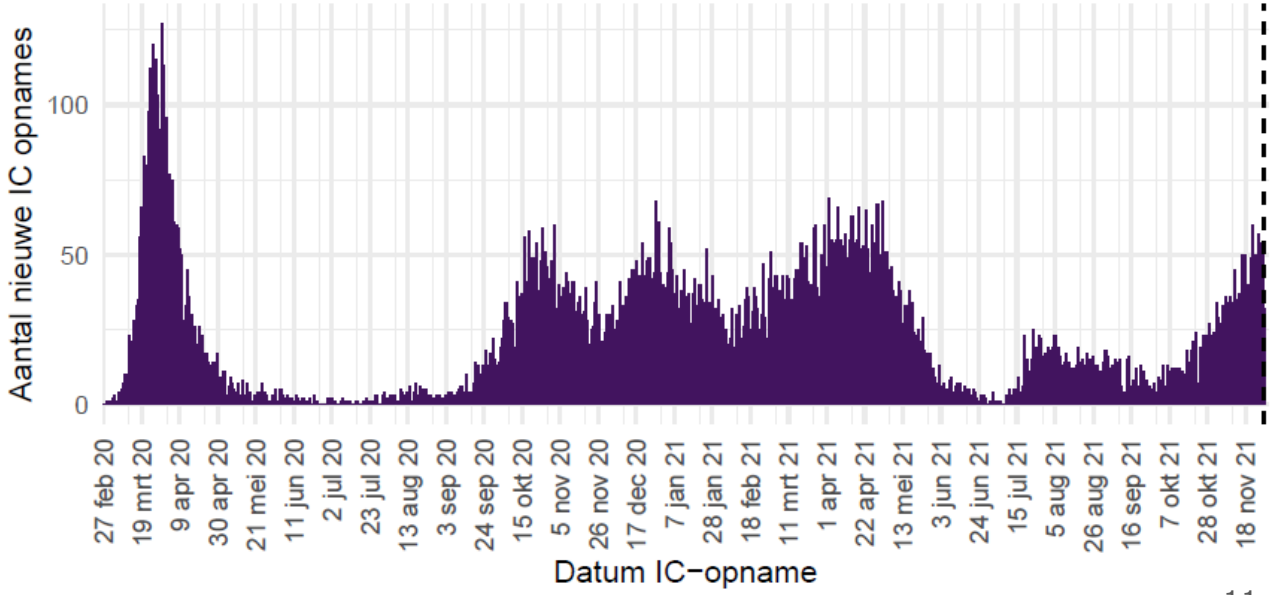




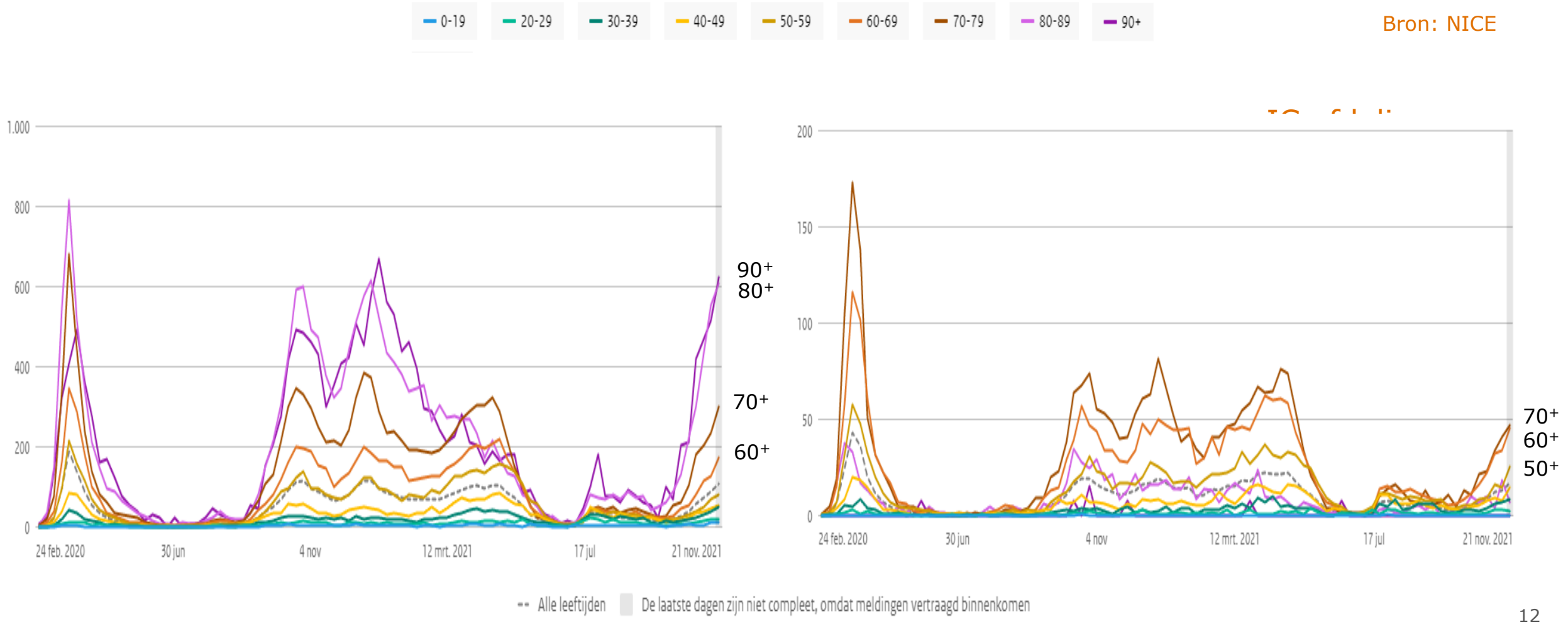
Ziekenhuis en IC







Ziekenhuis- en IC opnames: naar leeftijd

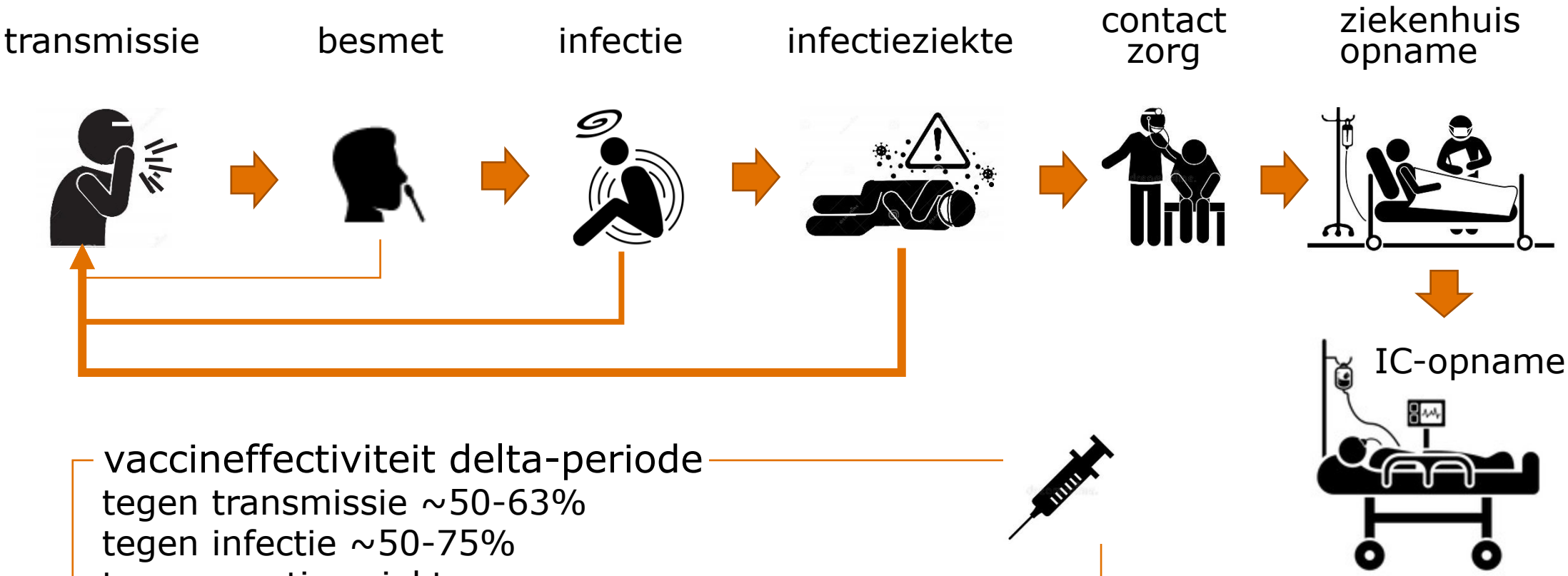


Bron: NICE

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

Vaccinatie

COVID-19: van besmetting tot IC-opname



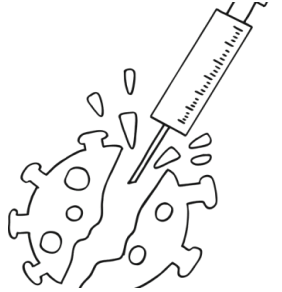
vaccineffectiviteit delta-periode
tegen transmissie ~50-63%
tegen infectie ~50-75%
tegen ernstige ziekte
- tegen ziekenhuisopname ~91-93% (84-87% bij 70+)
- tegen IC-opname ~96-97%, en ~93 bij 70+

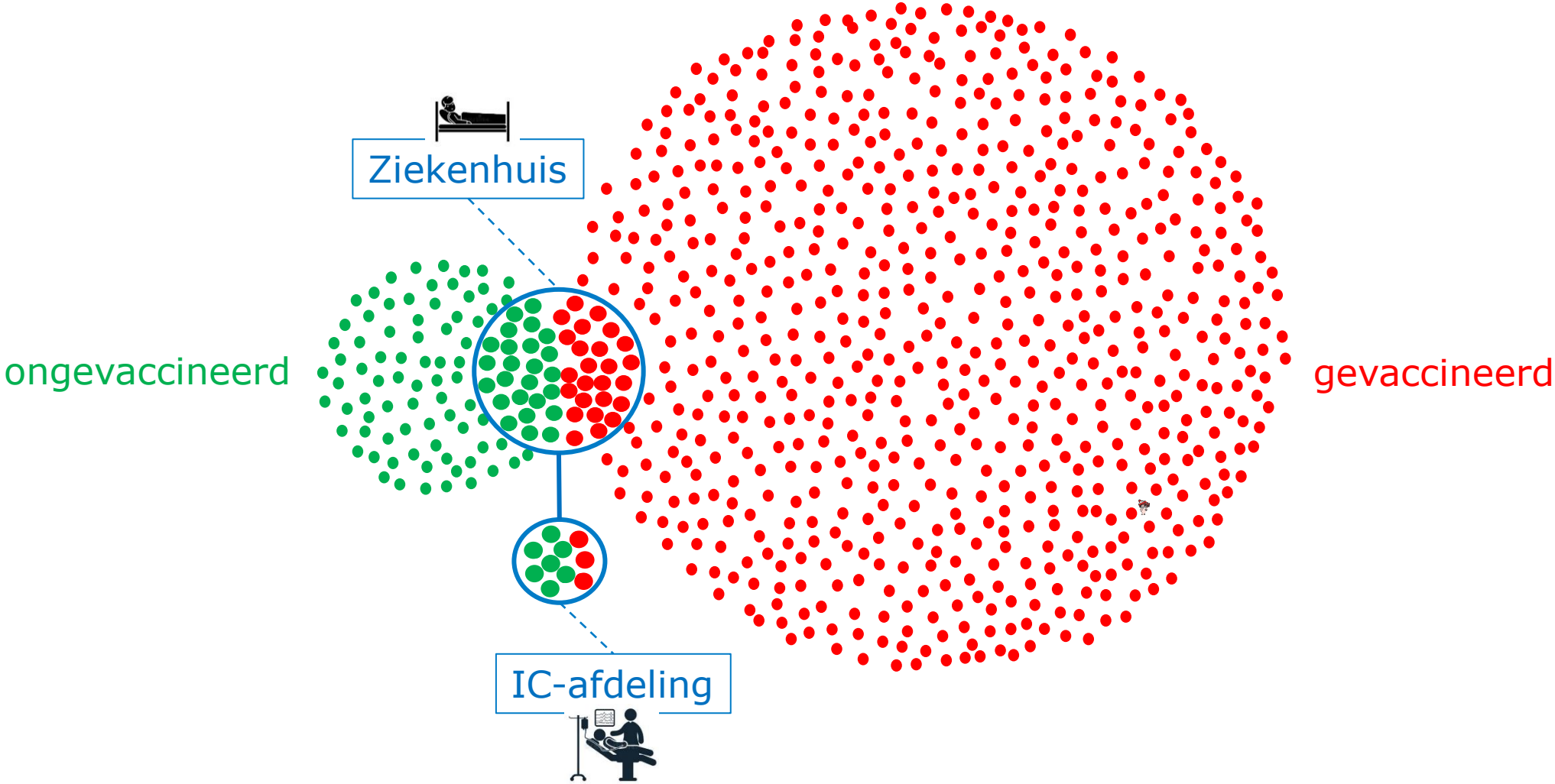
COVID-19 opnames en vaccinatiestatus

Vaccin-effectiviteit (VE) voor volledige vaccinatie tegen ziekenhuis en IC-opname met 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) in de periode 29 september – 23 november 2021, per leeftijdsgroep

	VE % (95% BI)	
Leeftijd (jaar)	Ziekenhuisopnames	IC-opnames
12-69	94% (94-95)	97% (96-97)
≥70	84% (83-85)	93% (92-95)
Overall	91% (90-91)	96% (95-96)

Ziekenhuis en IC
vaccinatiegraad en bedbezetting patiënten

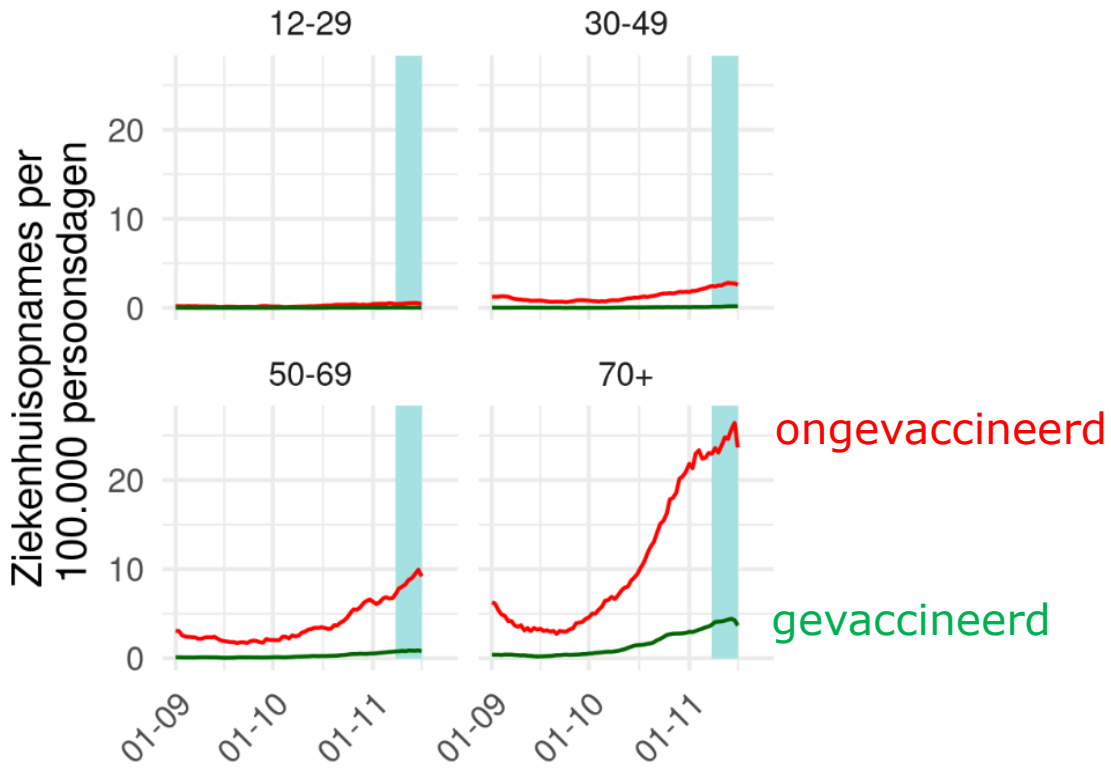




COVID-19 opnames en vaccinatiestatus

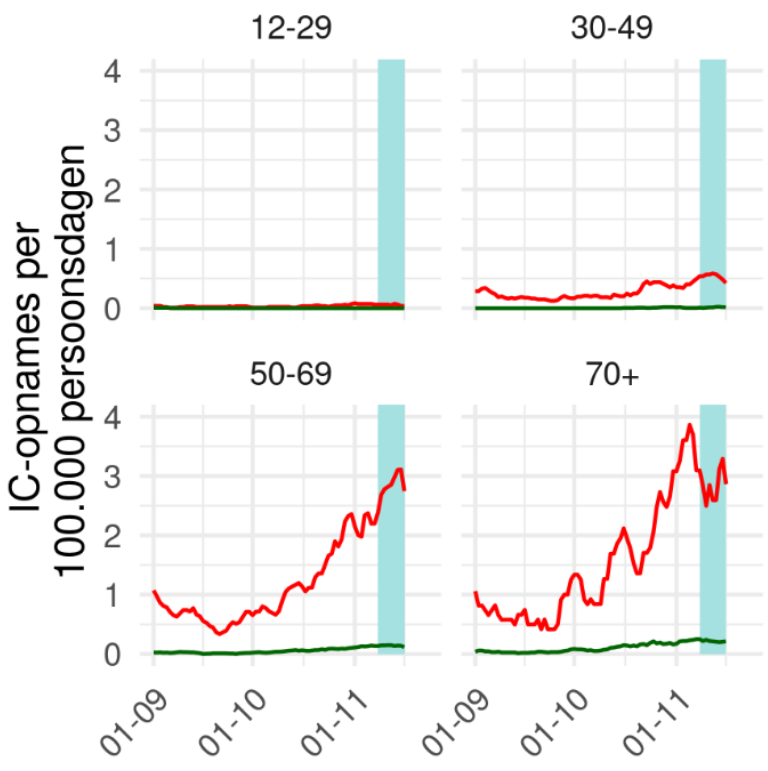
https://www.rivm.nl/covid-19-vaccinatie/vaccineffectiviteit/vaccinatie-beschermt-nog-steeds-zeer-goed-tegen-ernstige-covid-19

Ziekenhuis



1-23 november:
- <70 jr: 66% niet gevaccineerd
- ≥70 jr: 32% niet gevaccineerd

IC



1-23 november:
- <70 jr: 74% niet gevaccineerd
- ≥70 jr: 51% niet gevaccineerd

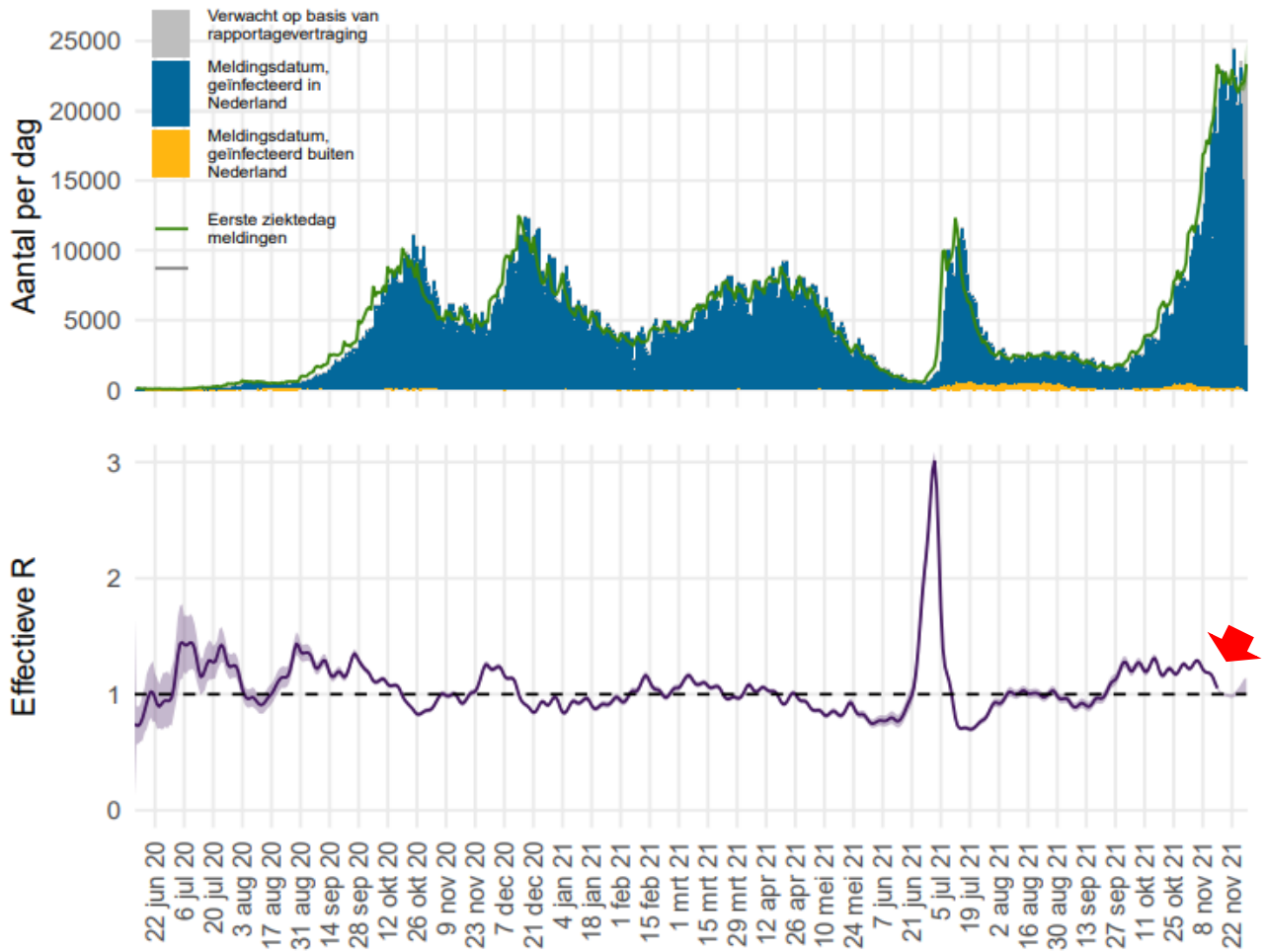
Modellering

#meldingen van vandaag geven informatie over ziekenhuis-opnames over 1 week

kans op ziekenhuisopname:
- verschilt per leeftijdcohort
- verandert in tijd door vaccinatie
- testgedrag?

kans op IC-opname:
- verschilt per leeftijdcohort
- constant in tijd?

Reproductiegetal
op basis van meldingen Osiris



OSIRIS

- Blauw: meldingen naar meldingsdatum
- Grijs: verwachte meldingen (correctie voor rapportagevertraging)
- Groen: eerste ziektedag van gemelde patiënten
- data recenter dan 22 november zijn onzeker

Paars: reproductiegetal, aantal secundaire besmettingen per geval

- reflecteert toename/afname groene epicurve
- vlgs Wallinga & Lipsitch *Proc R Soc B 2007*

Schattingen recenter dan 15 november onzeker

Schatting 15 november: **1.05** (1.04 - 1.06)

ziekenhuis: **1.09** (0.97 - 1.22)

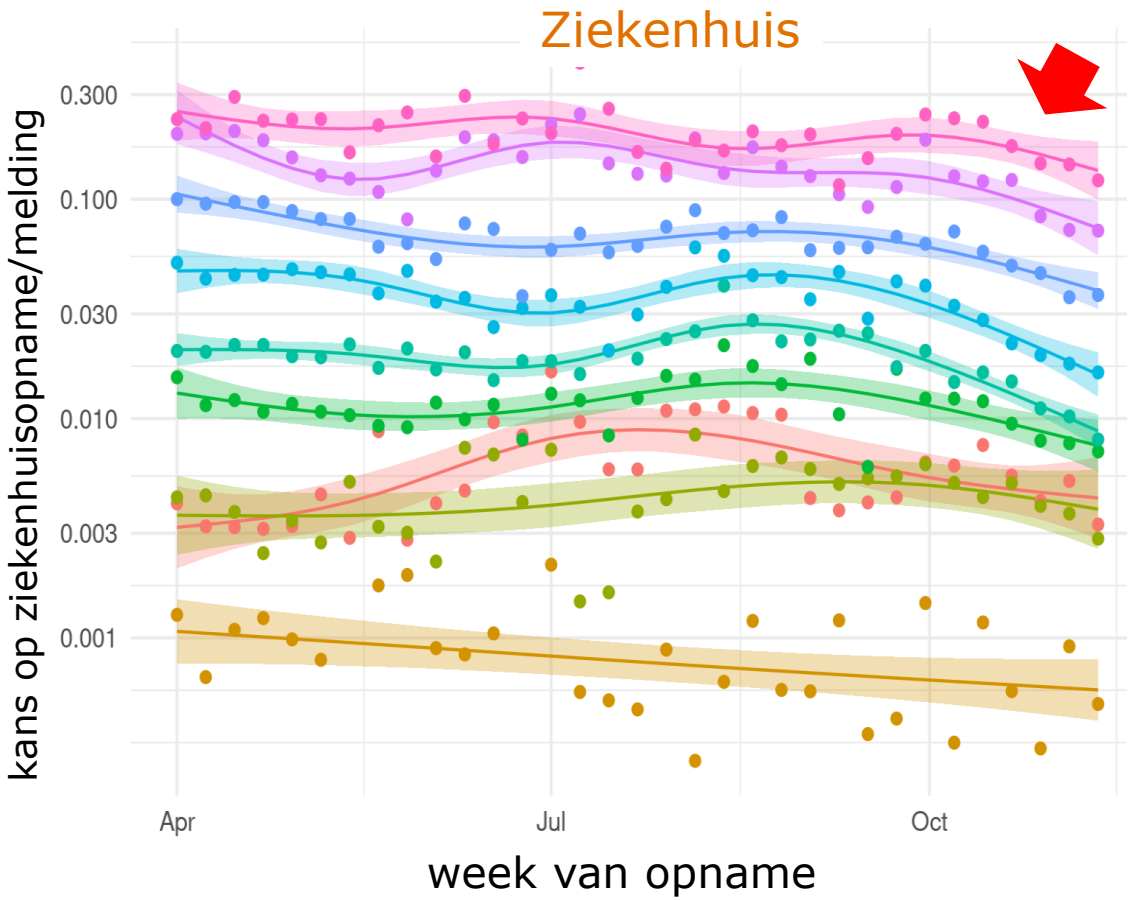
IC-afdeling: **1.11** (0.79 - 1.47)

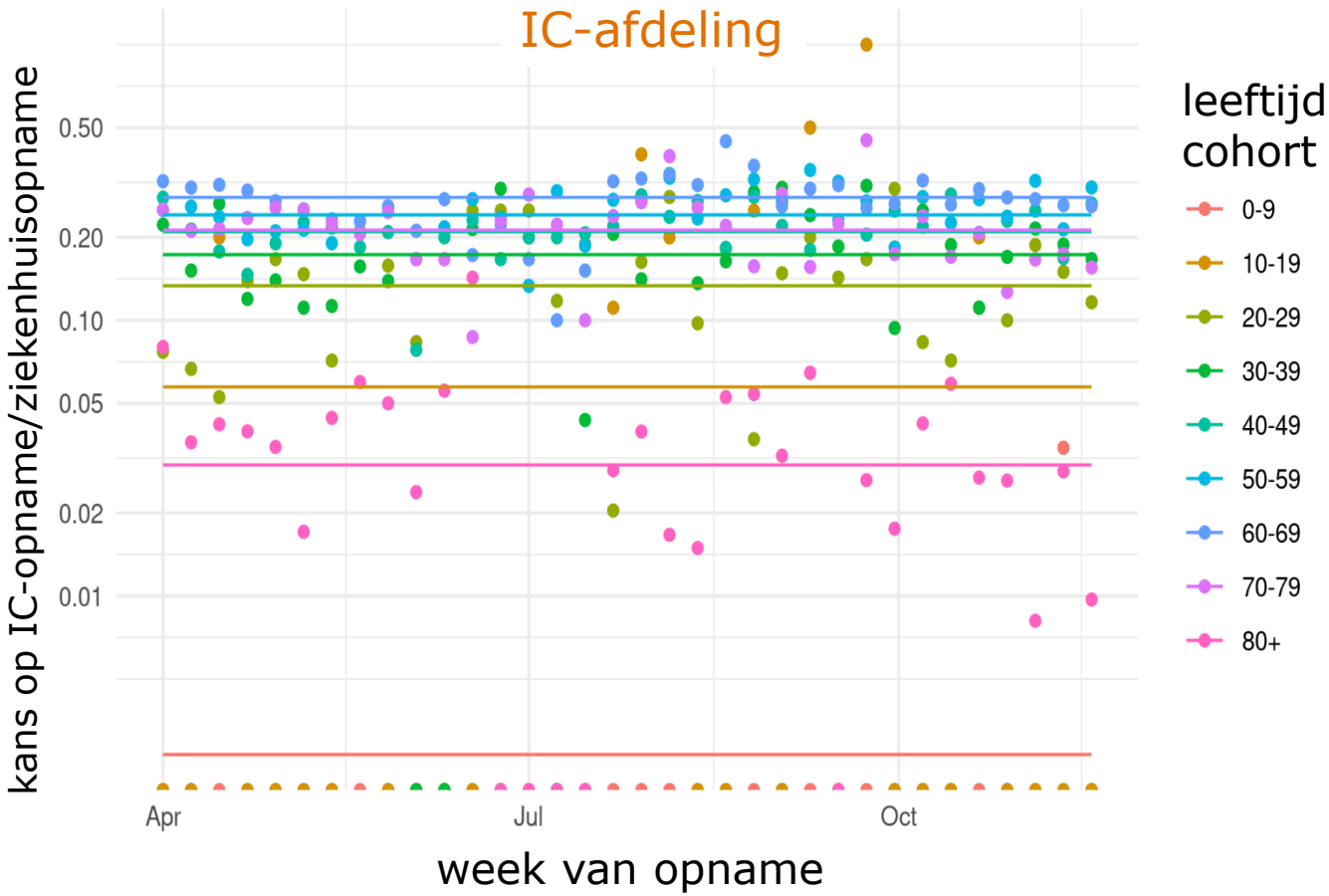
op basis van NICE data

Per melding nú

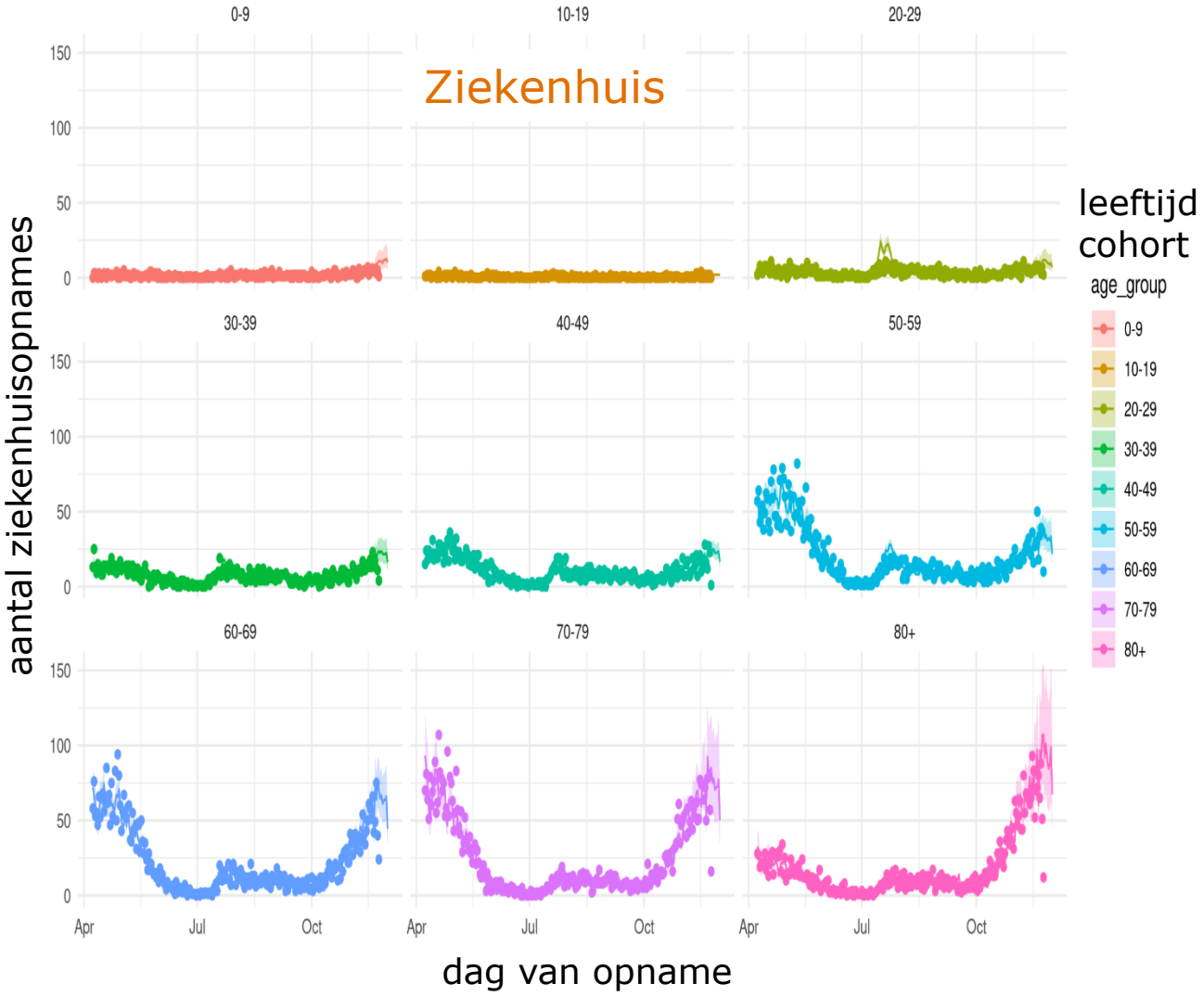
kans ziekenhuisopname

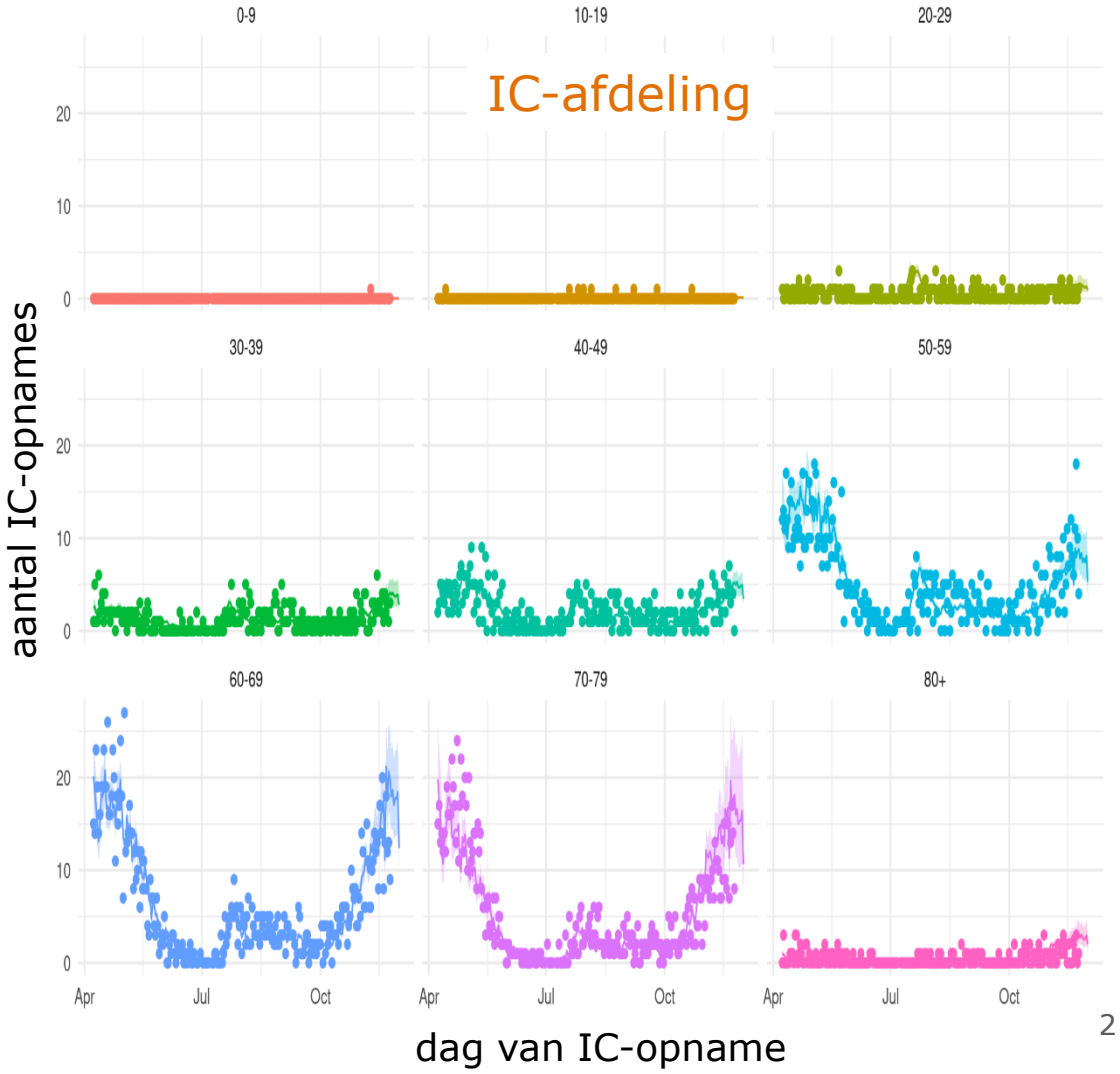
kans IC-opname



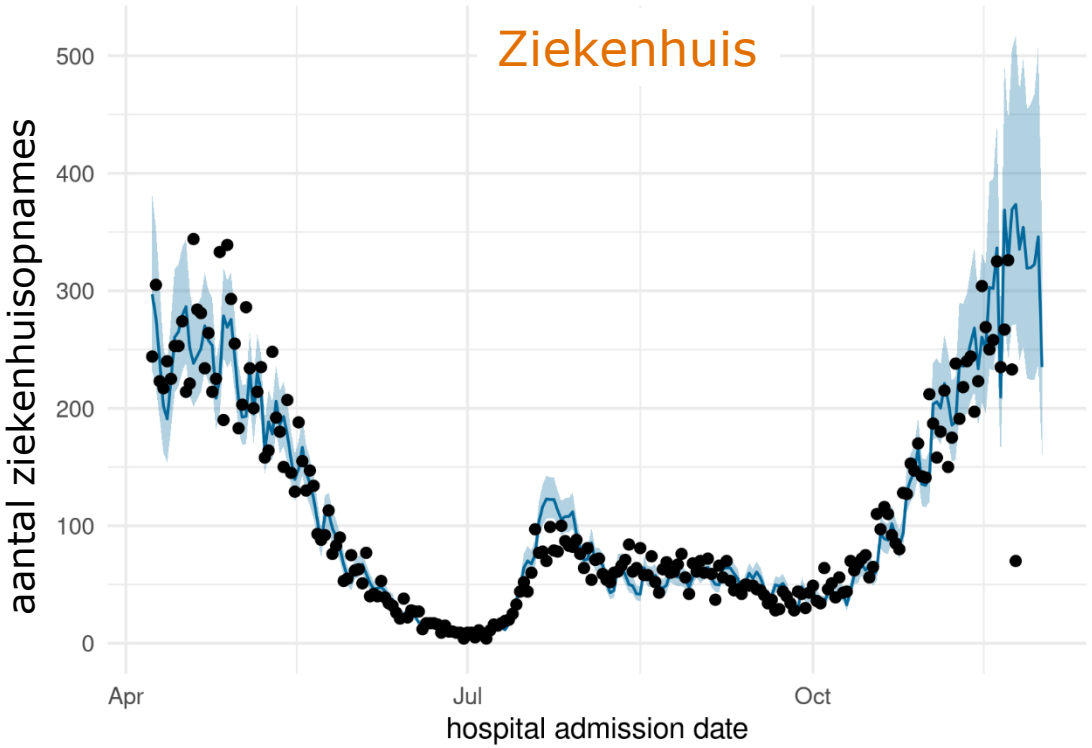


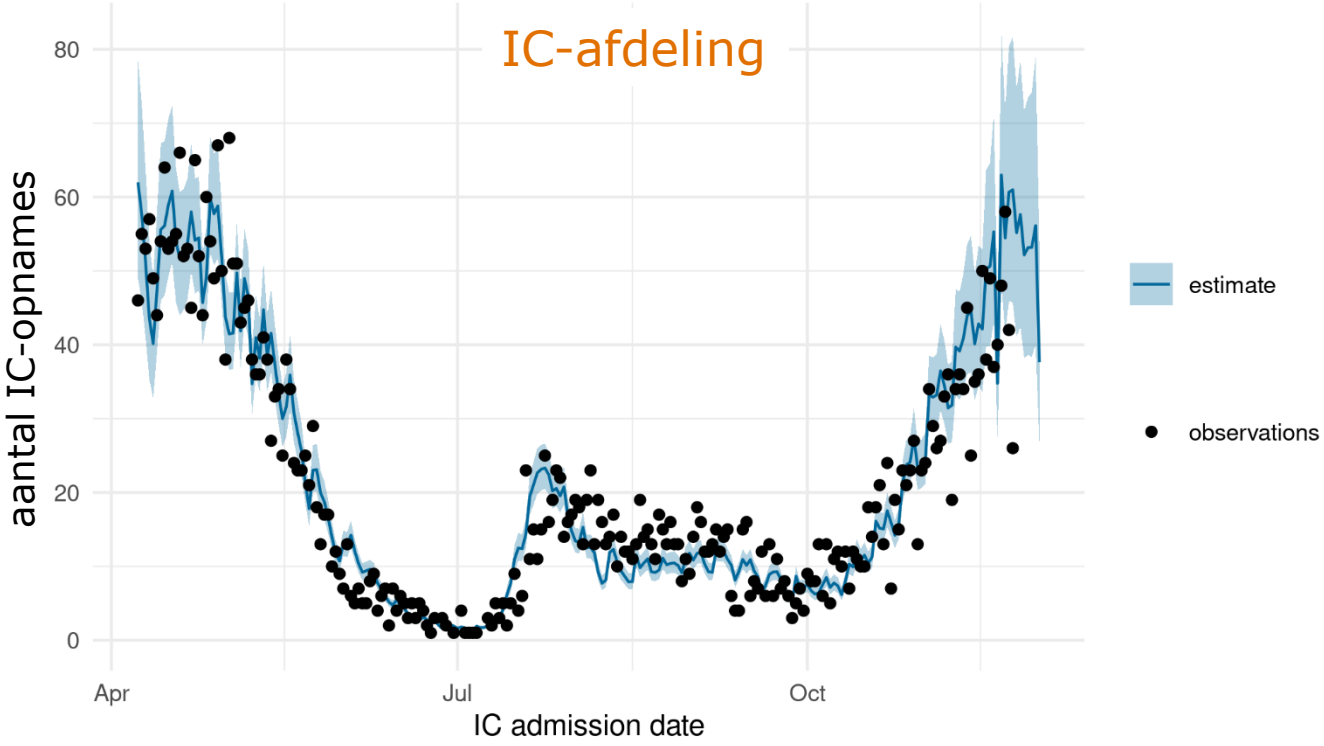
Aantal opnames per leeftijdgroep





Regressiemodel
ziekenhuis- en IC-opnames



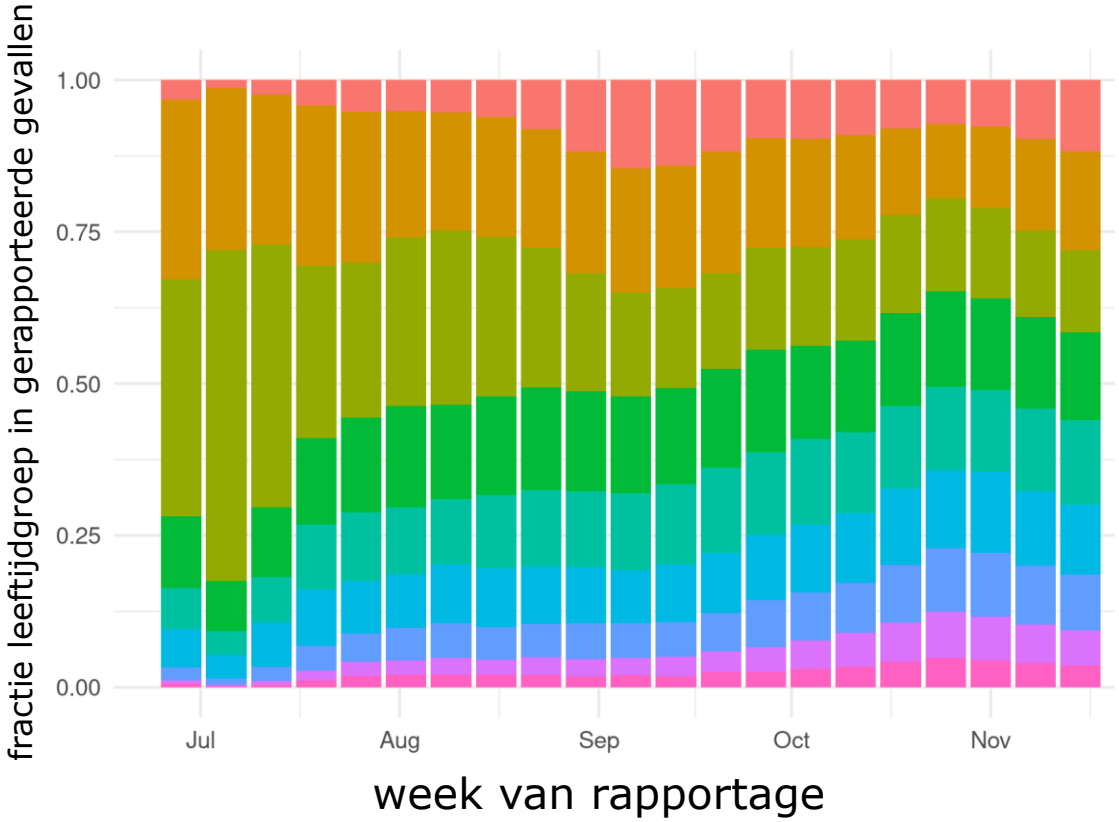


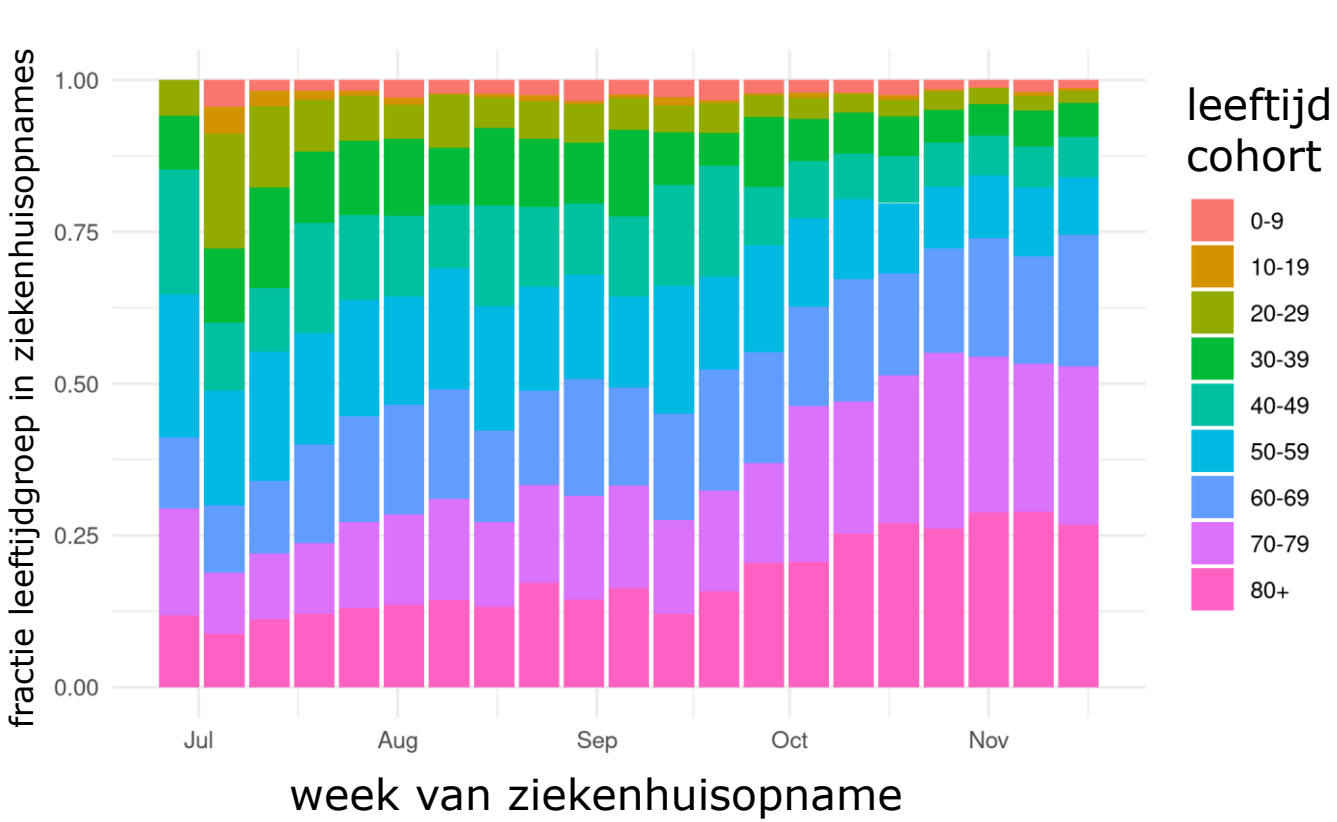
Verwachting ziekenhuisopnames redelijk bruikbaar.
Afvlakking in aantal verwachte ziekenhuisopnames:
- door afname ouderen in meldingen?
- door incomplete meldingen?

Afvlakking in aantal verwachte IC opnames

Laatste datapunten indicatief NICE/LCPS - Gegevens in figuur niet gecorrigeerd voor rapportagevertraging!

Leeftijdsfractie in meldingen en ziekenhuisopnames





Percentage ouderen (70+) daalt afgelopen weken in meldingen
(absoluut nog steeds stijging!)

Percentage ouderen (70+) stabiliseert afgelopen weken in hospitalisaties
(absoluut nog steeds stijging!)

variant Omicron

biologisch gedrag?

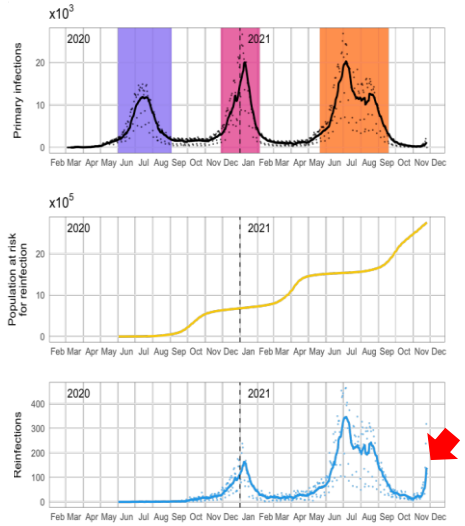
#besmettelijkheid

#ziekmakend vermogen

#vaccin effectiviteit

nog veel onbekend

Variant virussen
herinfecties en omikron variant?

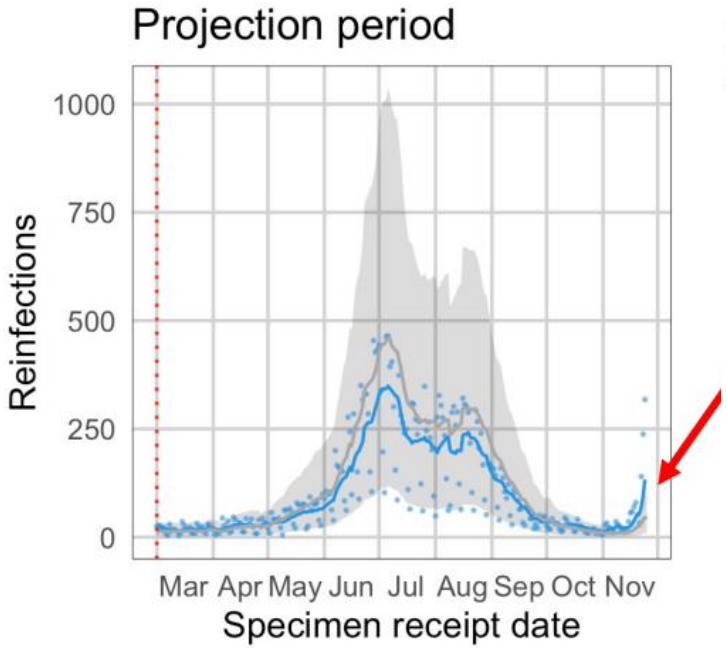


percentage herinfecties
in provincies Zuid-Afrika

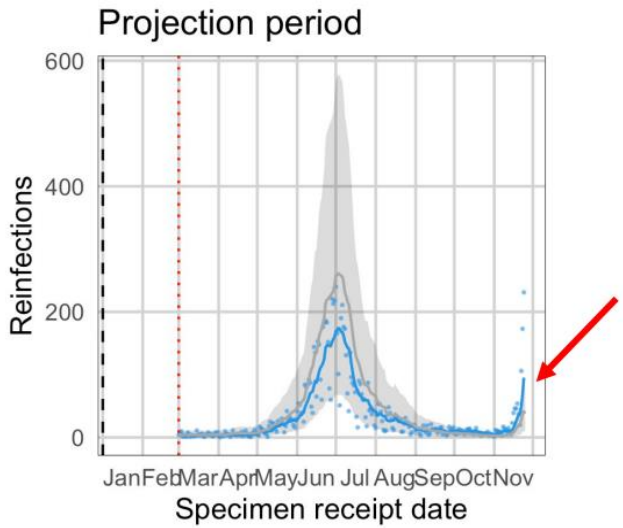
Province	No reinfection	Reinfection	Total	Percent
EASTERN CAPE	266,173	2,846	269,019	1.06 %
FREE STATE	147,329	1,780	149,109	1.19 %
GAUTENG	901,365	11,019	912,384	1.21 %
KWAZULU-NATAL	473,051	5,216	478,267	1.09 %
LIMPOPO	119,524	1,138	120,662	0.94 %
MPUMALANGA	143,653	1,815	145,468	1.25 %
NORTH WEST	143,298	1,853	145,151	1.28 %
NORTHERN CAPE	80,397	947	81,344	1.16 %
WESTERN CAPE	478,518	8,144	486,662	1.67 %

Based on data through 2021-11-24

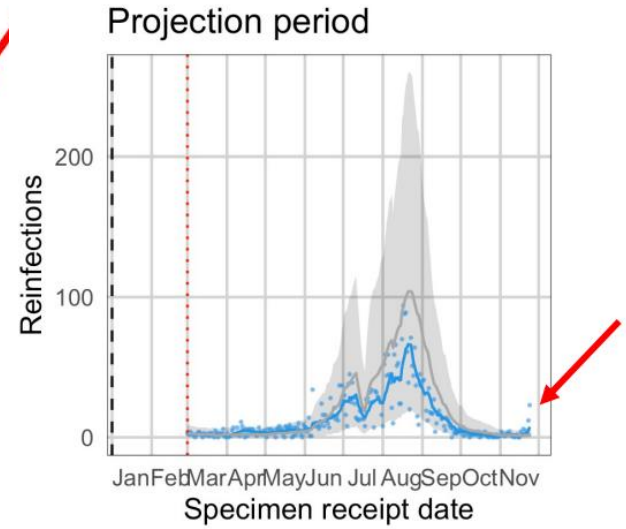
Nationaal



Gauteng

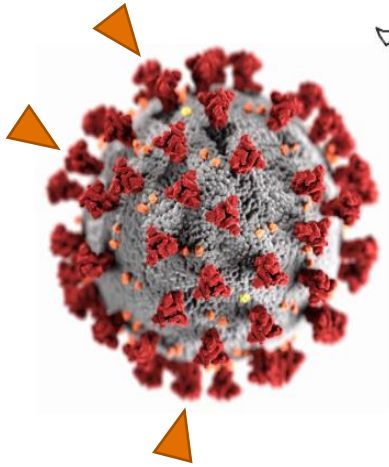


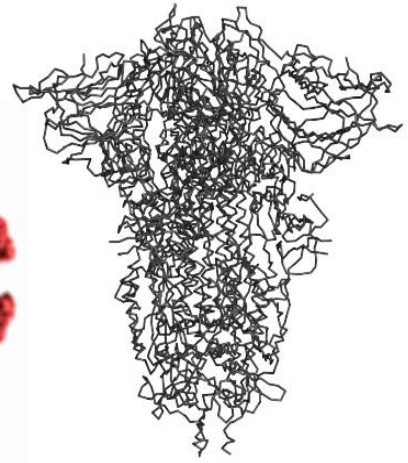
KwaZulu-Natal



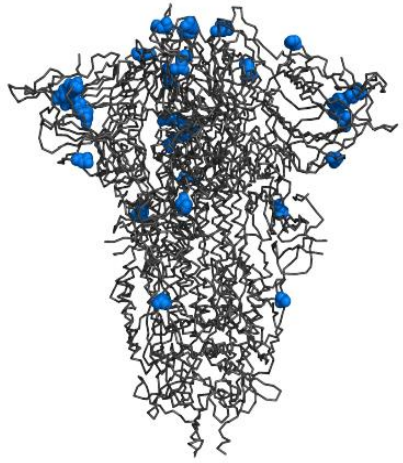
Pulliam *et al*, N'l Inst Comminucable Diseases

Variant virussen
mutaties in omikron vs delta, bèta, wild-type Wuhan

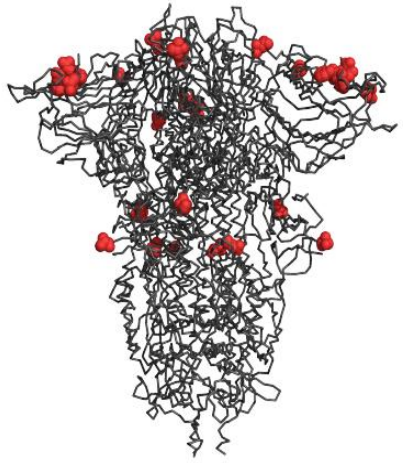




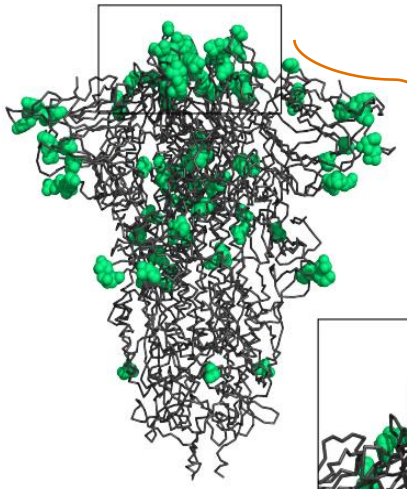
SARS-CoV-2 WT
0 mutations



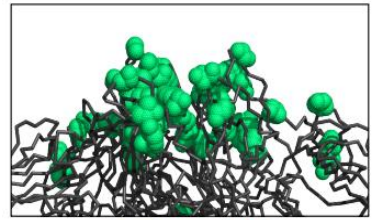
Beta
9 mutations



Delta
9 mutations



Omicron
32 mutations



Omicron RBD
15 mutations
(vs. 3 in beta & 2 in delta)

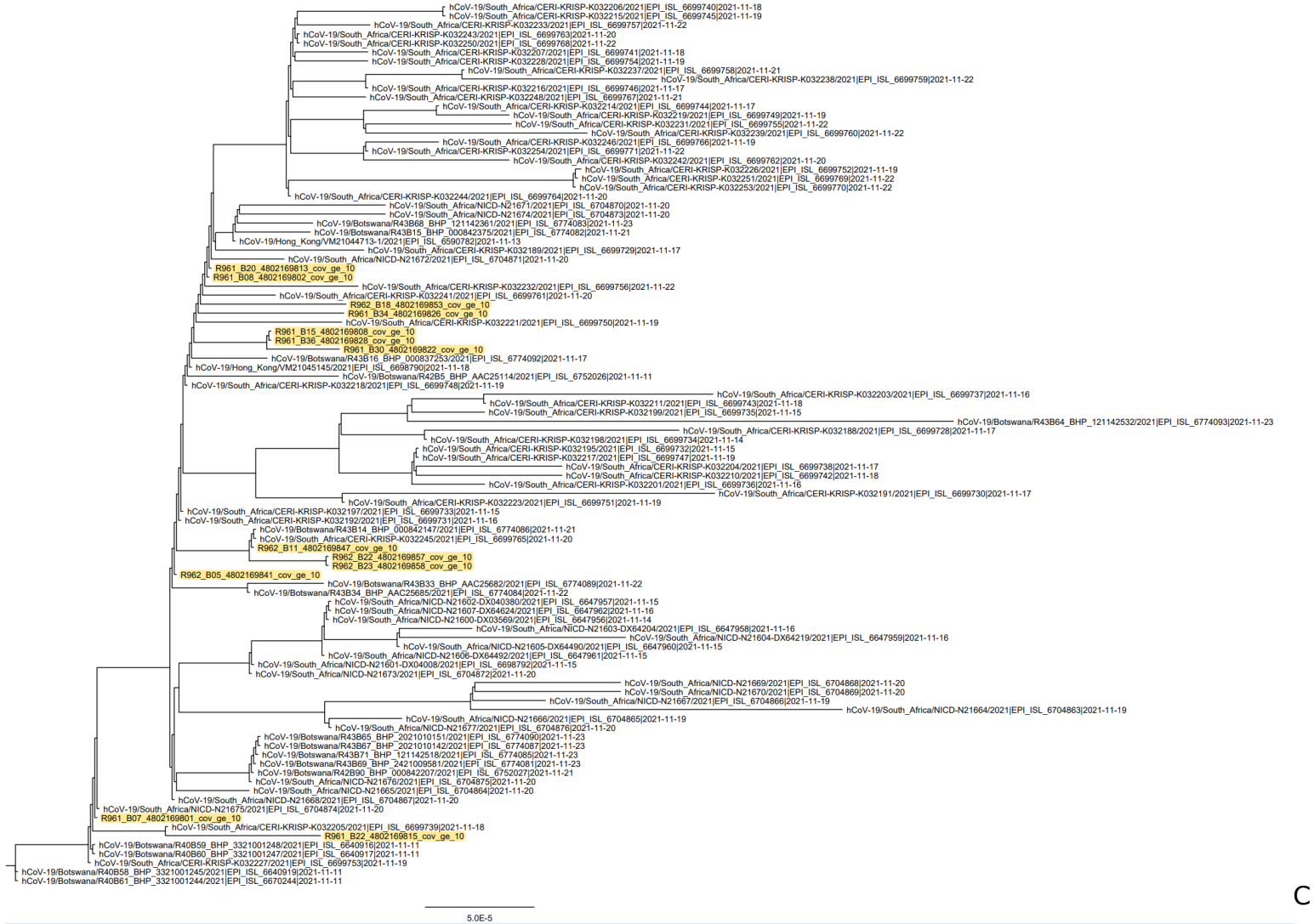


omikronvariant

~50 mutaties niet eerder in combinatie
met meer dan 30 in S (spike-) eiwit

R Sanders
T Caniels
Amsterdam UMC

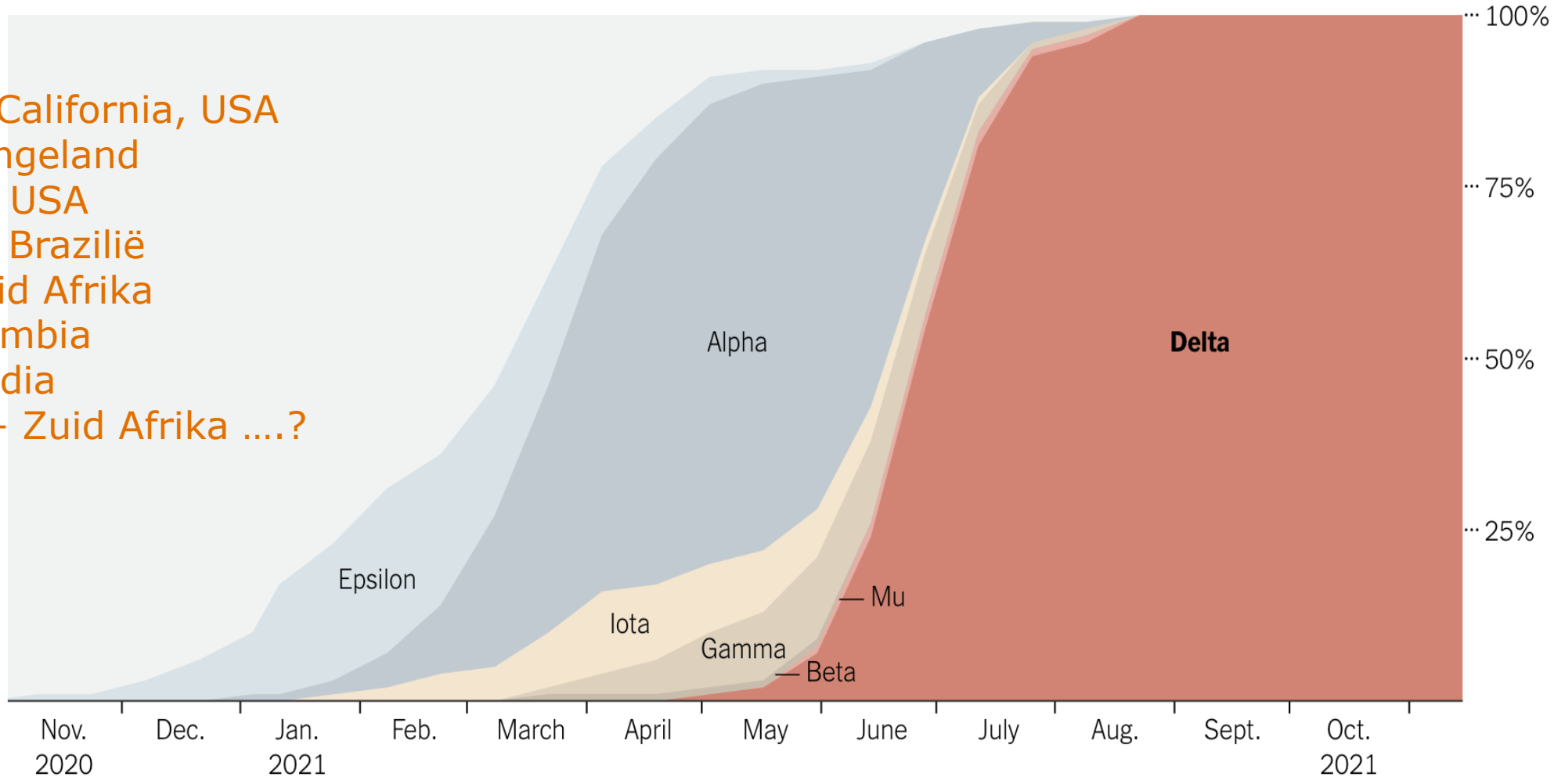
SARS-CoV-2
filogenetische boom – diversiteit omikronvariant in NL



C Reuskens *et al*, RIVM

SARS-CoV-2
ene variant verdringt de ander – gegevens USA

Epsilon – California, USA
Alpha – Engeland
Iota – NY, USA
Gamma – Brazilië
Beta – Zuid Afrika
Mu – Colombia
Delta – India
Omikron – Zuid Afrika ….?
……



Hoe effectief kunnen de basisregels zijn?

doorgerekend alsof iedereen in huishoudens maatregelen opvolgt

aparte regels voor kinderen jonger dan 12 jaar er buiten gelaten

gedachtenexperiment illustreert hoe effectief basismaatregelen kunnen zijn

Basisregels
maken hét verschil in bestrijding – impact

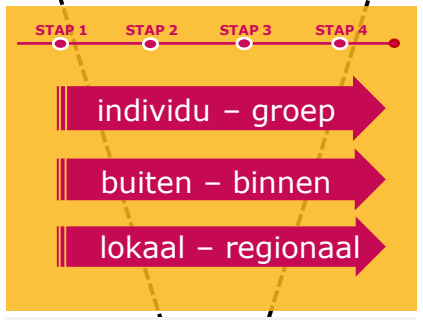
Bron
- bij klachten zelf-isolatie en testen;
- contacten terugbrengen tot eigen huishouden;
- quarantaine huishouden bij bevestigd geval;
- triage en deurbeleid.

Collectief
- 1,5 m afstand, afscheidingen;
- vermijd drukte en hotspots;
- beperkingen mobiliteit, werk thuis, venstertijden;
- beperken contacten tot één of meerdere huishoudens;
- handenwassen, hygiëne en schoonmaak;
- luchtverversing en ventilatie;
- bestrijding door isolatie, bron- en contactonderzoek en quarantaine;
- hoesten of niezen – elleboog of zakdoekje kiezen.

Individueel
- persoonlijke beschermingsmiddelen zoals mondneuskapje.

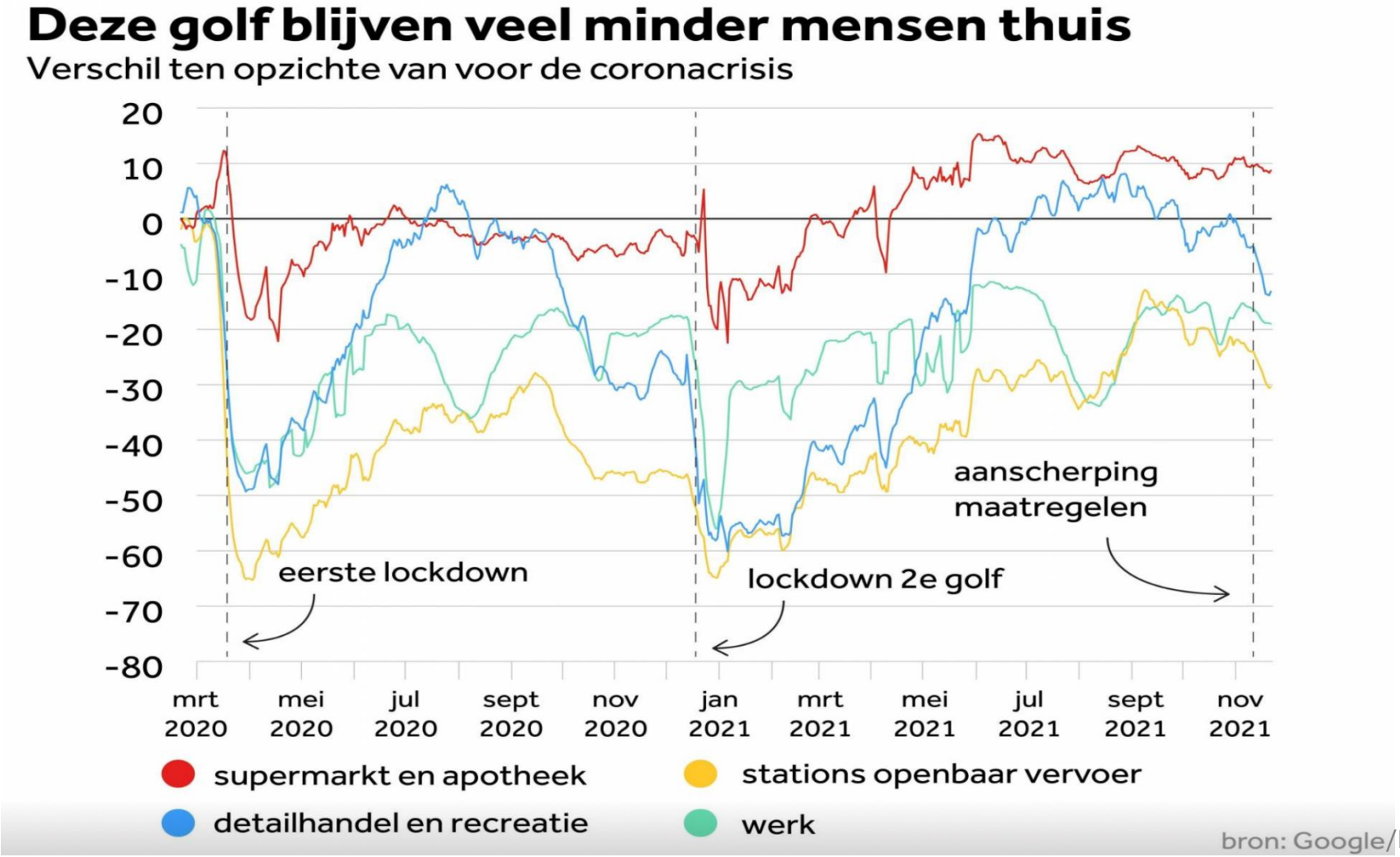
impact

Basisregels
bij klachten blijf thuis en test
quarantaine huishouden
1,5 m afstand
handenwassen en hygiëne



Infectieziektebestrijding logica

Google mobility trends (mrt 2020 t/m 22 nov 2021)



Basisregels
maken hét verschil in bestrijding – steun en opvolging

Coronaregels

Deze tabel toont het percentage van de deelnemers aan het onderzoek, dat aangeeft de coronaregels te volgen in het dagelijks leven en het percentage dat aangeeft de coronaregels te steunen. Ook is te zien of dit percentage stijgt, daalt of gelijk blijft in vergelijking met de vorige meting.

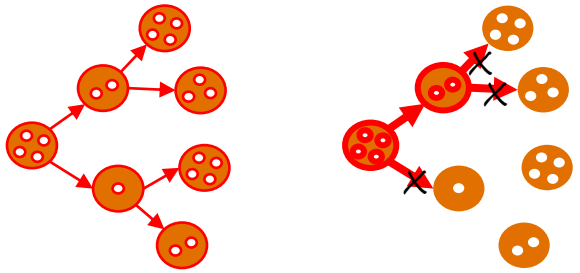
Volgen: een coronaregel volgen in het dagelijks leven Steunen: achter een coronaregel staan

Coronaregels	Percentage	Verschil met vorige meting*
Draag een mondkapje in het OV >	95%	gelijk
	72%	gelijk
Hoest en nies in je elleboog >	64%	hoger
	87%	hoger
Afstand houden >	58%	lager
	64%	lager
Werk thuis als het kan >	58%	lager
	72%	gelijk
Blijf thuis bij klachten >	55%	gelijk
	84%	lager
Zorg voor voldoende frisse lucht in huis >	45%	lager
	93%	gelijk
Was vaak je handen >	32%	lager
	83%	hoger
Laat je testen bij klachten >	30%	gelijk
	78%	lager

* De rechter kolom geeft aan of met minstens 95% zekerheid gezegd kan worden dat er een statistisch beduidend verschil is vergeleken met de vorige meting.

Gedachtenexperiment

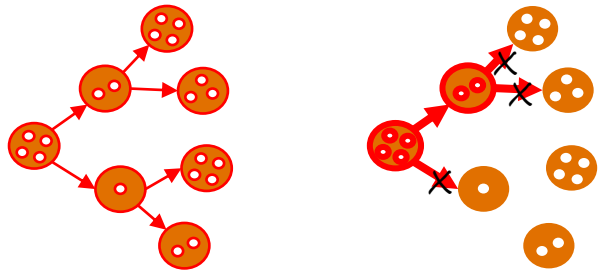
- Het naleven van basisregels
  - voorkómt besmetting *tussen* huishoudens
  - voorkómt niet besmetting *binnen* huishouden
- Besmetting blijft binnen huishouden
- Bij volledig naleven besmet elk huishouden gemiddeld minder dan één nieuw huishouden (reproductiegetal van huishoudens, R*, is dan lager dan 1)
- Epidemie dooft uit

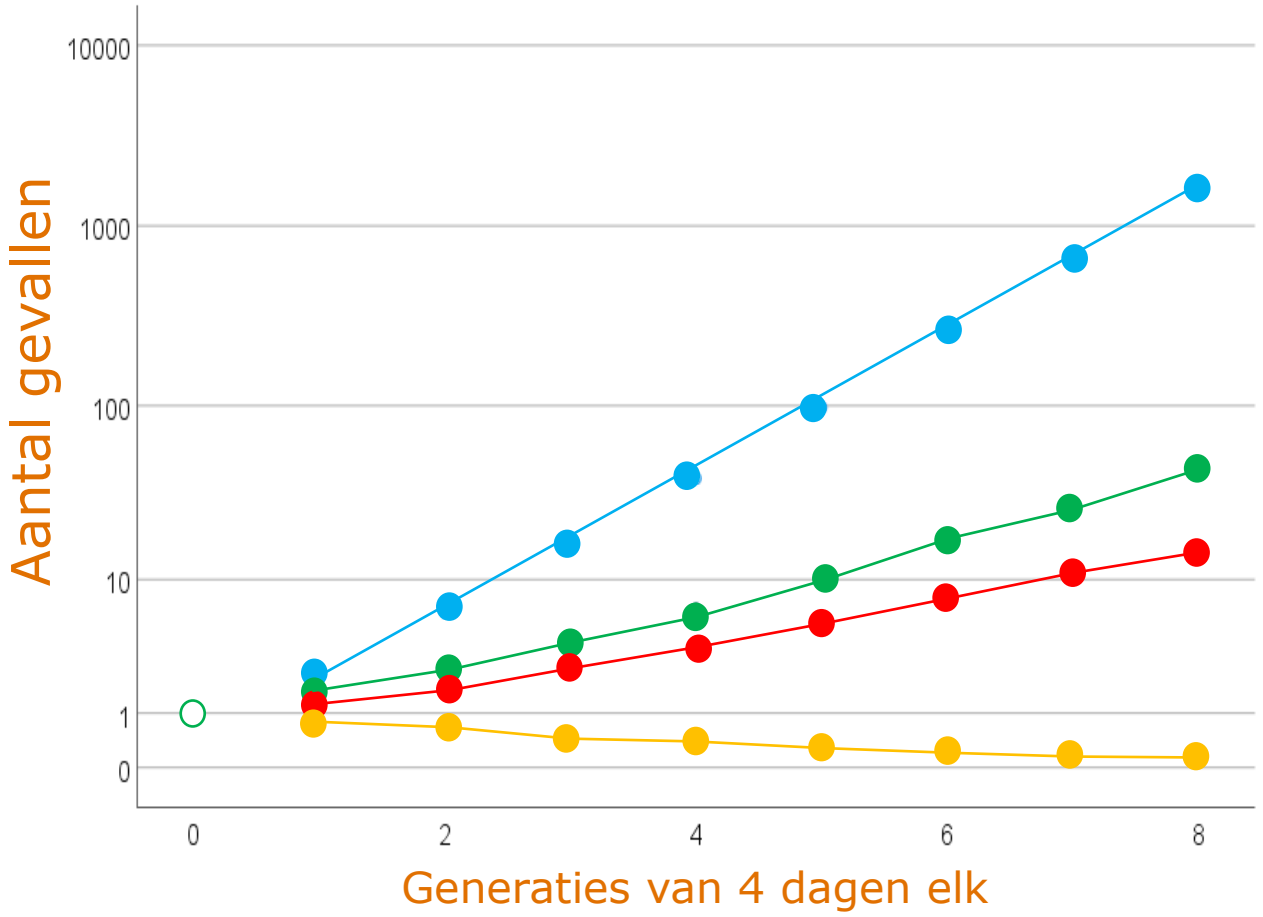


https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/algemene-coronaregels/basisregels

- blijft thuis bij klachten en laat je testen;
- hou 1,5 meter afstand van anderen;
- als u ook koorts heeft of benauwd bent, dan blijven ook uw huisgenoten en andere nauwe contacten thuis tot u de uitslag van de test heeft; bij positieve uitslag continueren zij deze quarantaine!
- blijf thuis tot de uitslag van de test bekend is en ontvang geen bezoek;
- blijf zoveel mogelijk thuis en werk thuis;
- was vaak uw handen;
- hoest en nies in binnenkant van uw elleboog;
- schud geen handen;
- draag een mondkapje in voor publiek toegankelijke gebouwen, bij de uitvoering van contactberoepen, in het openbaar vervoer.

Gedachtenexperiment
maart 2021 – alpha in niet-gevaccineerde bevolking





Belang van bron- en collectieve regels

Rt=2.5 ❶ Zonder maatregelen

❷ Iedereen in isolatie bij eerste symptomen. 60% van besmettingen (binnen en buiten huishouden) vinden plaats vóór de eerste symptomen bij besmetter.

Rt=1.6

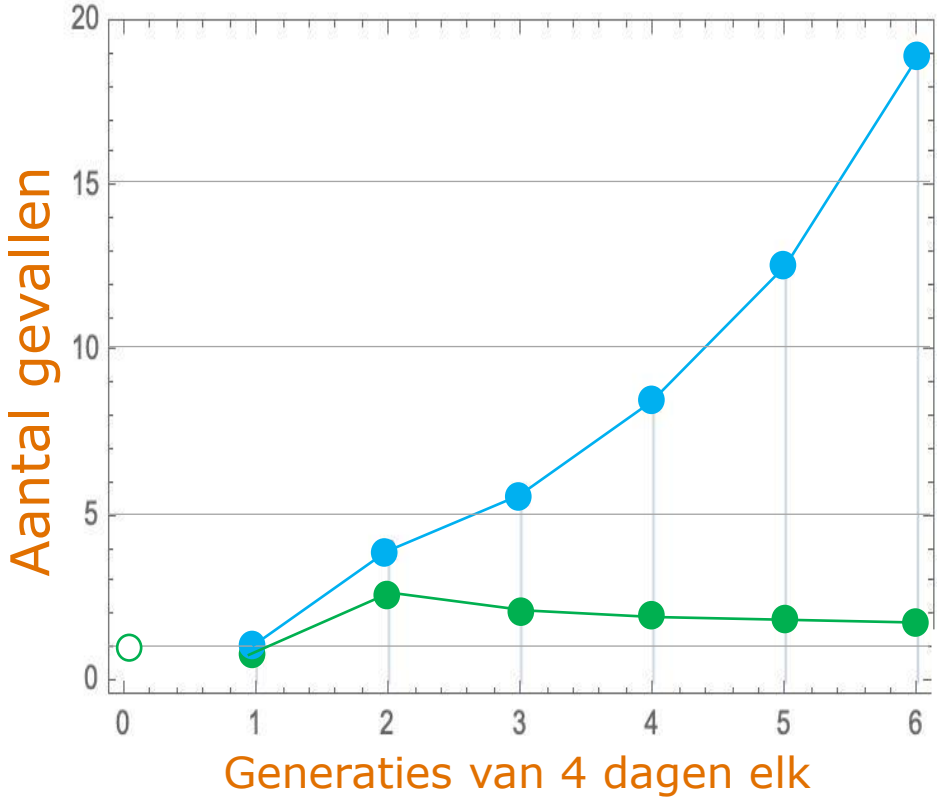
❸ Idem + iedereen in quarantaine bij eerste symptomen van eerste geval in huishouden. 20% van besmettingen van een tweede infectie generatie (binnen en buiten huishouden) vinden plaats vóór de eerste symptomen van eerste geval in huishouden.

Rt=1.4

Rt=0.8 ❹ Idem + iedereen buiten huishouden leeft basisregels, zoals 1.5 m afstand houden, na. De kans op een infectie buiten het huishouden neemt af met 40%.

Gedachtenexperiment

nov 2021 – delta in gevaccineerde bevolking



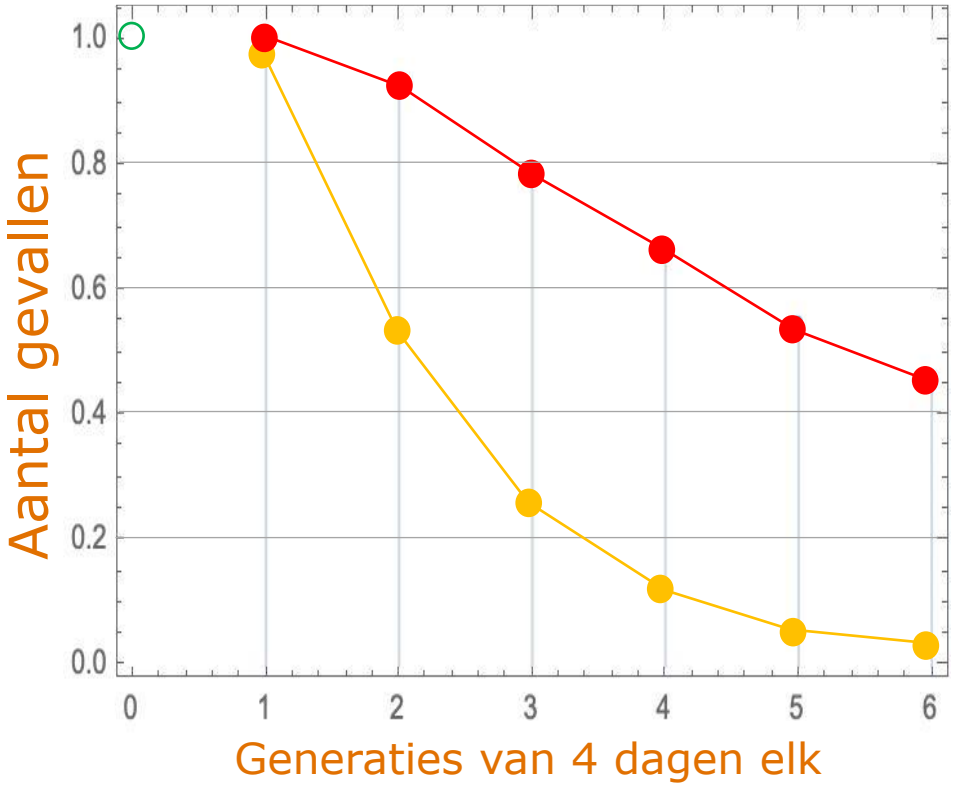
❶ Zonder maatregelen

R*t*=1.5

R*t*=0.9

❷ Iedereen in isolatie bij eerste symptomen. 60% van besmettingen (binnen en buiten huishouden) vinden plaats vóór de eerste symptomen bij besmetter.

❸ Idem + iedereen in quarantaine bij eerste symptomen van eerste geval in huishouden. 20% van besmettingen van een tweede infectie generatie (binnen en buiten huishouden) vinden plaats vóór de eerste symptomen van eerste geval in huishouden.



R*t*=0.8

R*t*=0.5

❹ Idem + iedereen buiten huishouden leeft de basisregels, zoals 1.5 m afstand houden, na. De kans op een infectie buiten het huishouden neemt af met 40%.

op verzoek

naar aanleiding van vragen

Publicatiemomenten COVID-19 updates

Wekelijkse update	Publicatiemoment
Weekcijfers COVID-19	Wekelijks op dinsdagmiddag
Weekcijfers COVID-19 Caribisch deel Koninkrijk	Wekelijks op vrijdagmorgen
Cijfers vaccinatiegraad	Wekelijks op dinsdagmiddag
Cijfers vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopname	Tweewekelijks op dinsdagmiddag
Sterftecijfers	Wekelijks op donderdagmiddag
Cijfers virusvarianten kiemsurveillance	Wekelijks op vrijdagmiddag
Reproductiegetal	Wekelijks op dinsdagmiddag in het nieuwsbericht en twee keer per week op het Coronadashboard
Cijfers rioolwatersurveillance	Dagelijks op het Coronadashboard

Het RIVM heeft van verschillende coronaonderwerpen de onderliggende datasets beschikbaar. Het gaat dan bijvoorbeeld om de data van de meldingen van COVID-19, de resultaten uit de kiemsurveillance en de data uit de rioolwatersurveillance. Deze data zijn voor iedereen te downloaden.

https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/weekcijfers

COVID-19 opnames en vaccinatiestatus

Tabel 1. Aantal ziekenhuis- en IC-opnames met COVID-19 naar vaccinatiestatus per maand en percentage niet, deels en volledig gevaccineerden, per leeftijdsgroep. Bij het berekenen van de percentages is de groep met onbekende vaccinatiestatus niet meegerekend in de noemer.*

Ziekenhuisopnames#									
Maand 2021	Leeftijd	Totaal	Niet gevaccineerd		Deels gevaccineerd		Volledig gevaccineerd		Vaccinatiestatus onbekend
			Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal
Juli	12-69	1132	929	83	111	10	75	7	17
	≥70	365	168	46	29	8	168	46	0
Augustus	12-69	1383	1159	85	48	4	150	11	26
	≥70	582	299	52	18	3	263	45	2
September	12-69	935	768	84	24	3	124	14	19
	≥70	453	206	46	7	2	236	53	4
Oktober	12-69	1295	929	73	10	1	331	26	25
	≥70	1334	463	35	18	1	844	64	9
November	12-69	2365	1527	66	32	1	768	33	38
	≥70	2718	878	32	35	1	1801	66	4
Totaal	12-69	7110	5312	76	225	3	1448	21	125
	≥70	5452	2014	37	107	2	3312	61	19
IC-opnames									
Maand 2021	Leeftijd	Totaal	Niet gevaccineerd		Deels gevaccineerd		Volledig gevaccineerd		Vaccinatiestatus onbekend
			Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal
Juli	12-69	258	209	84	28	11	13	5	8
	≥70	55	32	58	2	4	21	38	0
Augustus	12-69	346	296	88	9	3	32	9	9
	≥70	87	60	69	1	1	26	30	0
September	12-69	223	190	88	1	0	24	11	8
	≥70	62	36	59	2	3	23	38	1
Oktober	12-69	319	243	79	1	0	64	21	11
	≥70	154	76	50	1	1	76	50	1
November	12-69	532	385	74	6	1	126	24	15
	≥70	226	115	51	5	2	106	47	0
Totaal	12-69	1678	1323	81	45	3	259	16	51
	≥70	584	319	55	11	2	252	43	2

*COVID-19 ziekenhuis- en IC-opnames geregistreerd in NICE van 11 juli tot en met 23 november 2021. Door de start van de delta variant periode is de maand juli niet compleet geïncludeerd, de maand november is nog niet compleet. Ook kunnen opnames nog na worden geregistreerd over voorbije maanden.
#Totaal aantal ziekenhuisopnames, inclusief de IC-opnames

Tabel 2. Mediane leeftijd van patiënten opgenomen met COVID-19 in het ziekenhuis en op de IC per maand

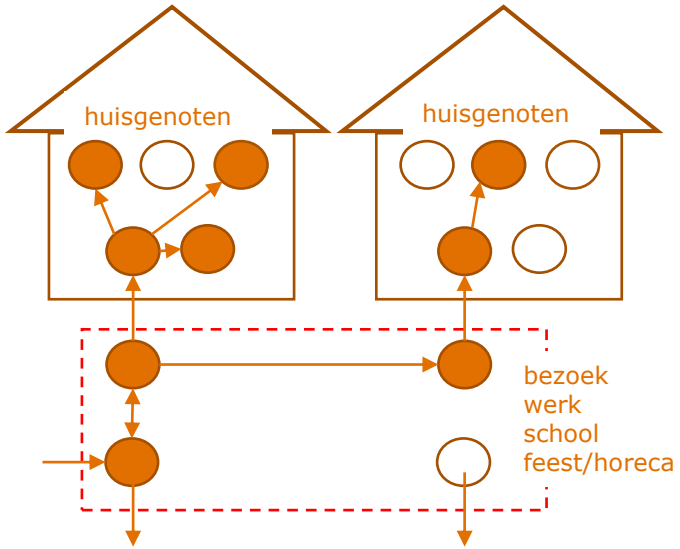
Ziekenhuisopnames (mediane leeftijd (25e en 75e percentiel))			
Maand 2021	Totaal	Niet gevaccineerd	Volledig gevaccineerd
Juli	54 (39-69)	49 (35-62)	76 (63-84)
Augustus	58 (42-72)	53 (38-66)	75 (64-83)
September	60 (44-74)	54 (40-68)	75 (65-83)
Oktober	70 (55-80)	60 (44-73)	77 (68-84)
November	71 (58-81)	63 (47-75)	76 (67-84)
IC-opnames (mediane leeftijd (25e en 75e percentiel))			
Maand 2021	Totaal	Niet gevaccineerd	Volledig gevaccineerd
Juli	56 (46-66)	53 (42-65)	73 (63-77)
Augustus	57 (46-66)	55 (44-65)	68 (64-74)
September	58 (46-68)	56 (44-66)	68 (60-74)
Oktober	64 (53-71)	61 (49-69)	71 (64-77)
November	63 (54-71)	61 (50-69)	69 (62-74)

NB COVID-19 ziekenhuis- en IC-opnames geregistreerd in NICE van 11 juli tot en met 23 november 2021. Door de start van de delta variant periode is de maand juli niet compleet geïncludeerd, de maand november is nog niet compleet. Ook kunnen opnames nog na worden geregistreerd over voorbije maanden.

Setting van besmetting individuele meldingen BCO*

Aantal aan de GGD'en gemelde personen met een positieve testuitslag voor SARS-CoV-2 naar aanwezigheid van gerelateerde ziektegevallen[1].

	Vanaf 2 augustus		Afgelopen week[2,3]	
Gerelateerde ziektegevallen aanwezig	Aantal	%	Aantal	%
Totaal gemeld	775726		155152	
Ja, setting vermeld	228462	29.5	33033	21.3
Ja, setting niet vermeld	30597	3.9	4192	2.7
Ja, setting onbekend	2396	0.3	608	0.4
Nee	284621	36.7	40769	26.3
Niet vermeld	229650	29.6	76550	49.3



Vermelde mogelijke settings van besmetting van aan de GGD'en gemelde personen met een positieve testuitslag voor SARS-CoV-2 waarbij sprake is van gerelateerde gevallen

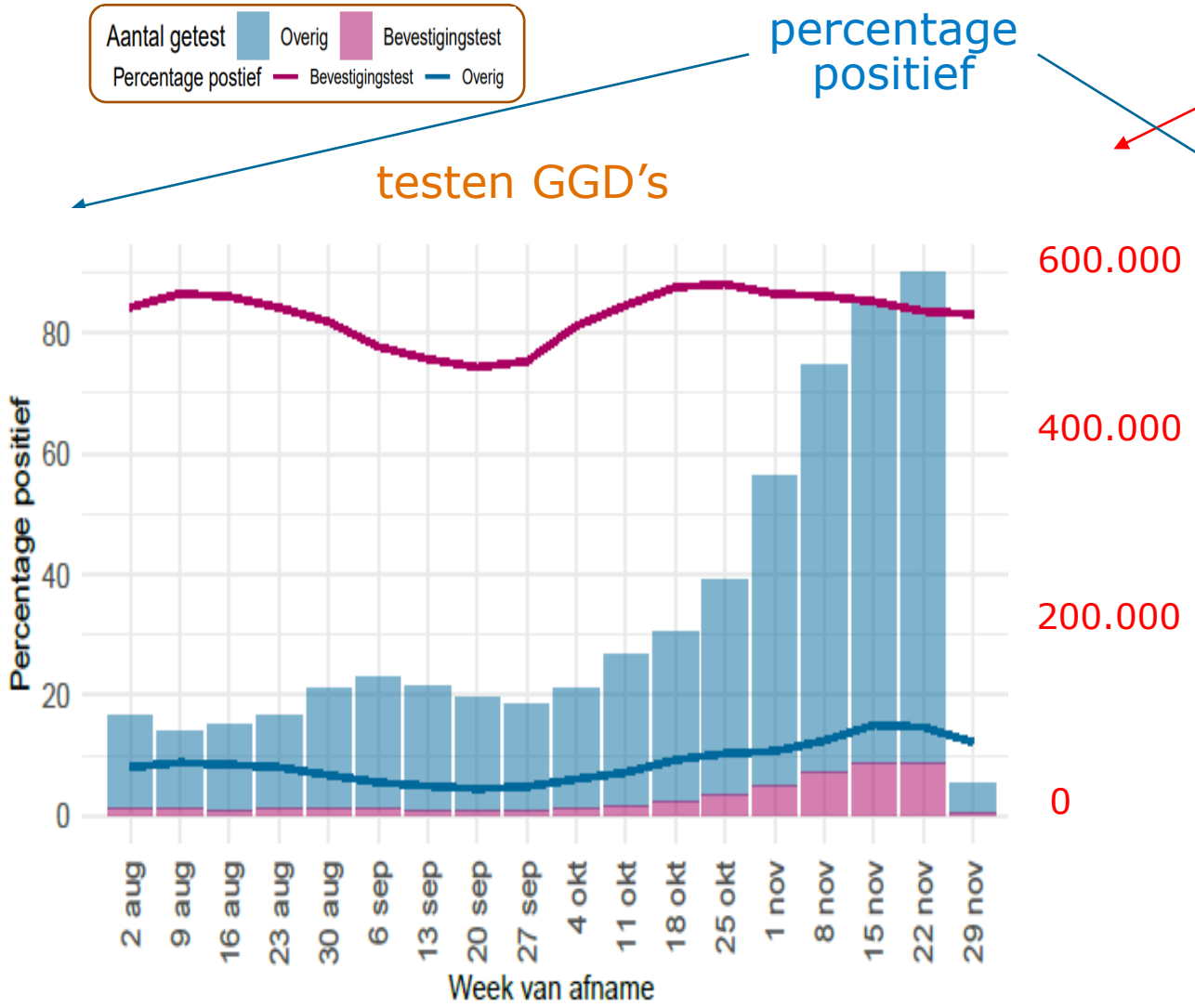
	Vanaf 2 augustus		Afgelopen week	
Setting	Aantal	%	Aantal	%
Thuissituatie (huisgenoten inclusief niet-samenwonende partner)	129561	56.7	20381	61.7
School en kinderopvang	29940	13.1	5839	17.7
Bezoek in de thuissituatie (van of bij familie, vrienden, enz.)	31990	14.0	3880	11.7
Werksituatie	16580	7.3	1760	5.3
Verpleeghuis of woonzorgcentrum voor ouderen	8113	3.6	1042	3.2
Feest (feest, verjaardag, borrel, bruiloft, enz.)	8141	3.6	381	1.2
Vrijetijdsbesteding, zoals sportclub	2520	1.1	258	0.8
Overige gezondheidszorg	2069	0.9	244	0.7
Woonvoorziening voor mensen met een beperking	1975	0.9	227	0.7
Horeca	5056	2.2	176	0.5
2e lijn gezondheidszorg / ziekenhuis	1320	0.6	144	0.4
Dagopvang voor ouderen en mensen met een beperking	754	0.3	118	0.4
Medereiziger / reis / vakantie	5128	2.2	100	0.3
Overige woonvoorziening	891	0.4	107	0.3
Religieuze bijeenkomsten	715	0.3	18	0.1
Koor	466	0.2	24	0.1
1e lijn gezondheidszorg / huisarts	234	0.1	24	0.1
Uitvaart	395	0.2	44	0.1
Vlucht	598	0.3	11	0.0
Studentenvereniging/-activiteiten	243	0.1	8	0.0
Overig	8821	3.9	744	2.3

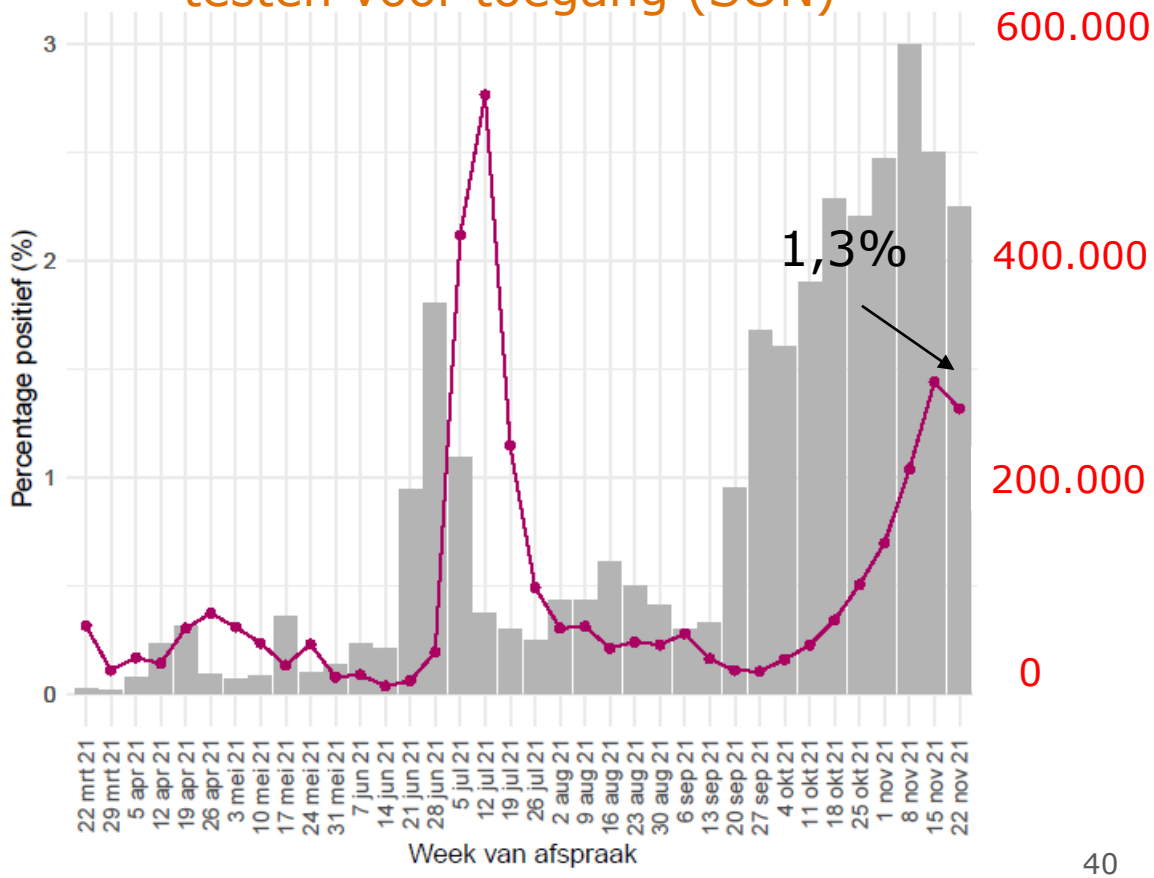
grijs = aantal en percentage bij afgeschaald BCO

COVID-19 | testen beeld

aantal testen met uitslag

percentage positief



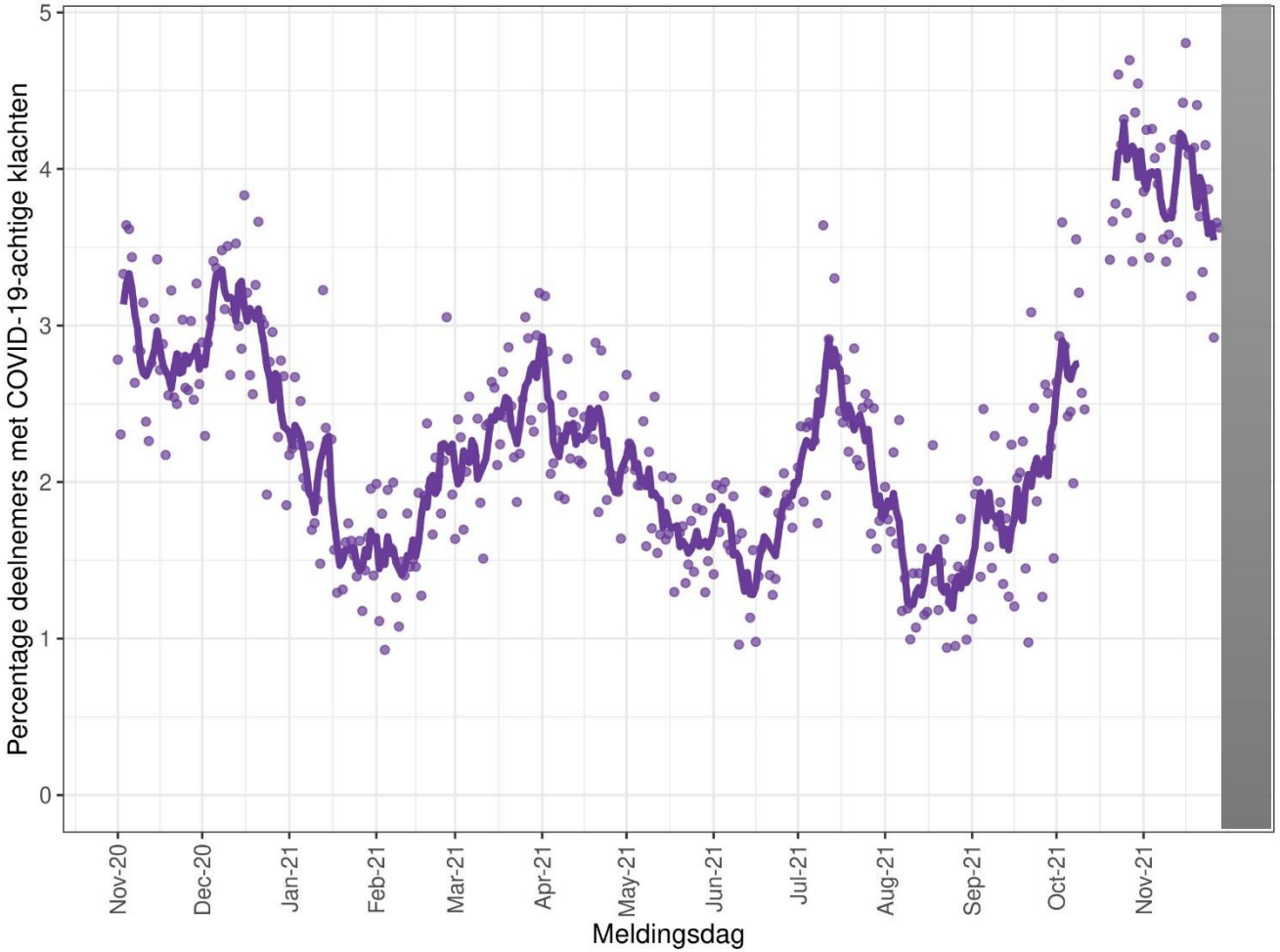


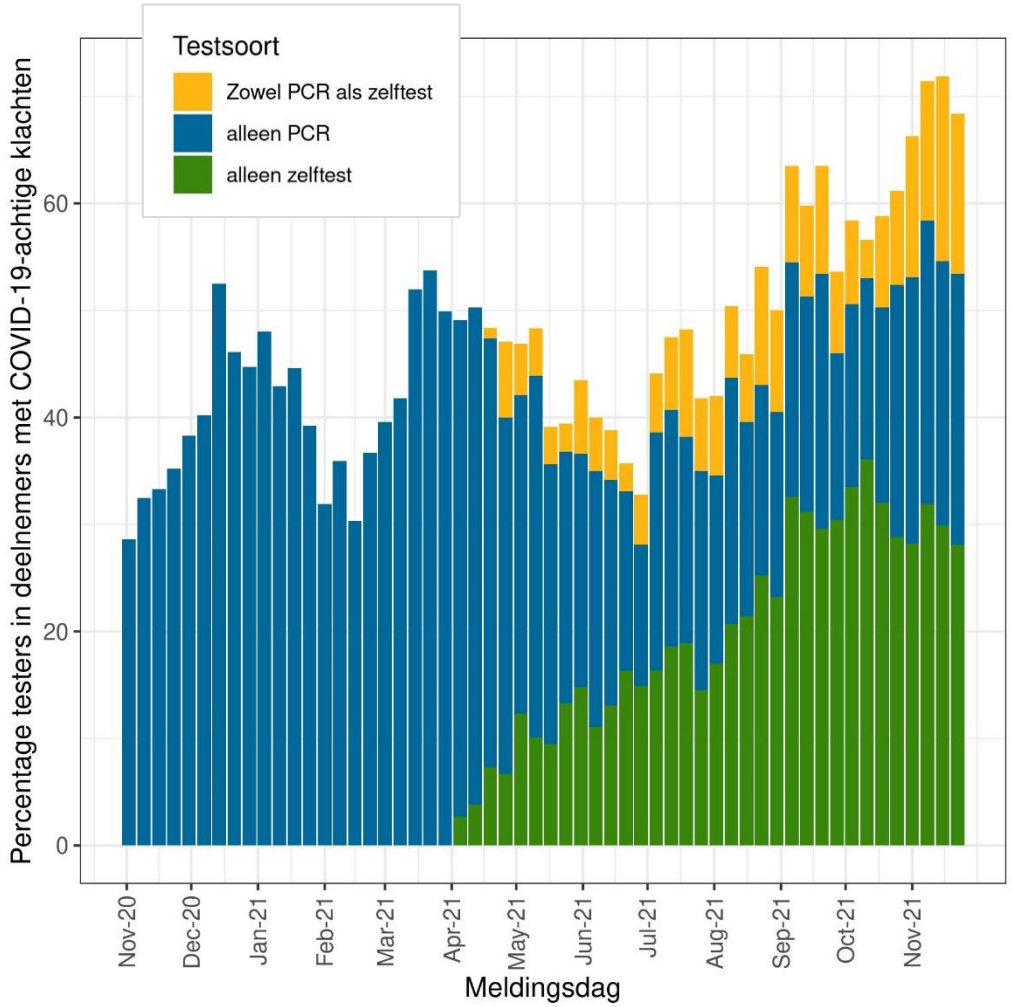
www.infectieradar.nl

Infectieradar

aandeel personen (~12.000) met COVID-19-achtige klachten

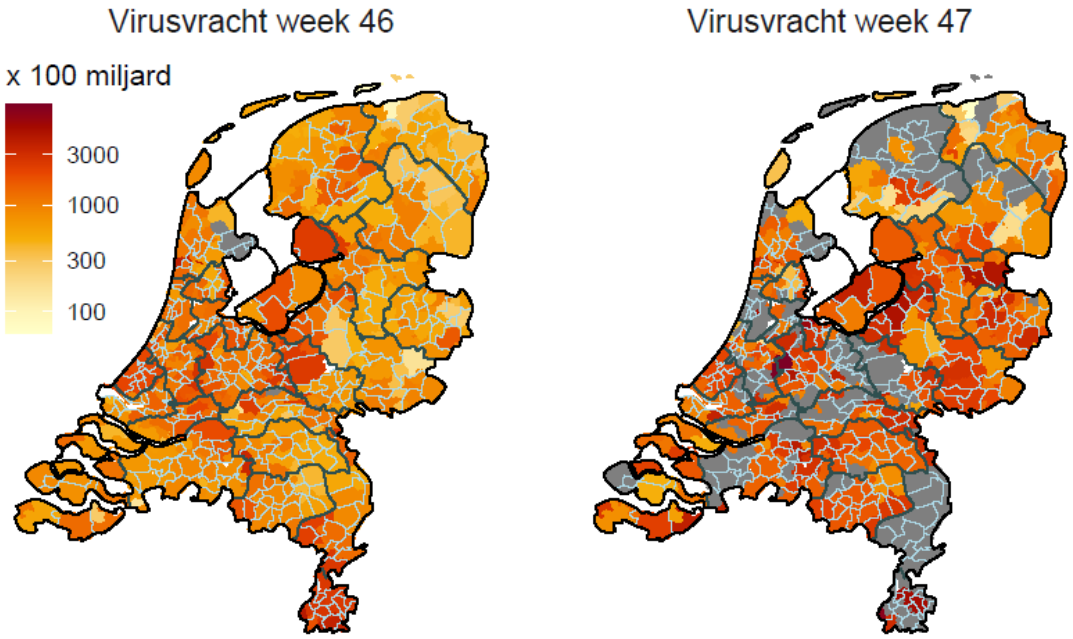
(update: maandag 29 november 2021)





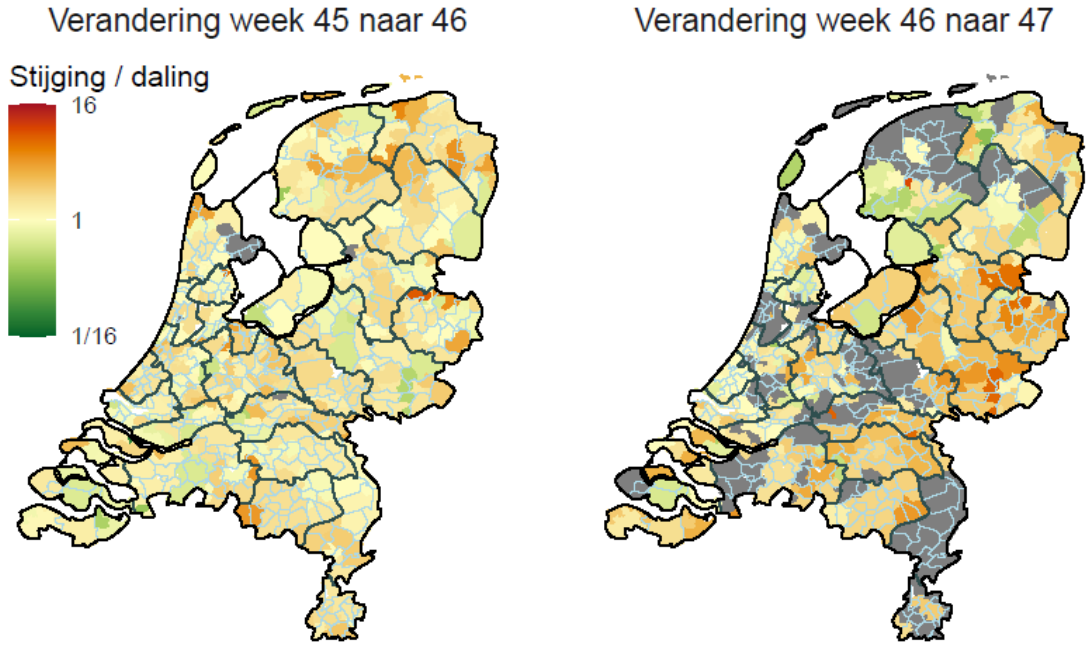
Rioolwatersurveillance

virusvracht per week



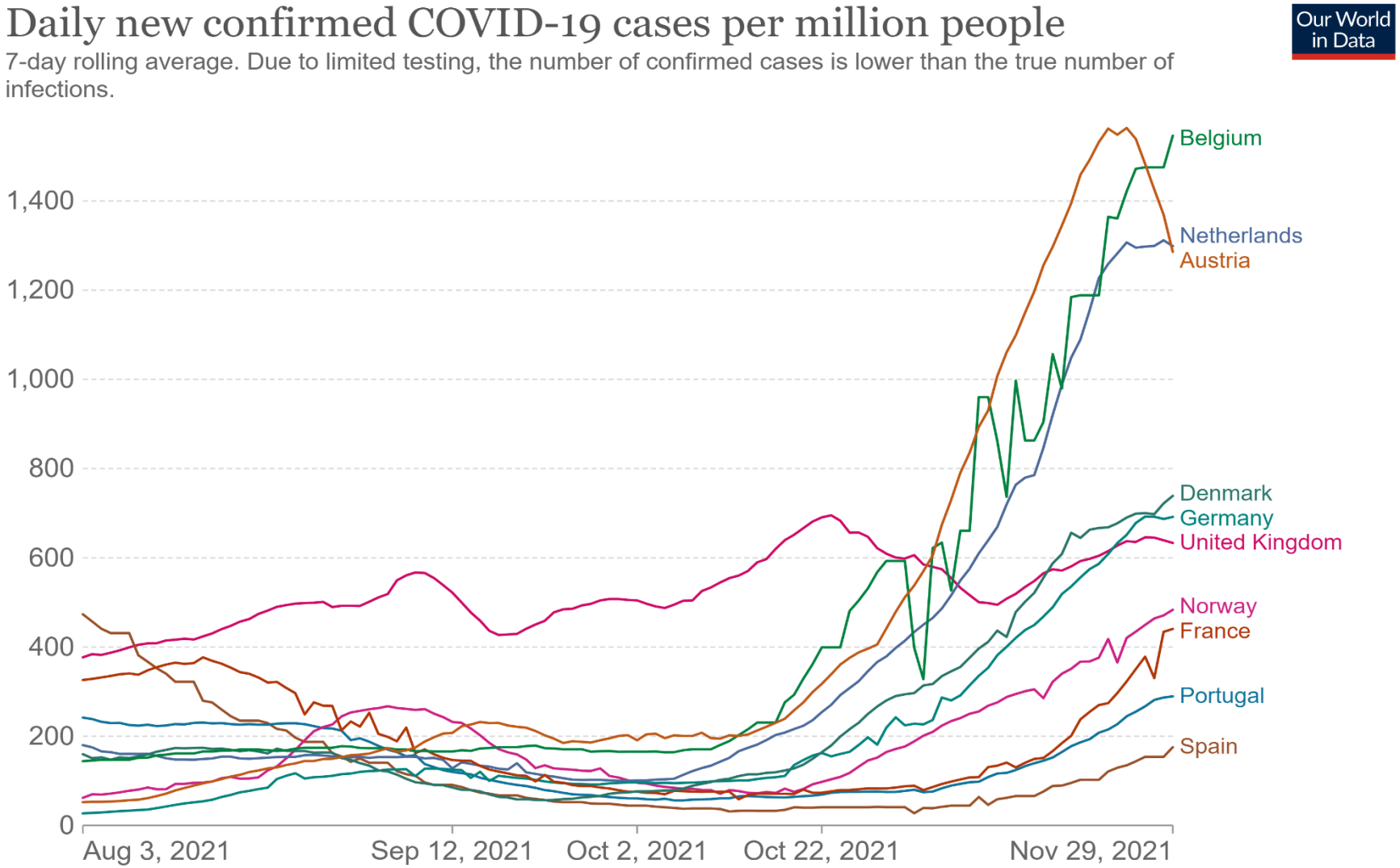
grijs = analyse volgt

verandering per week



grijs = analyse volgt

Beeld EU


Daily new confirmed COVID-19 cases per million people
7-day rolling average. Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.
Our World in Data
1,400
1,200
1,000
800
600
400
200
0
Aug 3, 2021
Sep 12, 2021
Oct 2, 2021
Oct 22, 2021
Nov 29, 2021
Belgium
Netherlands
Austria
Denmark
Germany
United Kingdom
Norway
France
Portugal
Spain

Coronavirus
behandelingen [‘in wording’]

https://swab.nl/nl/covid-19

- Monoclonale antistoffen (FDA indicatie gericht op voorkomen ziekenhuisopname)
  - regen-cov (Regeneron)
  - bamlanivimab en etesevimab (Eli Lilly)
  - sotrovimab (GSK)
  - [AZD7442 (AstraZeneca)]
- [Interferonen]
- Antivirale middelen
  - remdesivir (Gilead)
  - molnupiravir (Merck)
  - paxlovid (Pfizer)
  - favipiravir (Apilli)
- Ontstekingsremmers
  - dexamethasone
  - anti-interleukine 6 (sarilumab; toculizumab)
  - [fluvoxamine]

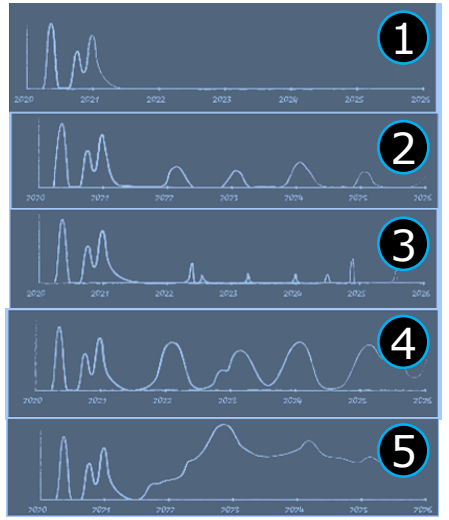
Naast middelen in nog niet gepubliceerde onderzoeken (VitD, zink, aspirine, etc)

COVID-19
toekomstscenario’s
bereid je voor op verschillende scenario’s

omicronvariant

(reizen)

	mutaties van het virus	vaccinatie	immuniteit	menselijk gedrag
• Scenario 1: Terug naar normaal	−	+++	+++	nvt
• Scenario 2: Griep⁺	+	++	+/±	+
• Scenario 3: Externe dreiging	+	++	+/±	+/-
• Scenario 4: Continue strijd	++	+	±±±	±?
• Scenario 5: Worst case	+/-	nvt	---	---



COVID-19
toekomstscenario’s
bereid je voor op verschillende scenario’s

zorgbelasting – reguliere zorg moet mogelijk zijn
- eerste lijnszorg, verpleeghuiszorg, ziekenhuiszorg, IC-zorg

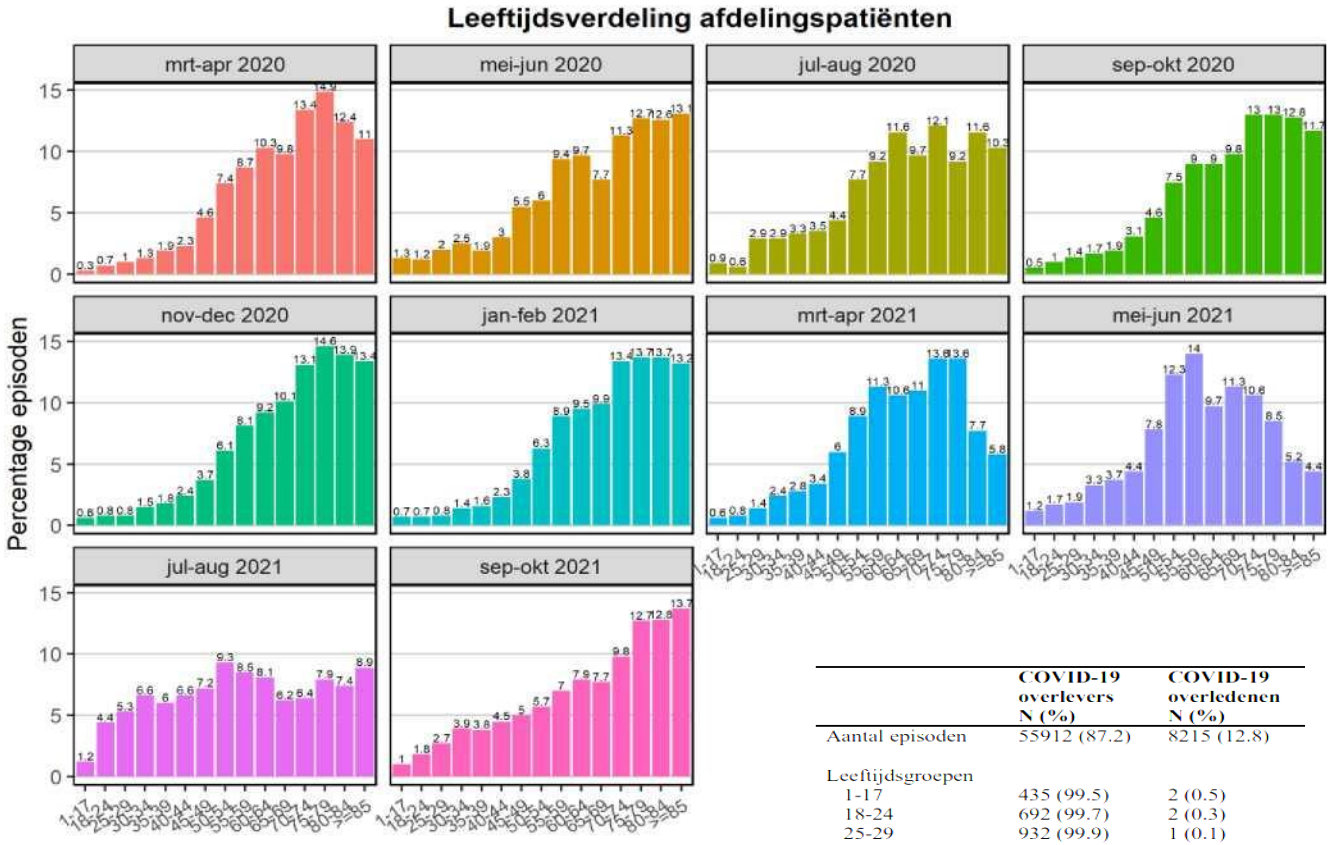
beschermen kwetsbaren in de samenleving
- medisch
- maatschappelijk (ter beoordeling kabinet, plan-buro’s, etc)

zicht houden op het virus (vanwege andere doelen) – meldingen, zorgbelasting
- gevaccineerden
- niet-immune (vaak ongevaccineerde) personen

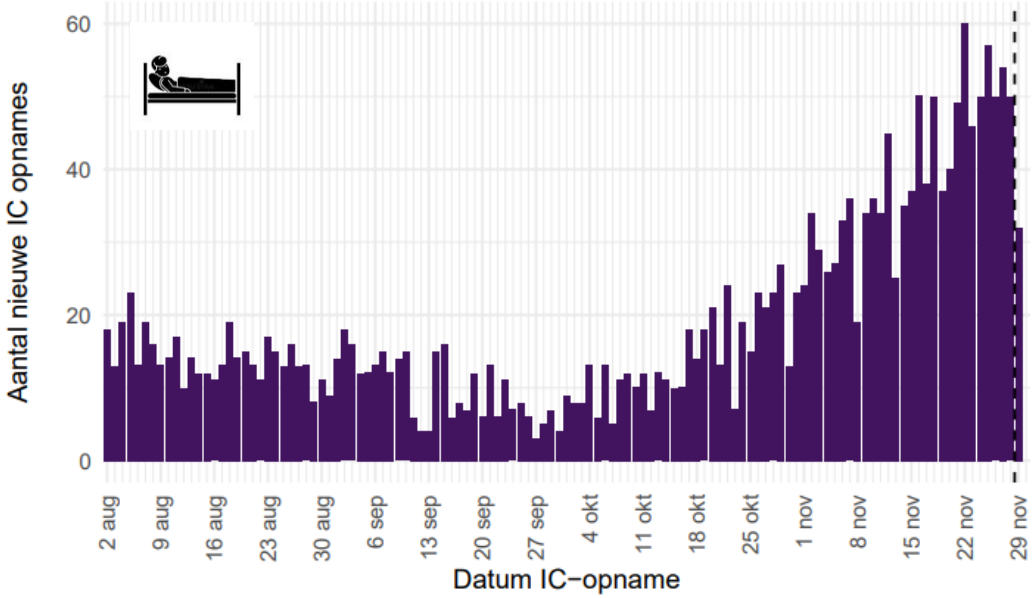
Geen discussie over, naast vaccinatie 1….99:
- basisregels met betrekking tot bron (testen, isolatie, quarantaine)
- collectieve maatregelen met betrekking tot hygiene en ventilatie
- overige verplichtingen en adviezen, bijv tav inreizen, quarantaine, zelftest terugkeer

Discussie
- veilige afstandsnorm 1,5 m
- Corona toegangsbewijs (CTB) – “gesloten, tenzij inzet CTB”

COVID-19
leeftijdsverdeling patienten opgenomen op verpleegafdeling



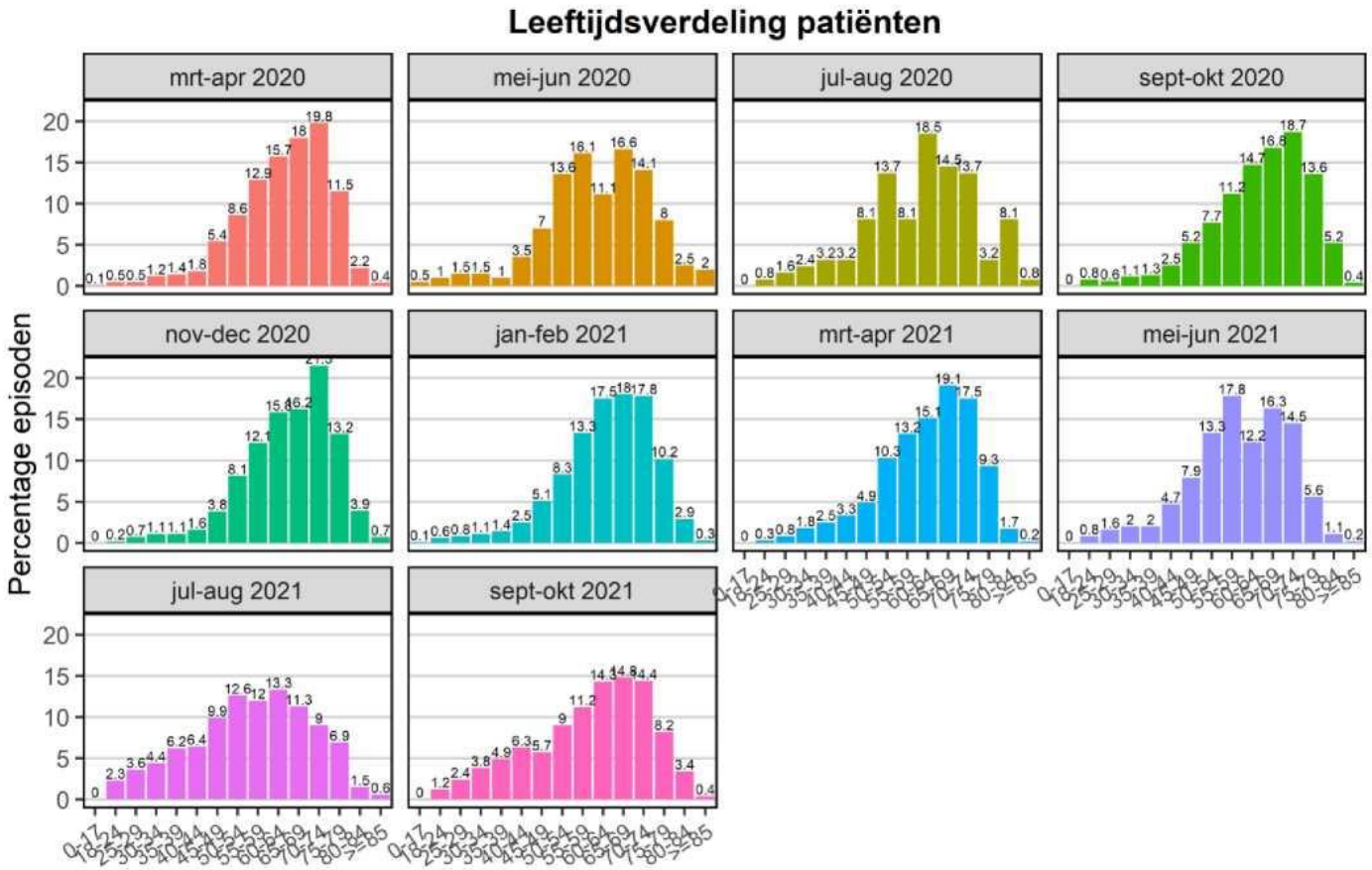
	COVID-19 overlevers N (%)	COVID-19 overledenen N (%)
Aantal episoden	55912 (87.2)	8215 (12.8)
Leeftijdsgroepen		
1-17	435 (99.5)	2 (0.5)
18-24	692 (99.7)	2 (0.3)
25-29	932 (99.9)	1 (0.1)
30-34	1401 (99.4)	9 (0.6)
35-39	1561 (99.4)	9 (0.6)
40-44	1951 (99.3)	14 (0.7)
45-49	3146 (99.3)	21 (0.7)
50-54	4775 (98.6)	67 (1.4)
55-59	5867 (97.8)	129 (2.2)
60-64	5866 (96.1)	235 (3.9)
65-69	5785 (91.8)	520 (8.2)
70-74	6894 (86.4)	1085 (13.6)
75-79	6532 (78.1)	1830 (21.9)
80-84	5109 (70.9)	2092 (29.1)
≥85	4511 (67.3)	2192 (32.7)

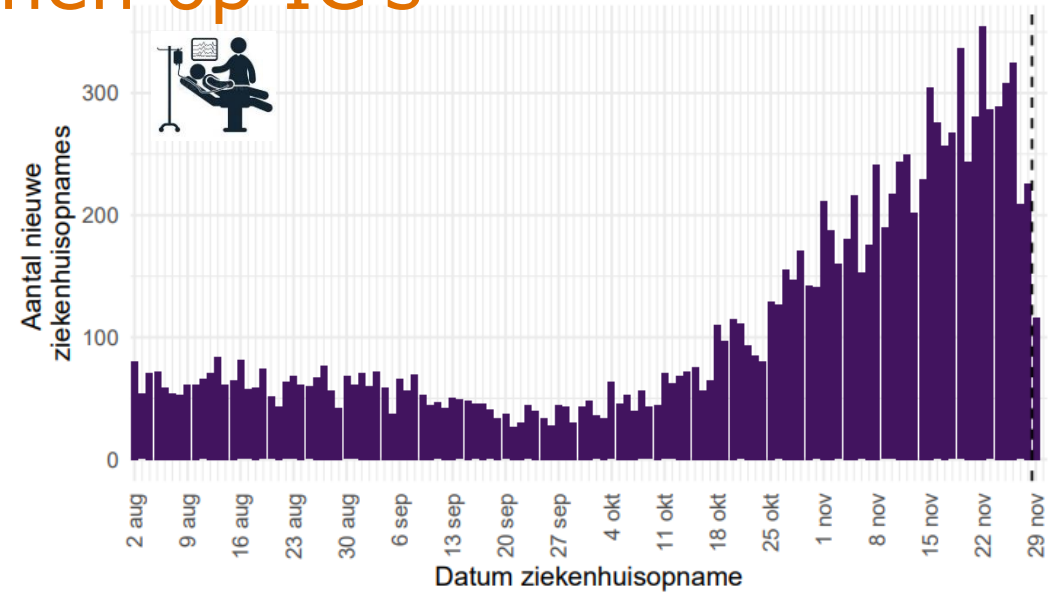


data Stichting NICE
rapport 16.11.2021

	Gemiddelde leeftijd (SD)	Mediane leeftijd (IQR)
Maart-April 2020	67.5 (15.1)	70 (58-79)
Mei-Juni 2020	65.9 (18.1)	69 (55-80)
Juli-Augustus 2020	64.2 (17.4)	66 (53-78)
September-Oktober 2020	66.8 (16.2)	70 (56-79)
November-December 2020	68.5 (15.7)	72 (59-80)
Januari-Februari 2021	68.3 (15.7)	71 (59-80)
Maart-April 2021	63.5 (15.6)	65 (54-75)
Mei-Juni 2021	59.2 (16.4)	59 (50-71)
Juli-Augustus 2021	56.5 (20.3)	57 (41-74)
September-Oktober 2021	64.6 (19.4)	69 (51-80)

COVID-19
leeftijdsverdeling patienten opgenomen op IC's

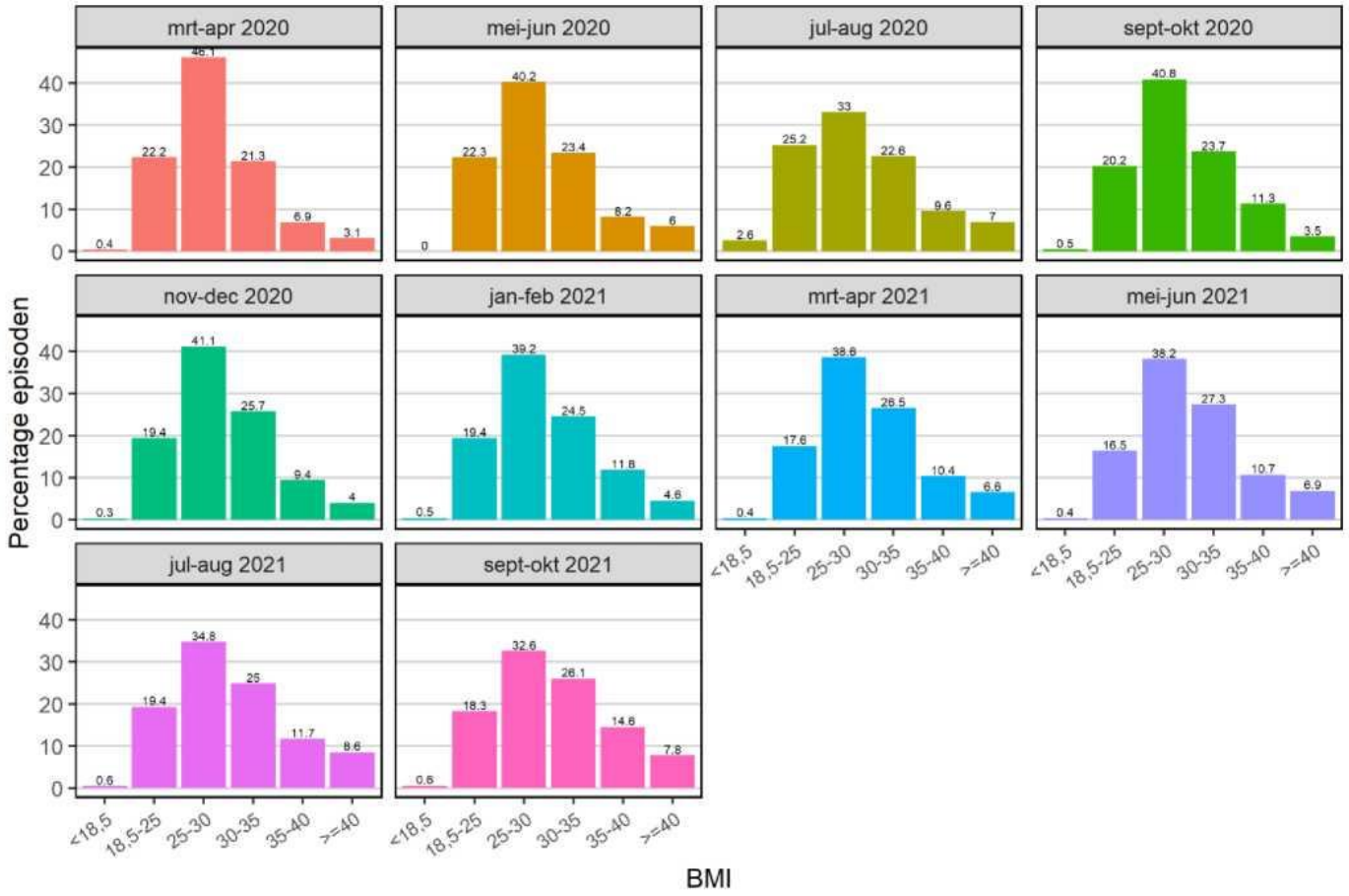


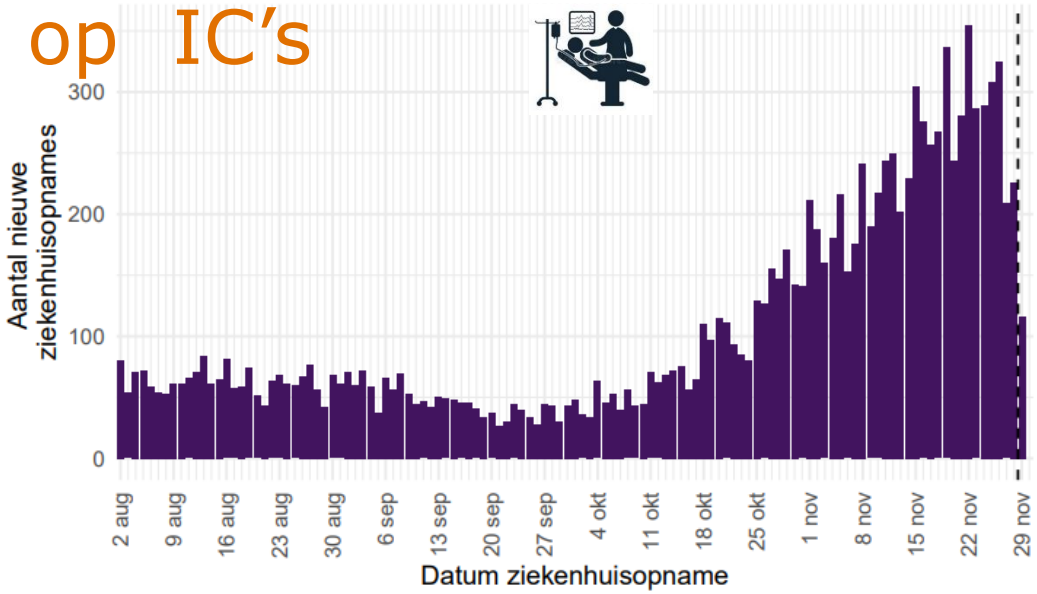


data Stichting NICE
rapport 17.11.2021

	Gemiddelde leeftijd (SD)	Mediane leeftijd (IQR)
Maart-april 2020	63.4 (11.2)	65 (57-72)
Mei-juni 2020	60.8 (13.1)	61 (53-70)
Juli-aug 2020	60.3 (13.3)	63.5 (51-70)
Sept-okt 2020	64.2 (11.9)	66 (57-73)
Nov-dec 2020	64.7 (11.1)	66 (58-73)
Jan-feb 2021	62.8 (11.5)	64 (57-71)
Maart-april 2021	61.9 (11.7)	64 (55-71)
Mei-juni 2021	59.1 (12)	59 (52-69)
Juli-aug 2021	55.1 (14.6)	56 (46-66)
Sept-okt 2021	59 (14.4)	61 (50-70)

COVID-19
BMI-verdeling patienten opgenomen op IC's





data Stichting NICE rapport 17.11.2021

	Gemiddelde BMI (SD)	Mediane BMI (IQR)
Maart-april 2020	28.7 (4.9)	27.8 (25.3-31.1)
Mei-juni 2020	29.4 (5.7)	28.4 (25.3-32.2)
Juli-aug 2020	29.4 (6.6)	28.0 (24.7-32.9)
Sept-okt 2020	29.3 (5.3)	28.7 (25.6-32.0)
Nov-dec 2020	29.4 (5.3)	28.4 (25.7-32.4)
Jan-feb 2021	29.7 (5.6)	28.7 (25.8-32.8)
Maart-april 2021	30.1 (5.9)	29.1 (26.0-32.9)
Mei-juni 2021	30.3 (6.0)	29.4 (26.1-33.3)
Juli-aug 2021	30.3 (6.4)	29.3 (25.9-33.8)
Sept-okt 2021	30.7 (6.8)	29.7 (26.3-34.0)

COVID-19
R_0 – besmettelijkheid en overdracht

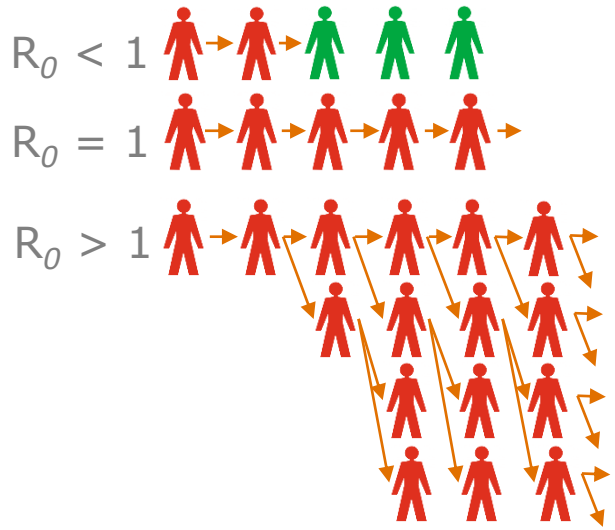
het basis reproductiegetal R_0 is het gemiddeld aantal individuen dat geïnfecteerd wordt door een ander individu gedurende zijn infectieuze periode:

waarschijnlijkheid van overdracht per contact

$R_0 = p \bullet c \bullet d$ ← duur van besmettelijkheid

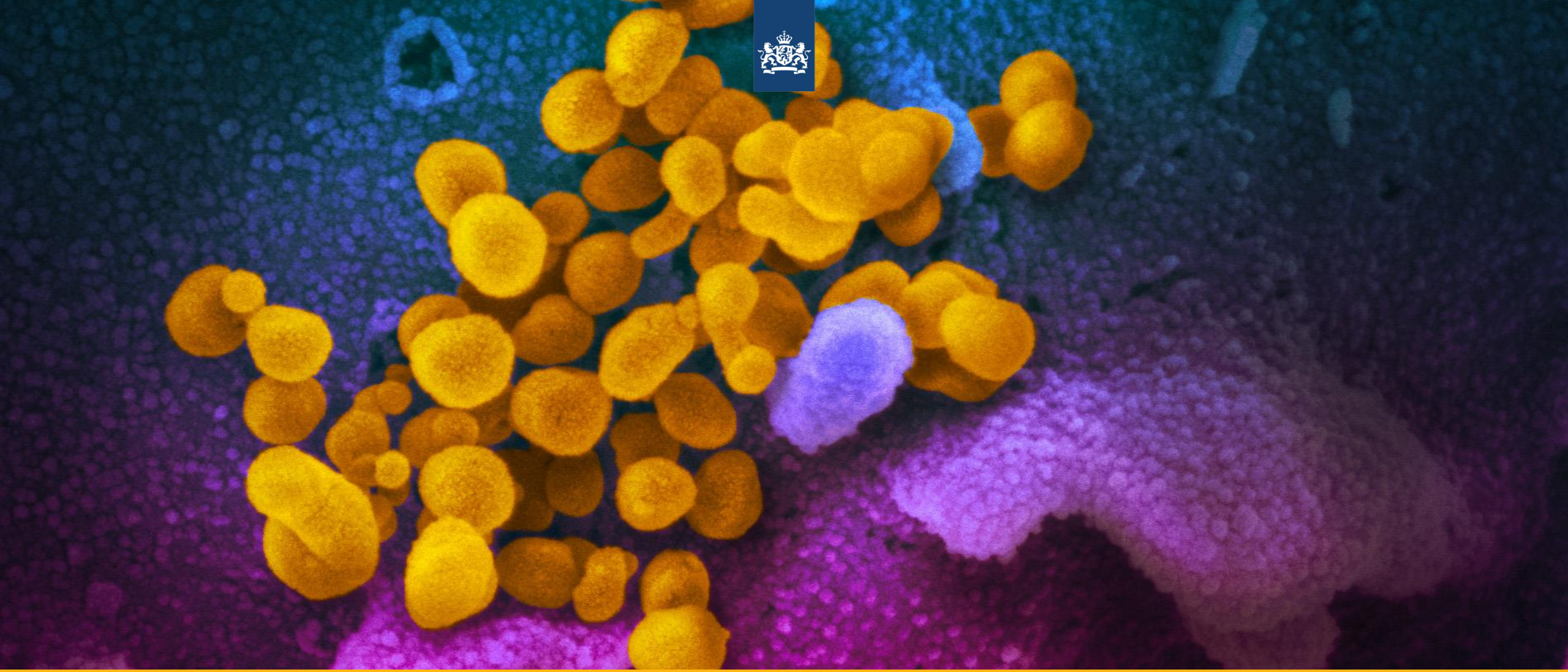
contacten per eenheid tijd

R_{covid}=2-3 – 5
$R_{influenza}$=2-2.5
$R_{mazelen}$=18-20
$R_{waterpokken}$=16-18



De infectie zal verdwijnen, als $R_0 < 1$
endemisch (stabiel), als $R_0 = 1$
epidemisch (uitbraak), als $R_0 > 1$

Productie 27



COVID-19 Briefing Tweede Kamer

Jaap Van Dissel | Centrum Infectieziektebestrijding RIVM | 21.12.2021

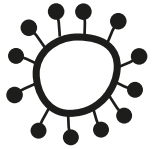
Waar staan we?



Daling meldingen van positieve testen.
Percentage positief hoger (zelftesten?).



Daling ziekenhuis- en IC-opnames.
Reguliere zorg moet nog opgeschaald worden.



Daling van delta variant. Opkomst van omikronvariant. Modellen: binnen paar weken dominant.

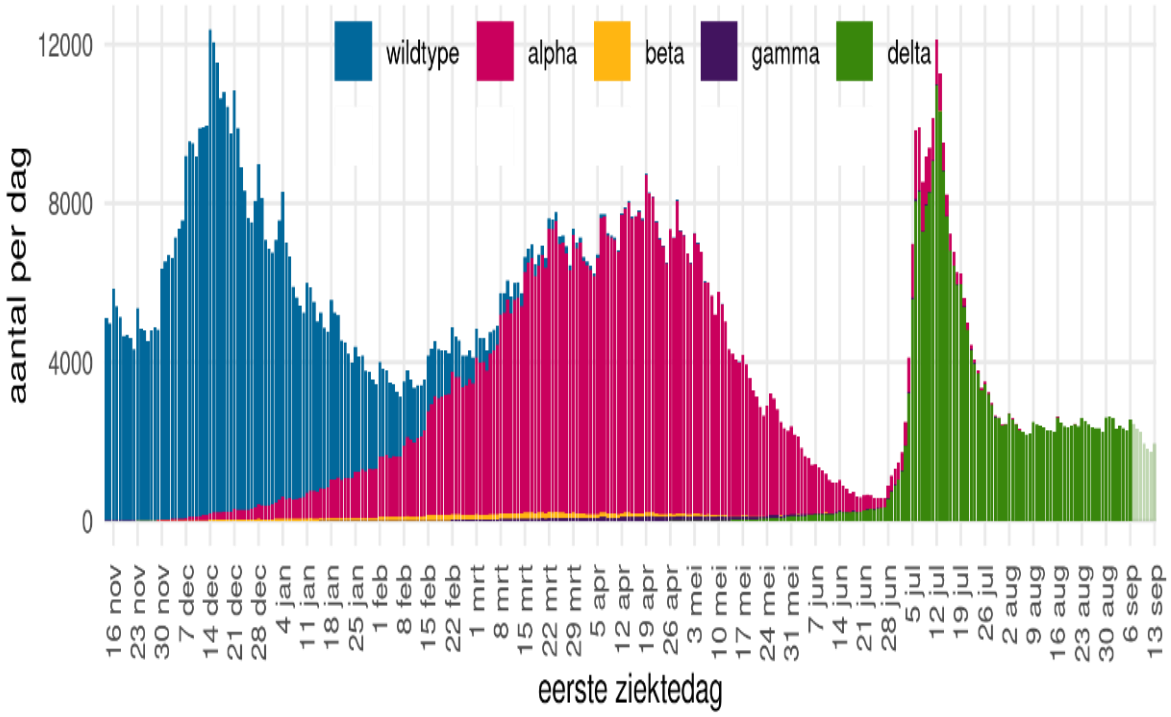


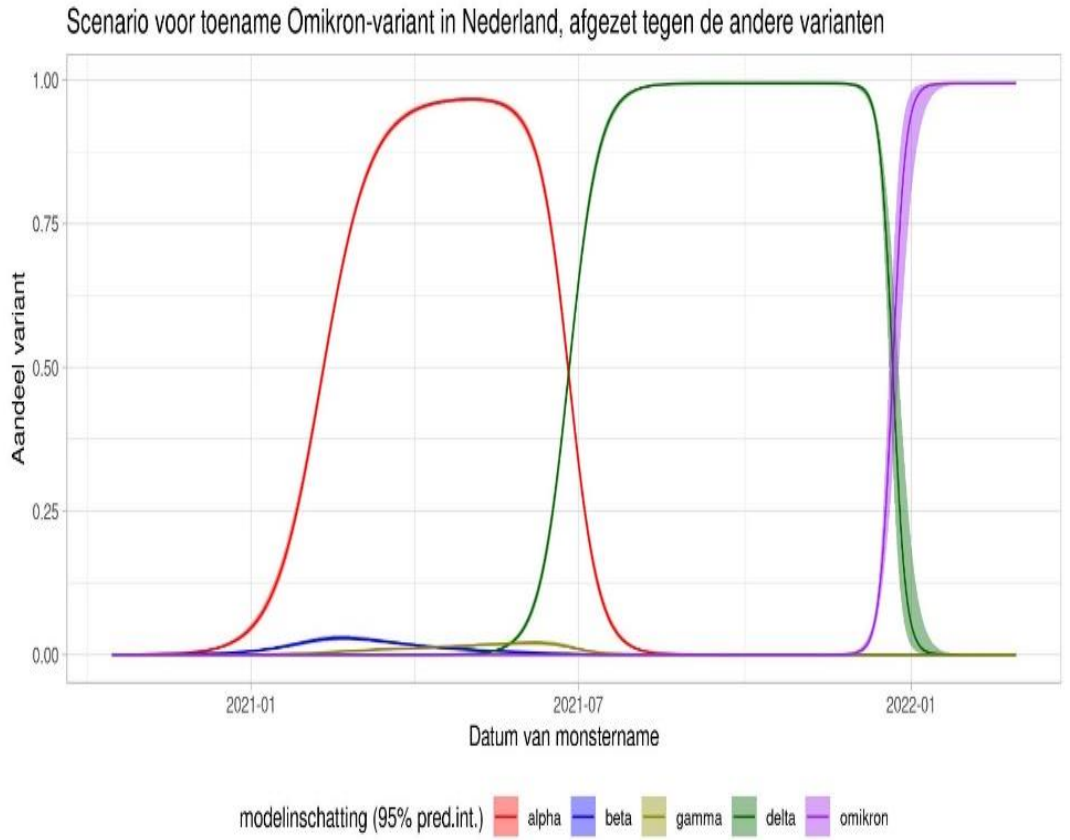
Onzekerheid over omikronvariant groot.
Voorspellingen zorgwekkend.
Maatregelen uit voorzorg aangescherpt.



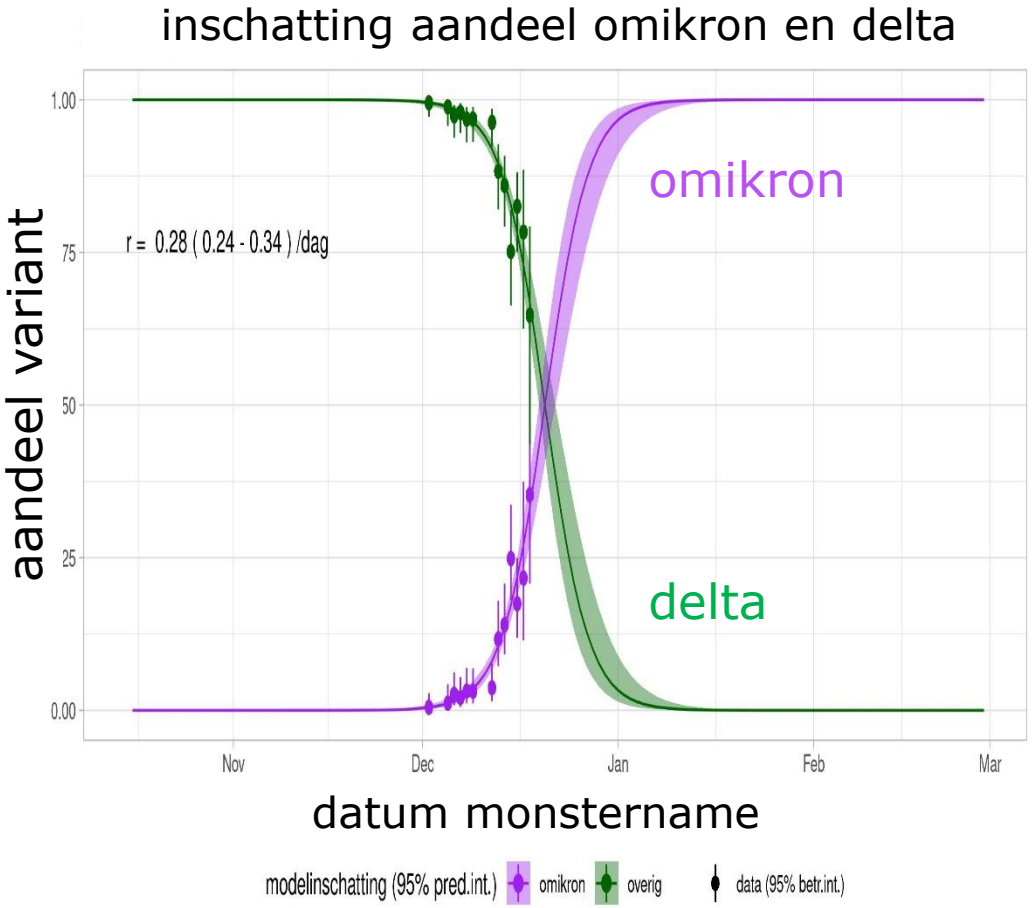
Versneld boosterprogramma tegen mogelijke gevolgen omikronvariant.

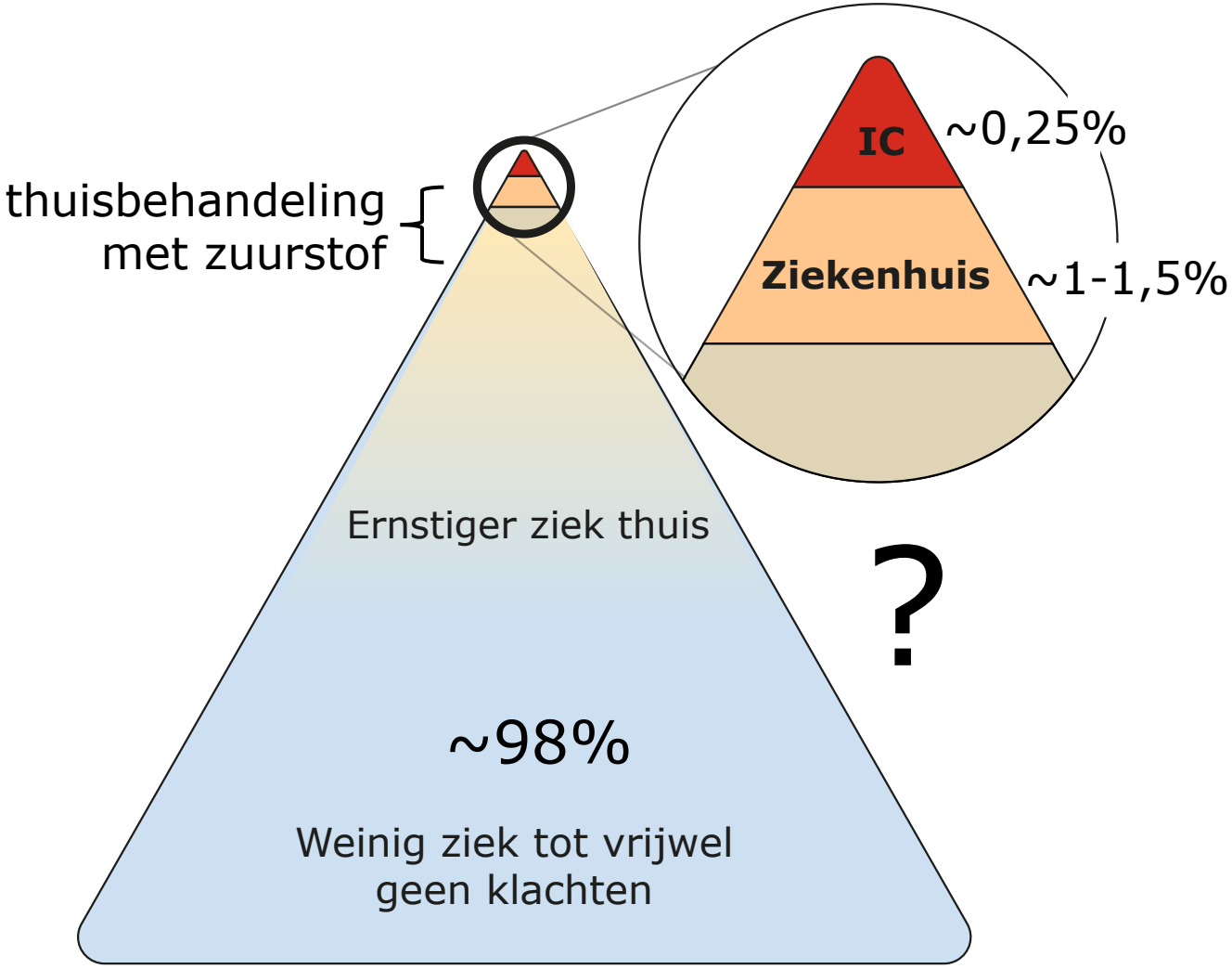
Varianten in kiemsurveillance in Nederland





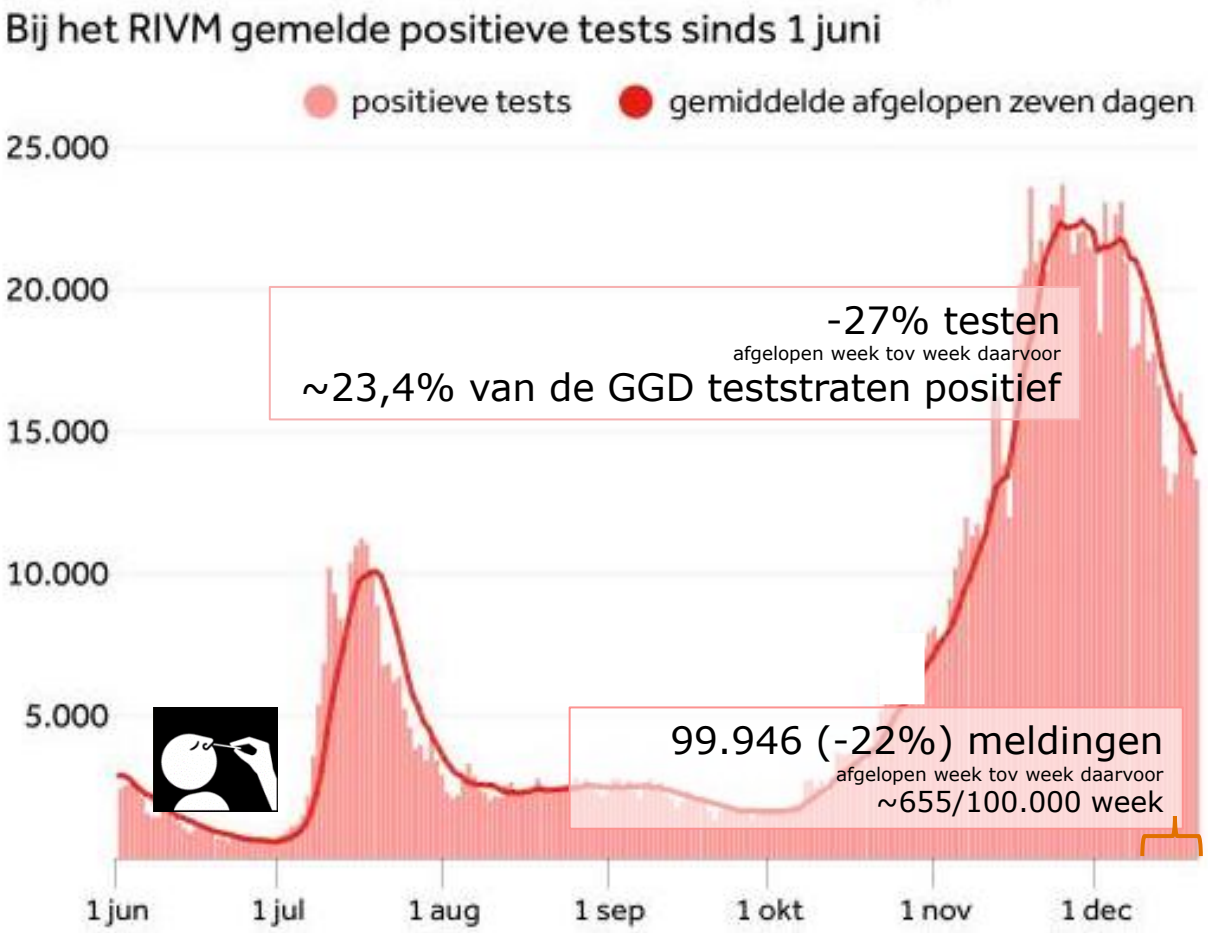
COVID-19 | verandering basis?

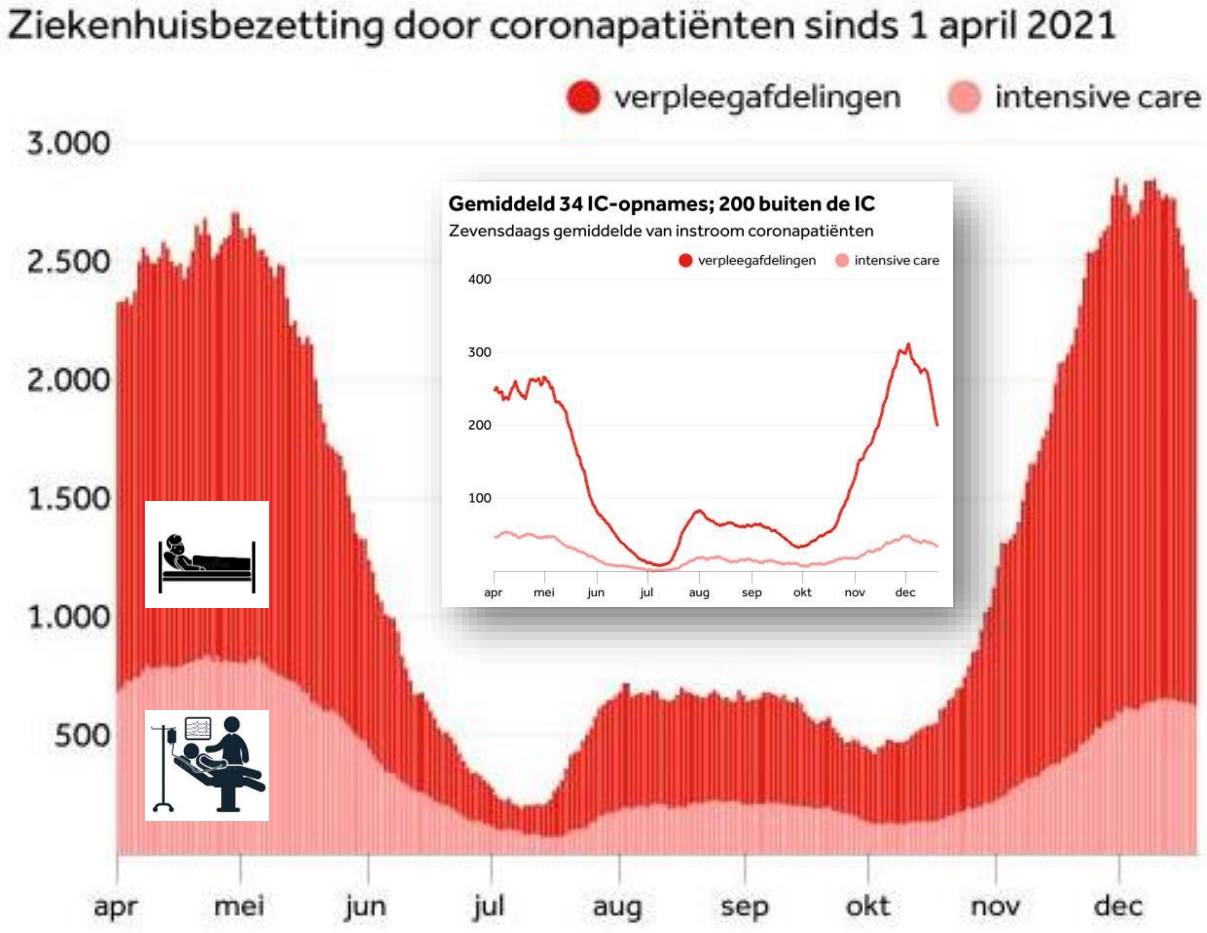




cf. RIVM/NOS/LCPS

Epidemiologie
meldingen, ziekenhuis- en IC-opnames





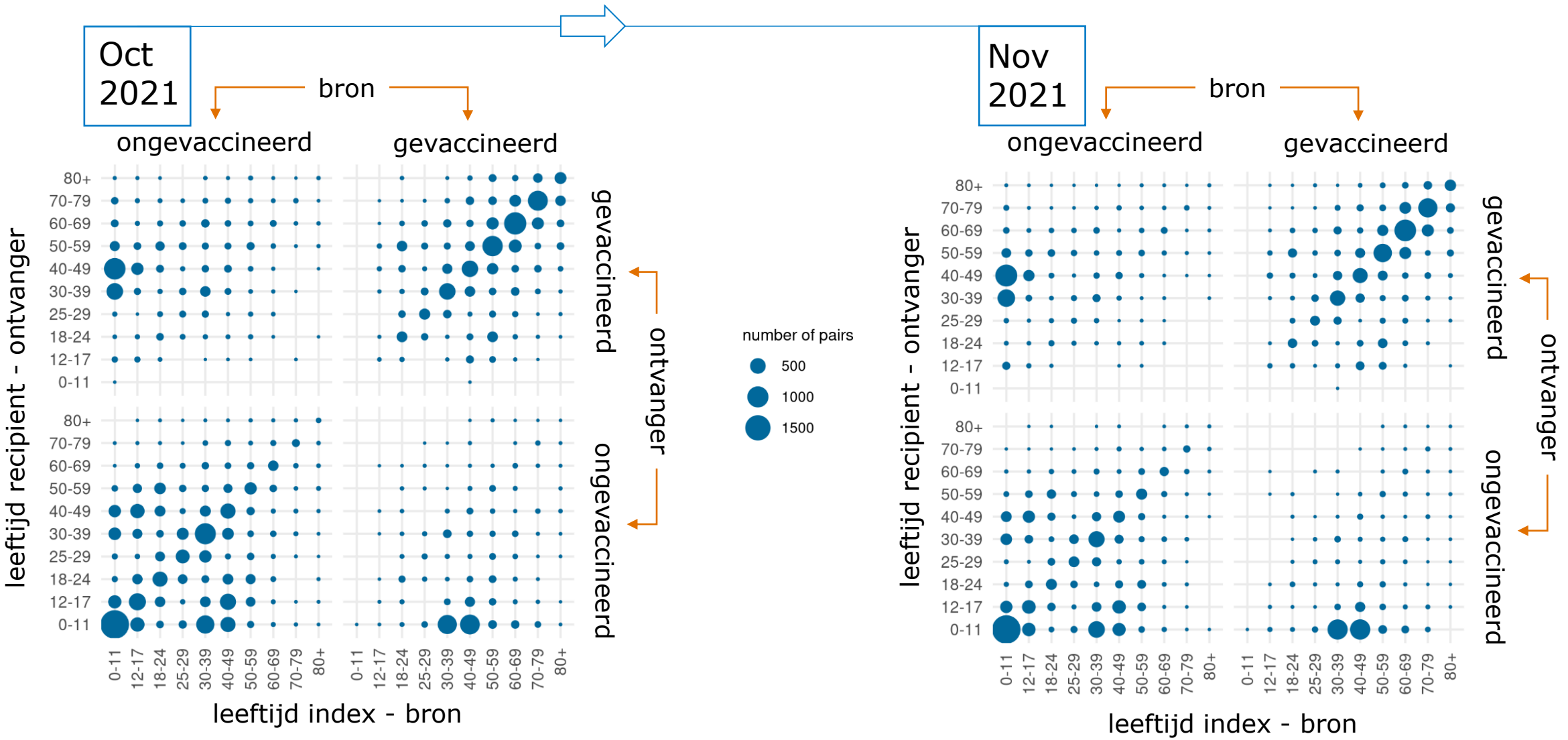
Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Vaccinatie



COVID-19
wie besmet wie? transmissieparen BCO

NB. gevaccineerd versus niet-gevaccineerd 75 : 25



Vaccineffectiviteit tegen infectie

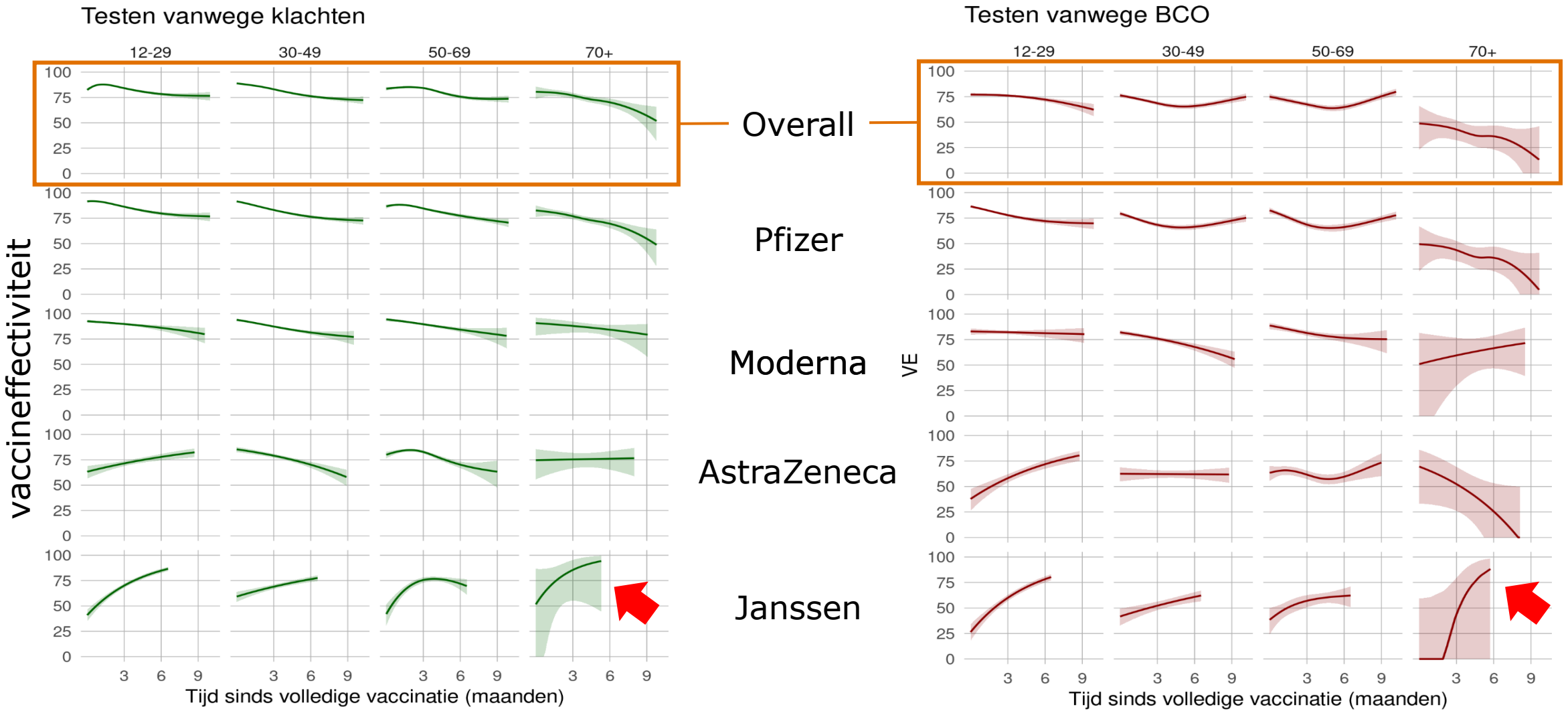
https://www.rivm.nl/nieuws/bescherming-door-vaccinatie-tegen-infectie-met-deltavariant-van-coronavirus

- Onderzoek periode met deltavariant (4 juli t/m 2 december jl.)
- Circa 2 miljoen testen
  - vanwege klachten bij GGD teststraten
  - vanwege testen in kader van BronContactOnderzoek (dan met of zonder klachten)

- Methode: test-negatieve design en logistische regressie van kans op positieve test voor gevaccineerden versus ongevaccineerden, met correctie voor datum test, leeftijd cohort, geslacht, type test (PCR/antigeen) – VE=(1-OR)*100%

- Resultaten:
  - bij GGD: overall VE tegen infectie met klachten 80-85 %, boven 70 jaar 70-75 %
  - in BCO: overall VE tegen infectie met klachten 68-76 %, boven 70 jaar 35-40 %

Vaccineffectiviteit tegen infectie – delta



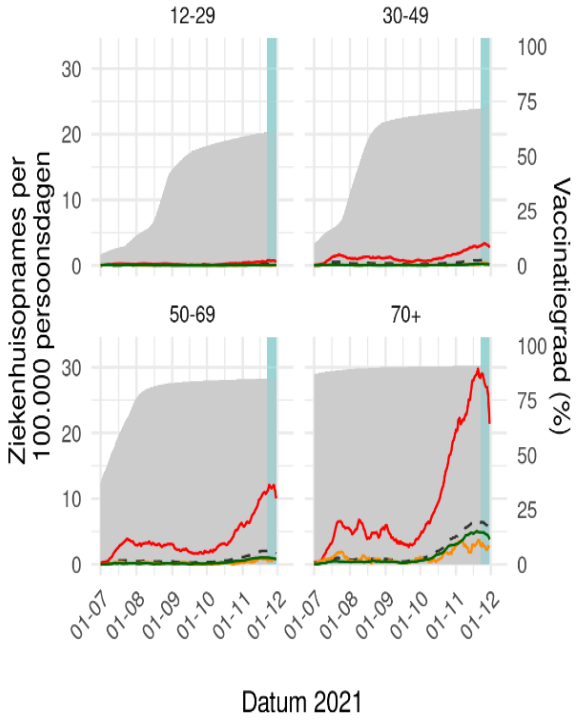
Vaccineffectiviteit tegen opname
(13 okt t/m 07 december jl.)

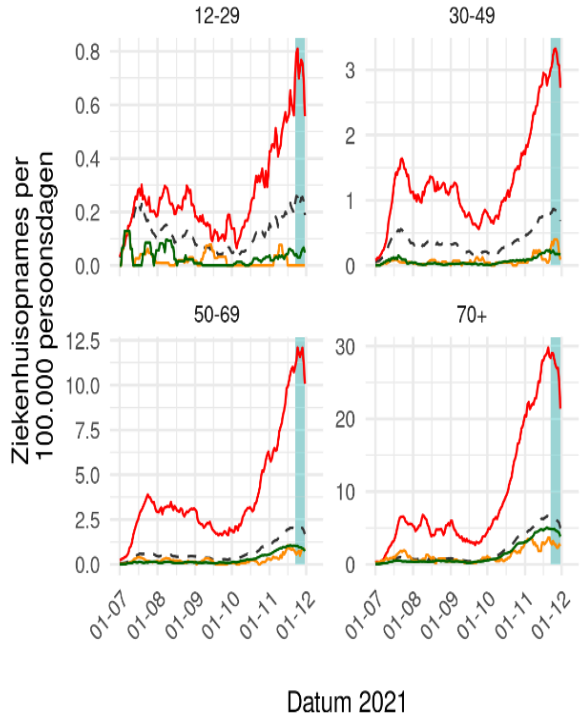
	VE % (95% BI)	
Leeftijd (jaar)	**Ziekenhuisopnames**	**IC-opnames**
12-69	**93%** (92-94)	**96%** (96-97)
≥70	**82%** (80-83)	**93%** (91-94)
Overall	**89%** (89-90)	**95%** (95-96)

Incidenties
COVID-19 opnames en vaccinatiestatus

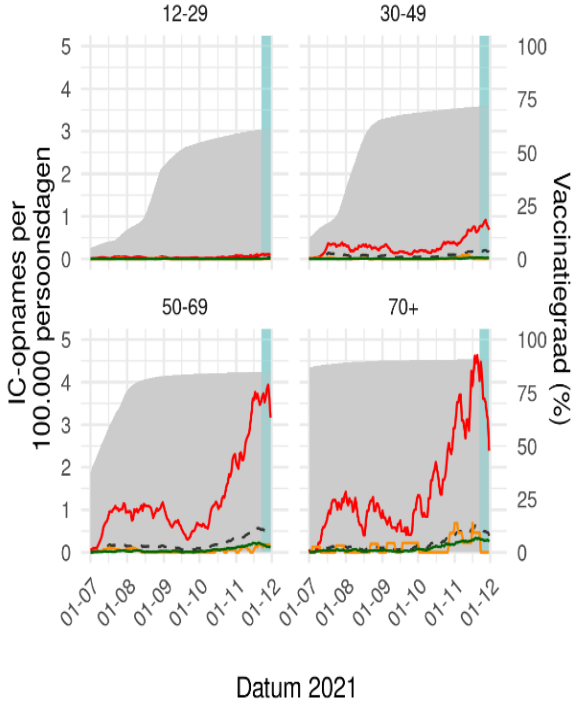
https://www.rivm.nl/covid-19-vaccinatie/vaccineffectiviteit/vaccinatie-beschermt-nog-steeds-zeer-goed-tegen-ernstige-covid-19

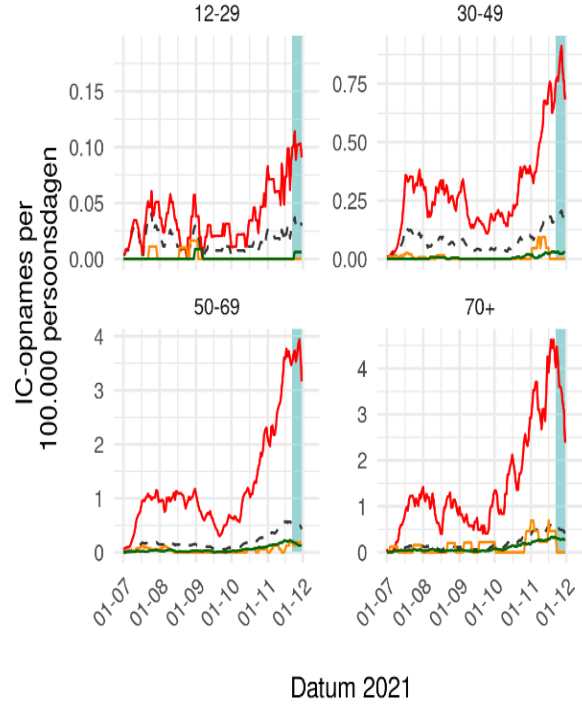
Ziekenhuis





IC





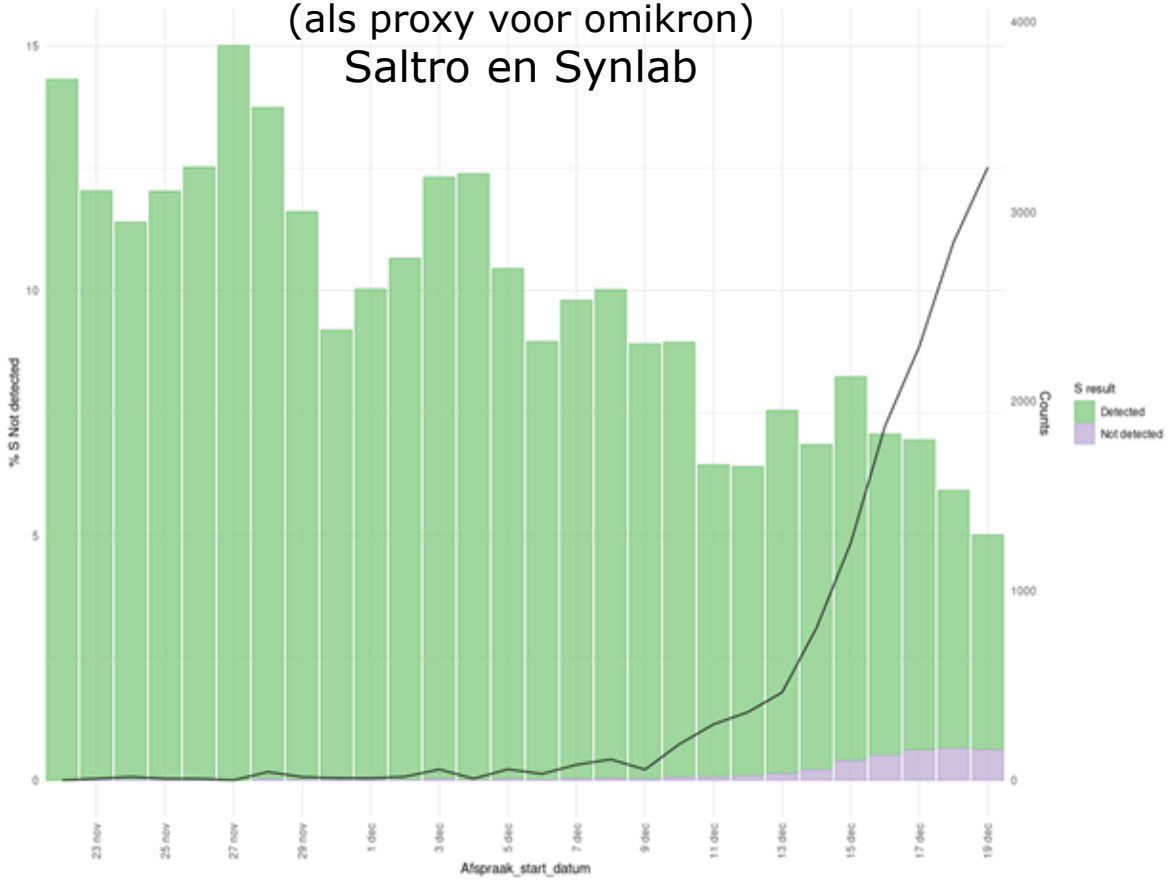


1 nov – 7 dec:
- **Totaal: 47%** niet gevaccineerd
- <70 jr: 70% niet gevaccineerd
- ≥70 jr: 32% niet gevaccineerd

1 nov – 7 dec:
- **Totaal: 67%** niet gevaccineerd
- <70 jr: 78% niet gevaccineerd
- ≥70 jr: 51% niet gevaccineerd

Vaccineffectiviteit tegen infectie
omikron versus delta

PCR bepaling S-gen deletie
(als proxy voor omikron)
Saltro en Synlab

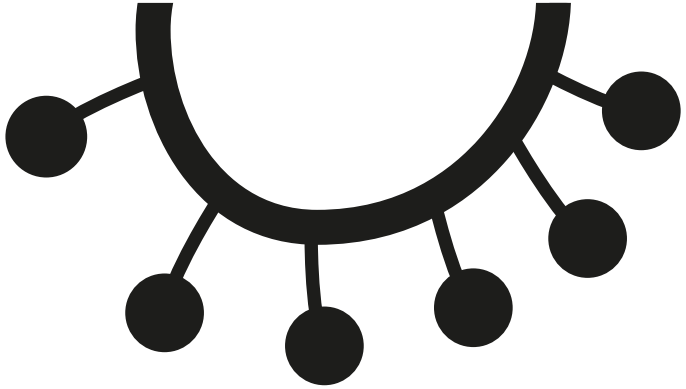


- 22 nov-19 dec: ruim 70.000 positieve testen bij personen vanaf 12 jaar, 931 met S-gen deletie
- 19 dec: 12,5% van positieve tests S-gen deletie
- Zowel volledige vaccinatie als eerder doorgemaakte infectie beschermt beduidend minder goed tegen omikron dan tegen delta:
  - van de positief geteste personen met de omikronvariant was 85% volledig gevaccineerd *vs*. 62% met de deltavariant.
  - van de positief geteste personen met de omikronvariant had 2,8% al eerder een corona-infectie (>90 dg) doorgemaakt *vs*. 1,3% met de deltavariant.
- Te berekenen valt dat vaccineffectiviteit tegen infectie voor omikron circa 4-5x zo laag is als tegen delta (zonder booster)

Samenvatting COVID-19 epidemiologische situatie

- Voor nu over de piek van opnames in ziekenhuis en op IC heen
  - instroom daalt nu sneller dan vorige week – effecten maatregelen 28 november
  - bezetting daalt licht – nog IC patiënten in Duitsland
- Oversterfte niet verder toegenomen, lijkt licht te dalen
- Aantal testen en aantal positieve testen daalt
  - daling in lijn met daling aandeel deelnemers Infectierader met klachten
  - daling in lijn met daling virusdeeltjes in rioolwater
- Vaccinaties en vaccineffectiviteit (VE)
  - VE tegen infectie en ziekenhuisopname door delta heel redelijk tot goed!
  - lagere VE van basisserie tegen infectie door omikron zichtbaar in eerste data NL
  - hoge bereidheid boostervaccinatie obv gegevens gedragsunit (~80%)

Epidemiologie
van delta tot omikron



deltavariant

- infecties door een onvoldoende hoge vaccinatiegraad
- infecties door een niet perfect vaccin
  - verminderde effectiviteit >70 jaar
  - afname effectiviteit, m.n. in oudste leeftijdgroepen
  - herstel na booster?

NB. aantal gevaccineerd versus niet-gevaccineerd 75 : 25

omikronvariant

- verspreidt zich veel sneller
- hoe ziek word je ervan?
- kruis-effectiviteit vaccinaties?
- effect boostervaccinatie?
- effect eerdere infectie?

Modellering en prognoses

op meldingen 1.
op transmissiemodel 2.

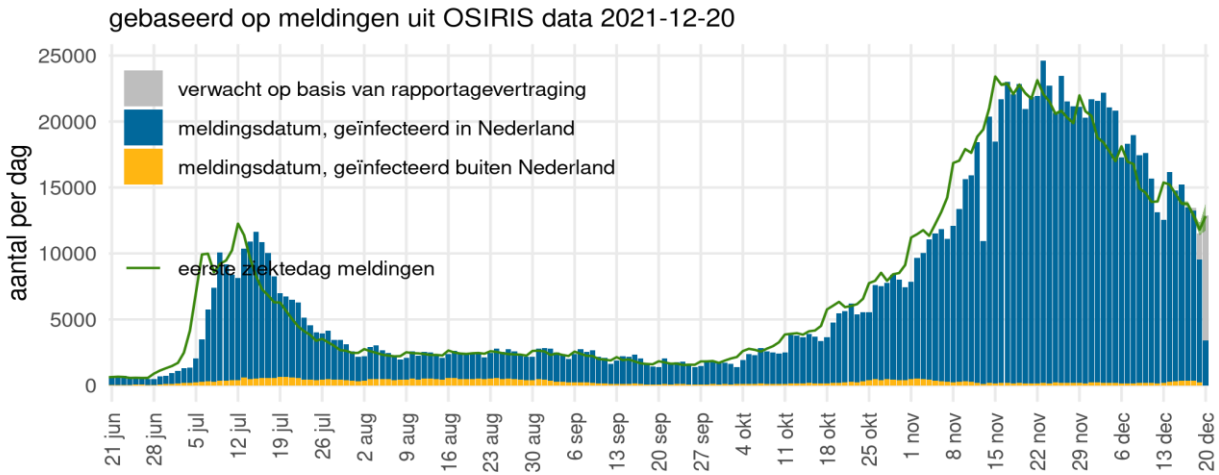
R_t Schatting reproductiegetal (6/12): 0,88

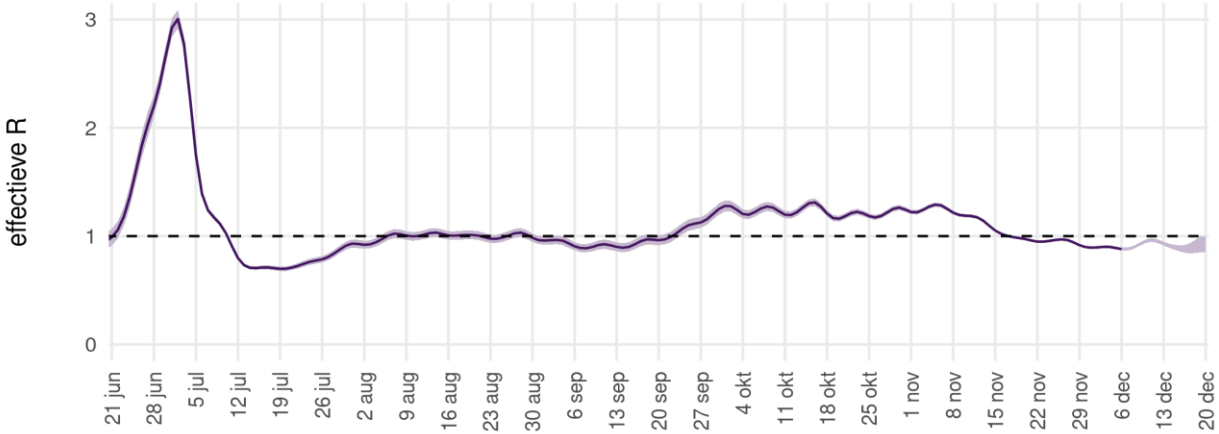
Kortetermijn prognoses ziekenhuis en IC: dalend

Langetermijn prognoses ziekenhuis en IC: stijgend

Prognose piekbelasting afhankelijk van eigenschappen omikronvariant

Reproductiegetal op basis van meldingen Osiris





OSIRIS

Blauw: meldingen naar meldingsdatum

Grijs: verwachte meldingen (correctie voor rapportagevertraging)

Groen: eerste ziektedag van gemelde patiënten

Data recenter dan 13 december zijn onzeker

Paars: reproductiegetal, aantal secondaire besmettingen per geval

- reflecteert de toename en afname van de groene epicurve

Schattingen recenter dan 6 december zijn onzeker

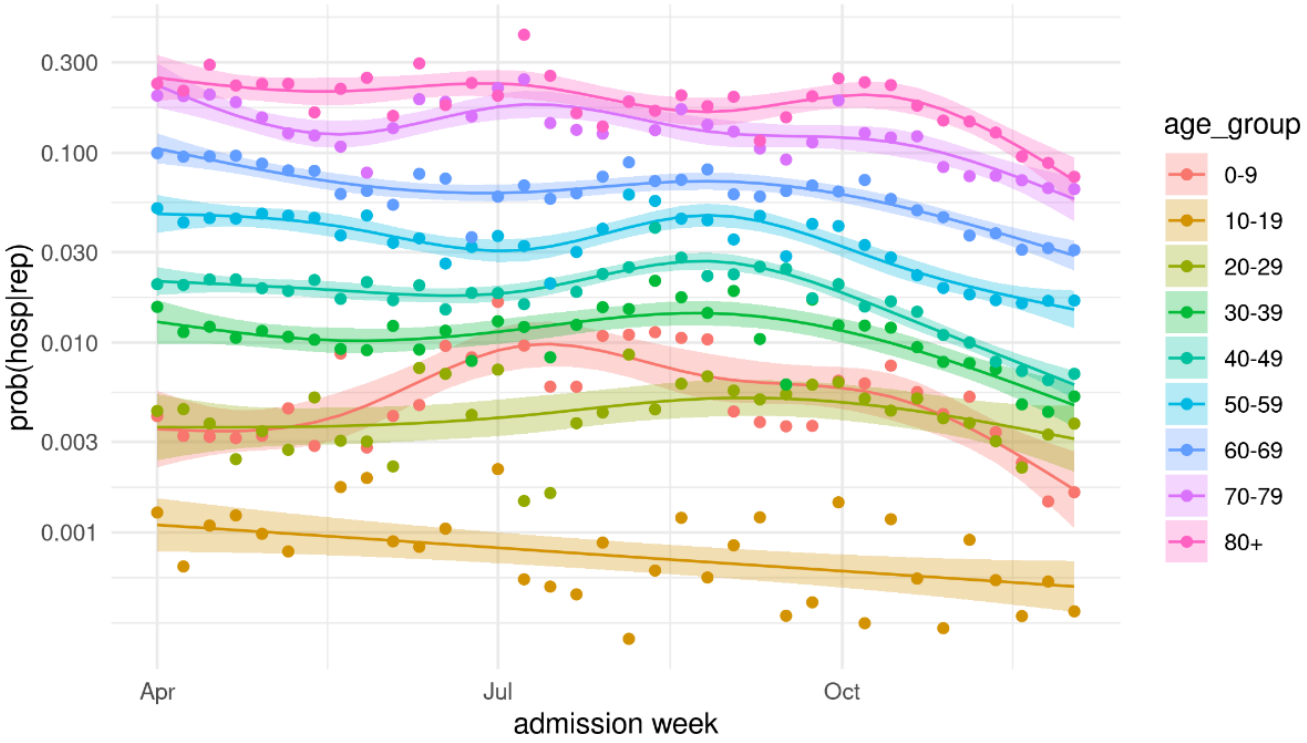
Schatting 6 december: **0.88** (0.87 - 0.89)

Prognose op basis meldingen OSIRIS

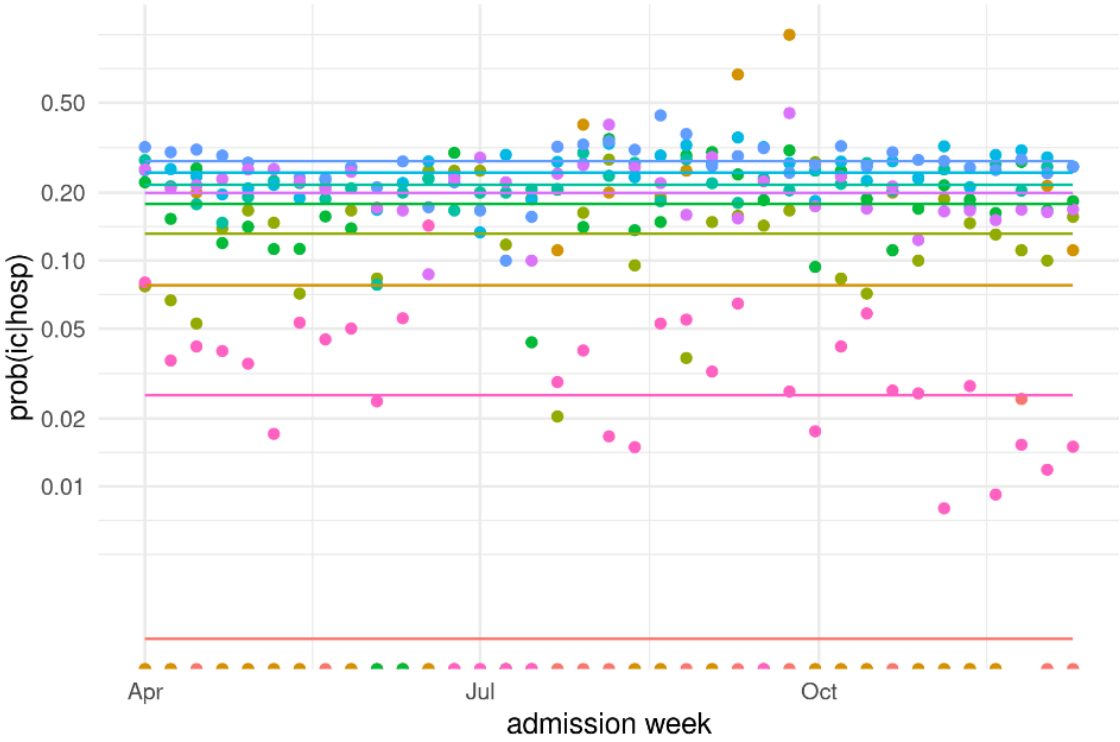
- Meldingen nu geven informatie over ziekenhuisopnames over ~7 dg
  - veranderingen in gedrag, booster en extra maatregelen niet meegenomen
- Kans op hospitalisatie per melding
  - verschillend per leeftijdsgroep
  - verandert in de tijd (door vaccinatie en testgedrag)
- Kans op IC per hospitalisatie
  - verschillend per leeftijdsgroep
  - constant in de tijd

Ziekenhuisopname per melding

kans op hospitalisatie (per melding)



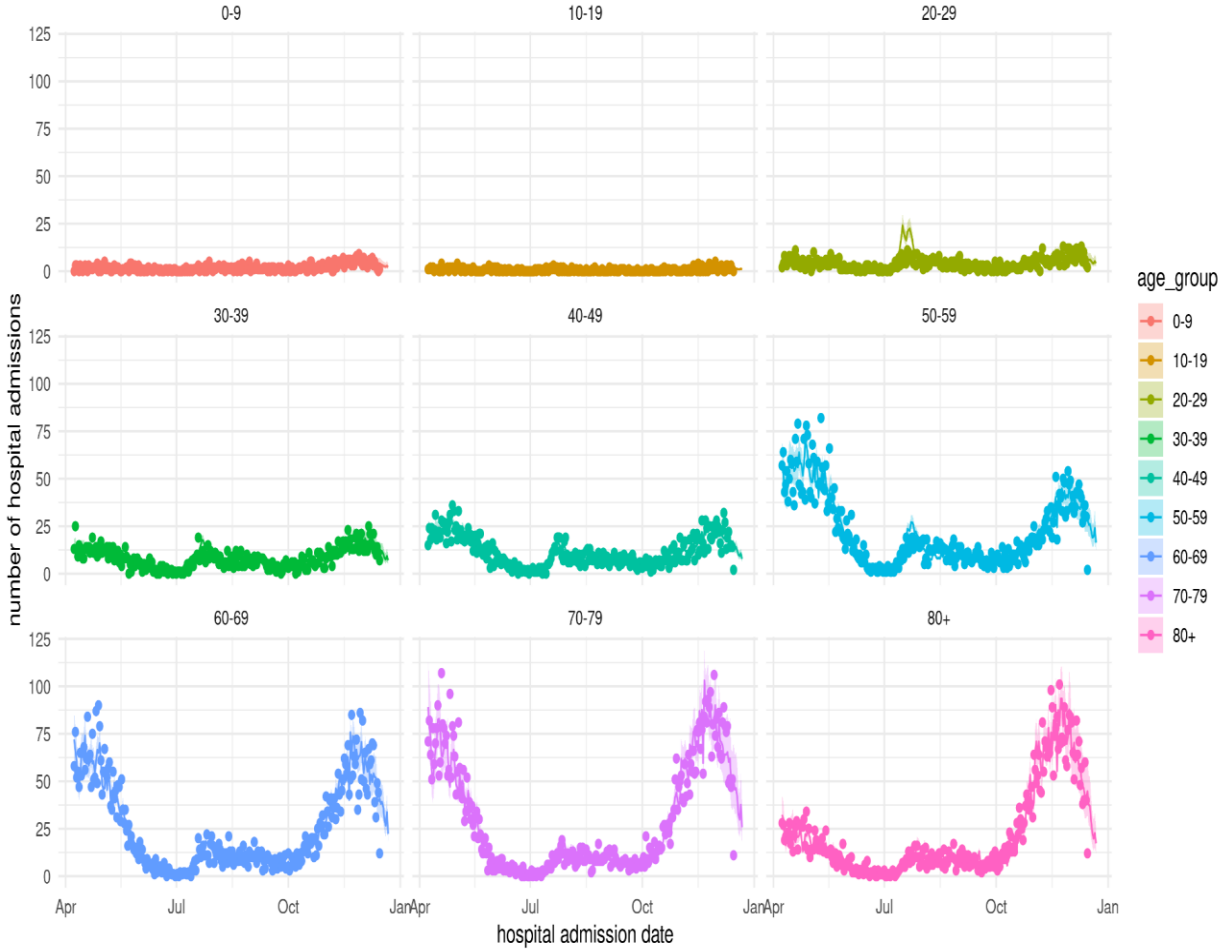
kans op IC (per hospitalisatie)



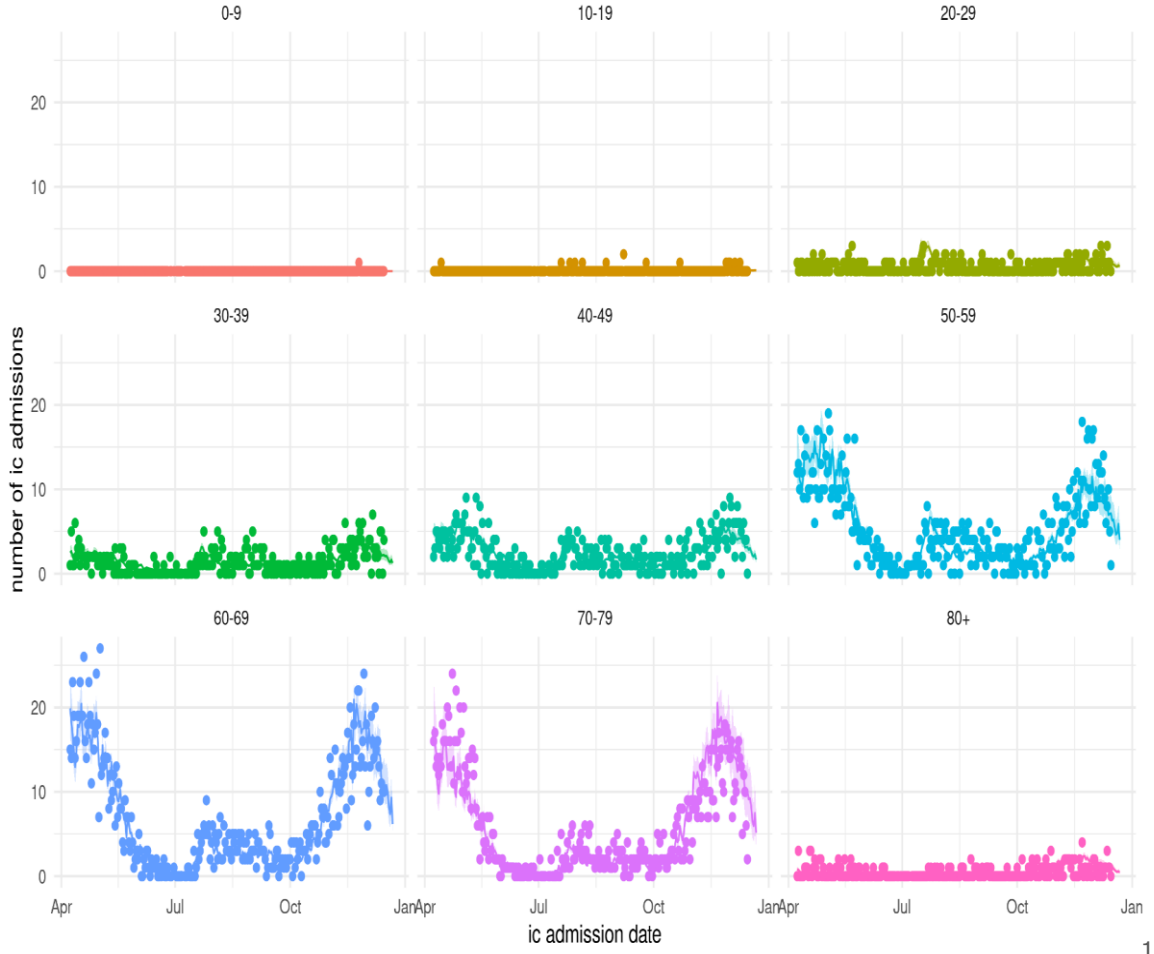
Aantal opnames per leeftijdsgroep

gemiddelde en 95% CI

aantal ziekenhuisopnames (per cohort)

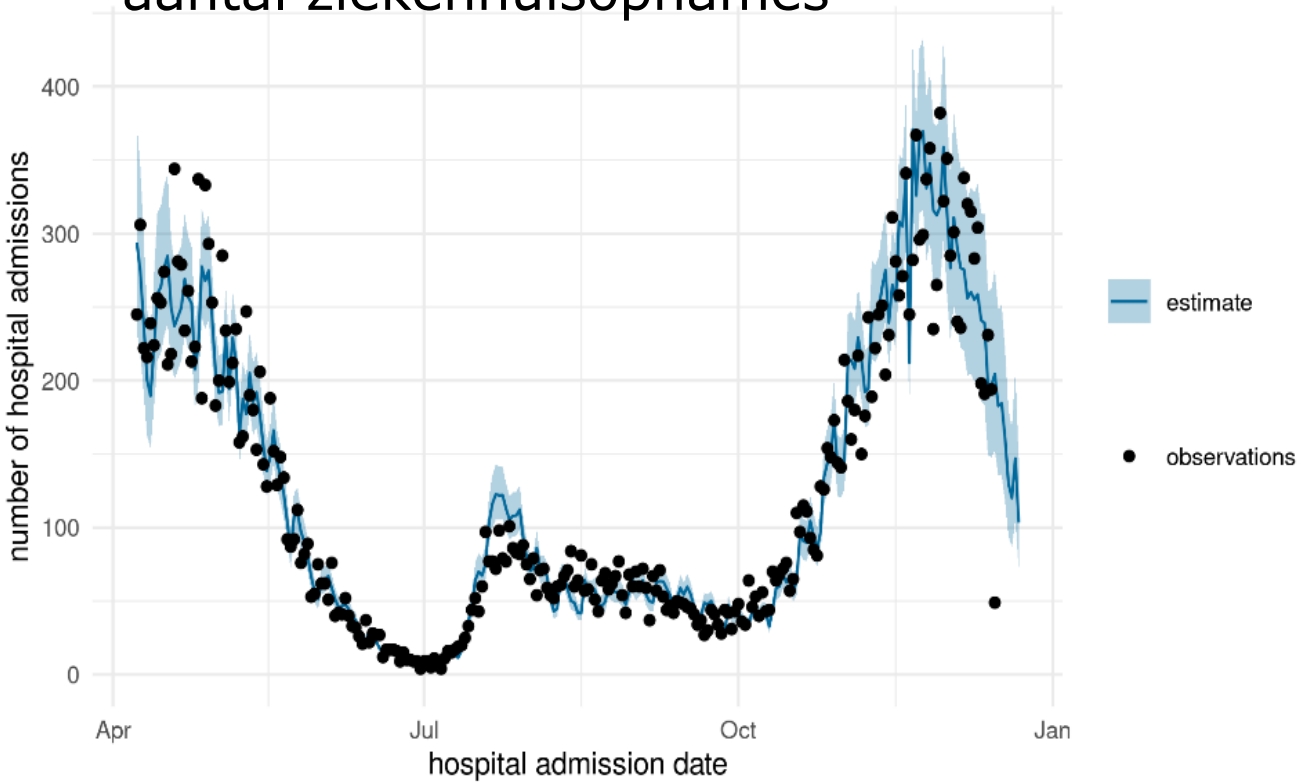


aantal IC-opnames (per cohort)

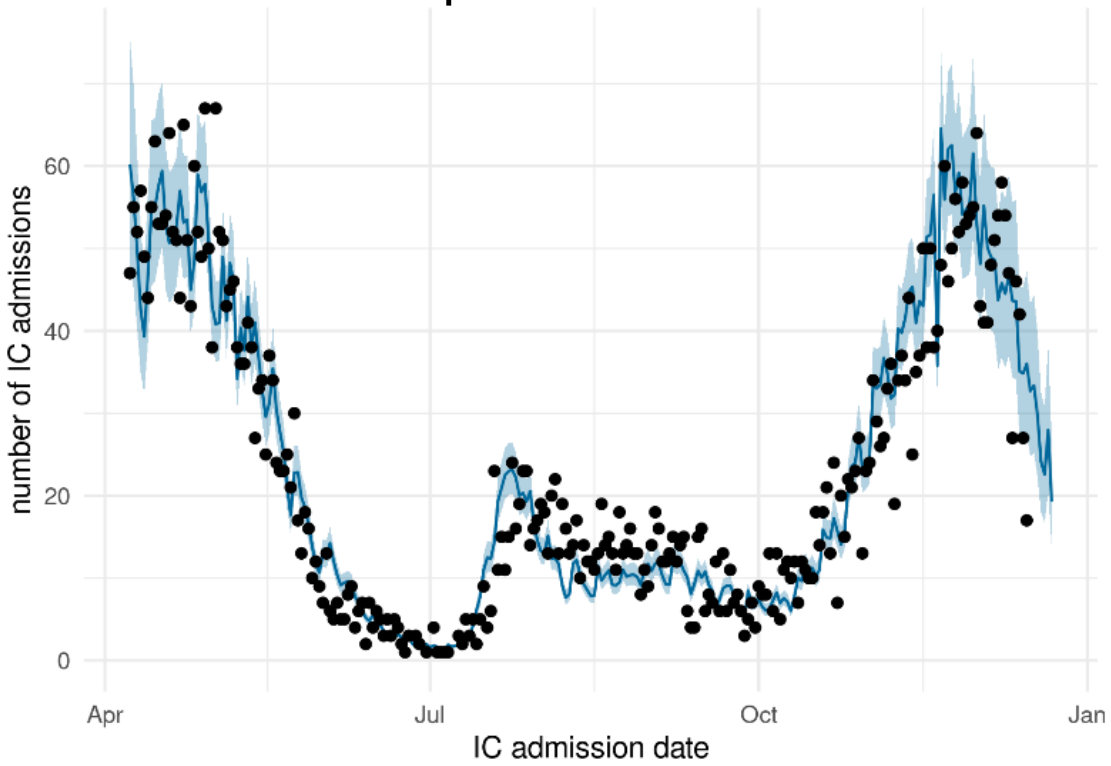


Totaal aantal ziekenhuis- en IC-opnames

aantal ziekenhuisopnames



aantal IC-opnames



Daling verwacht in aantal ziekenhuisopnames

- relatief meer jongeren in meldingen
- daling kans op hospitalisatie per melding
- daling in meldingen (incomplete meldingen)?

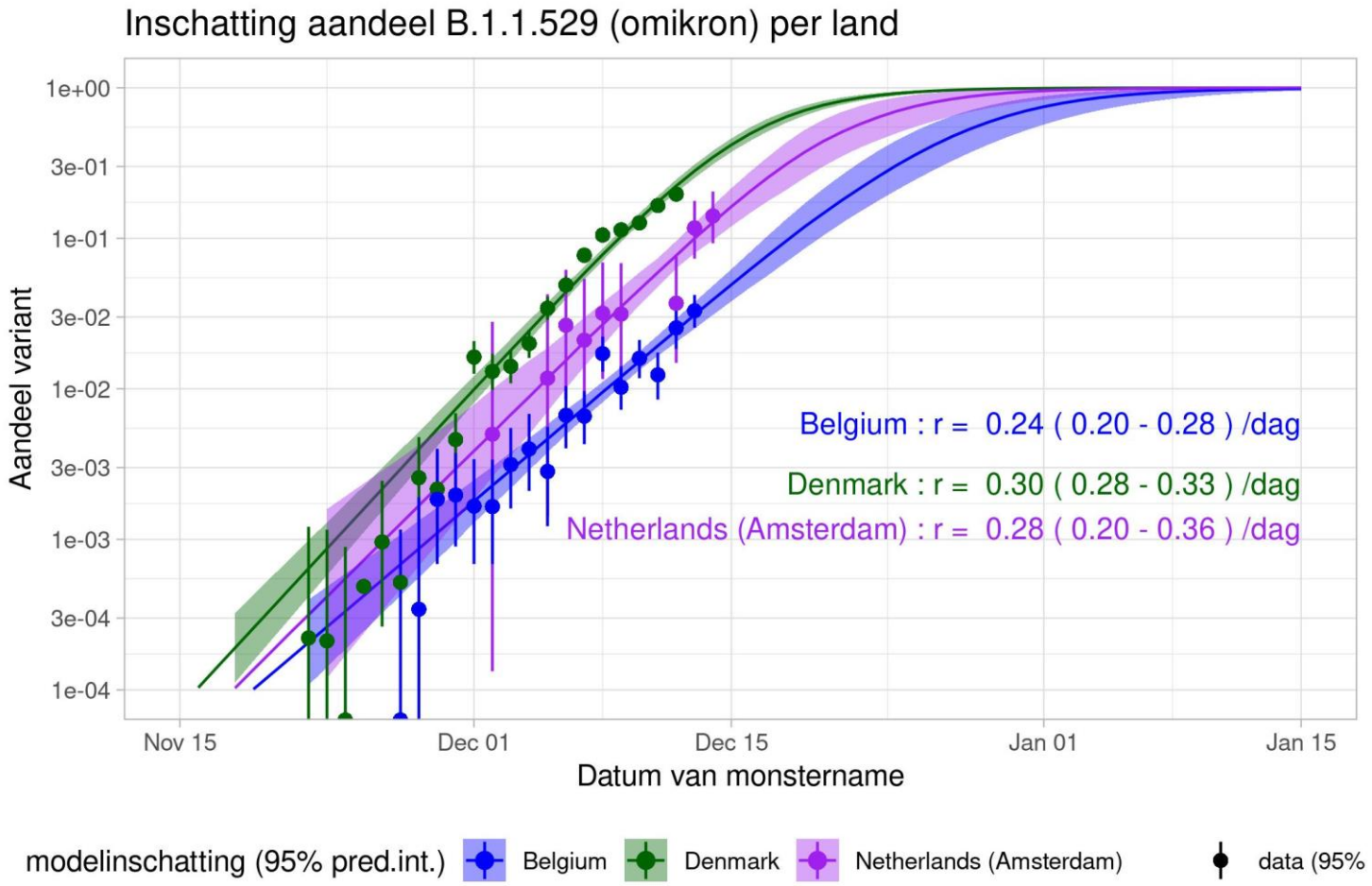
Daling verwacht in aantal IC opnames

Prognose op basis transmissiemodel

- prognose op basis IC-opnames vlgs NICE
  - veranderingen in gedrag, booster en extra maatregelen meegenomen
  - fitten model elke week aan IC-opnames vlgs NICE

- transmissie
  - gelijk onder gelijkblijvende omstandigheden
  - ceteris paribus
- delta versus omikron
  - opkomst van omikron meegenomen, en afname vaccineffectiviteit
  - aanname: kans op opname na infectie omikron gelijk aan delta
  - boostervaccinaties meegenomen

Inschatting toename omikron variant
Nederland vergeleken met België en Denemarken



- Deense data: sequence data Rapport om omikronvarianten 16 dec 2021 (https://www.ssi.dk/-/media/cdn/files/covid19/omikron/statusrapport/rapport-omikronvarianten-16122021-fk3t.pdf?la=da)
- Belgische data: SGTF data via T Wenseleers (https://github.com/tomwenseleers/newcovid_belgium/tree/main/data/omicron_sgtf)

Vaccineffectiviteit delta- versus omikronvariant

VE tegen…			LSHTM	Imp College	model
infectie	na 2 doses	delta	80	62	46-82*
		omikron	24 - 44	25	21
	na booster	delta	91 - 96	86	90
		omikron	44 - 79	56	60
hospitalisatie	na 2 doses	delta	96	91	95
		omikron	67 - 84	67	48
	na booster	delta	99 - 100	98	97.5
		omikron	84 - 97	89	90

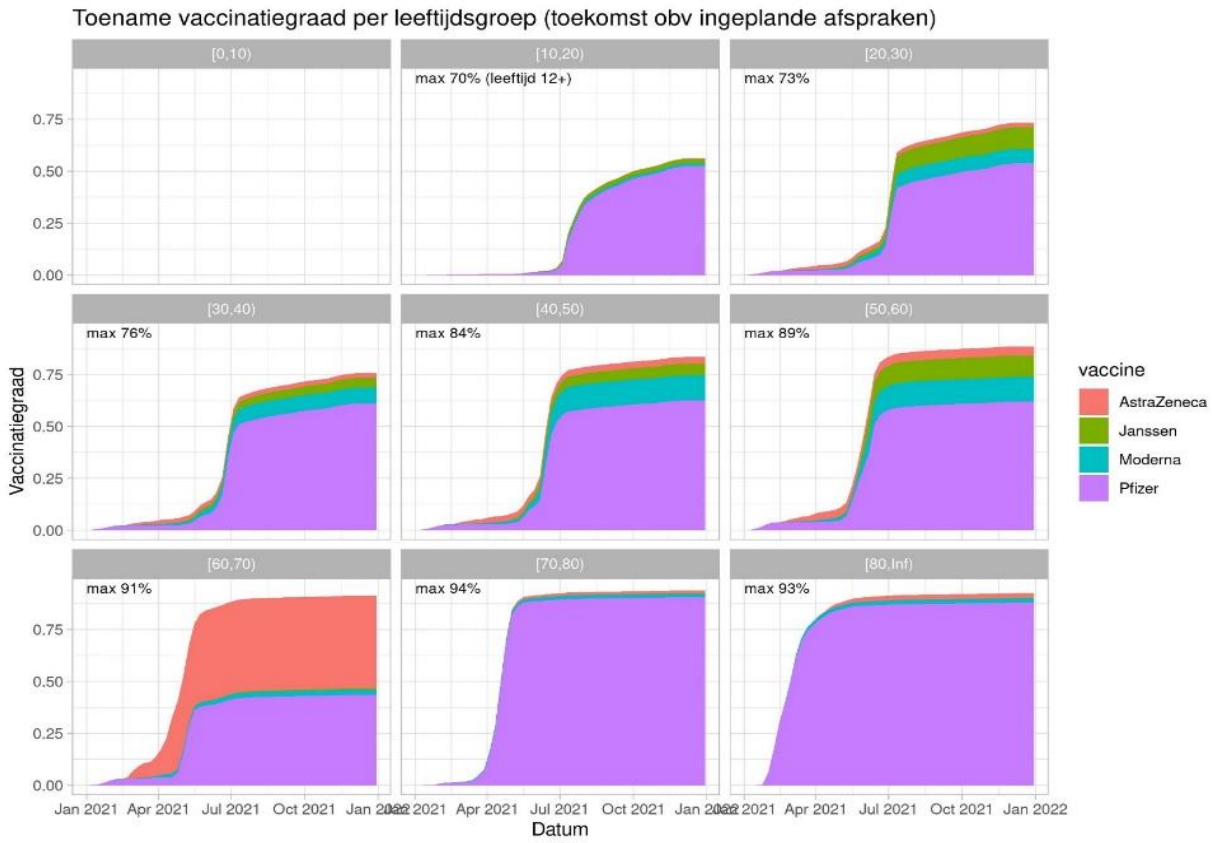
* afh van vaccin

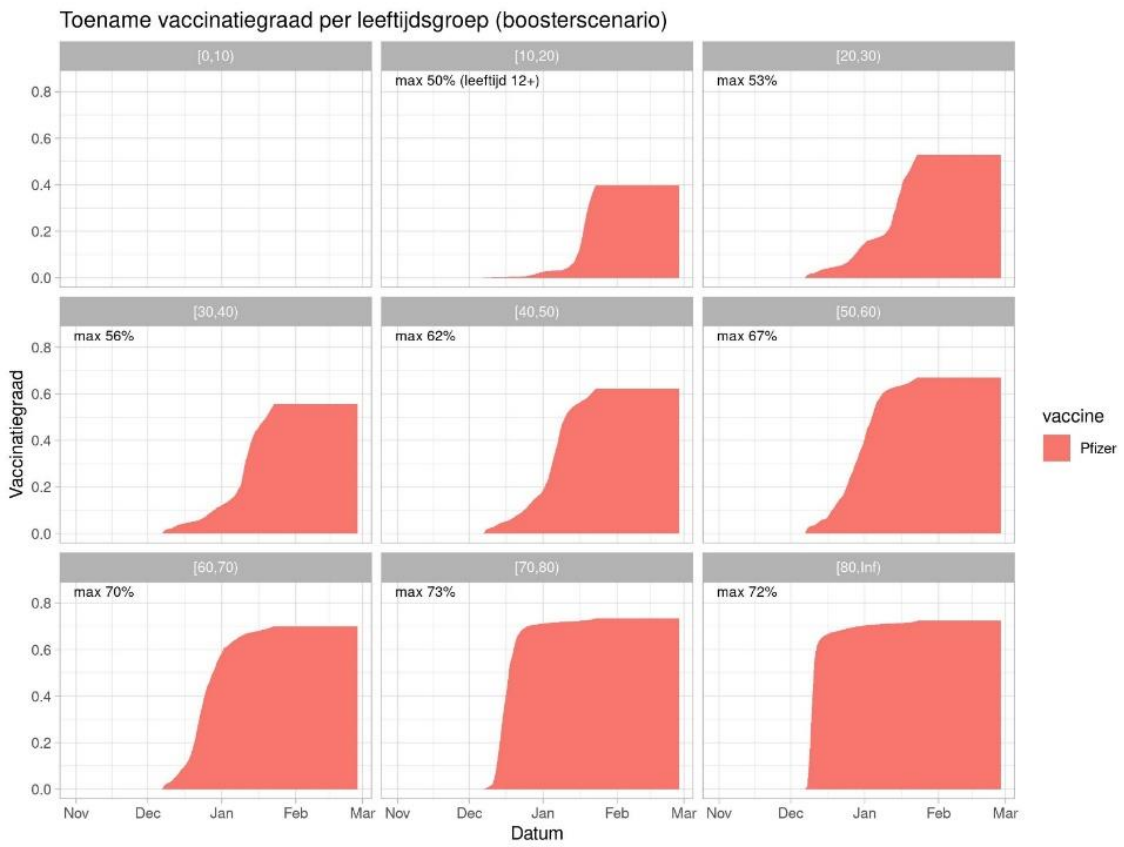
LSHTM
- https://cmmid.github.io/topics/covid19/reports/omicron_england/report_11_dec_2021.pdf
- geeft verschillende scenario's met hoge en lage immuunescape en hoge en lage booster efficacy: hier is de range gegeven

Imp College
- Data gepresenteerd op WHO TC modelling meeting, 15 dec 2021 (link https://doi.org/10.25561/9308 nog niet actief)
- Waardes VE tegen mild and severe disease als proxy voor VE tegen infectie en hospitalisatie
- Waardes VE 90 dagen na 2 doses als proxy VE na 2 doses

Vaccinatie en boosters

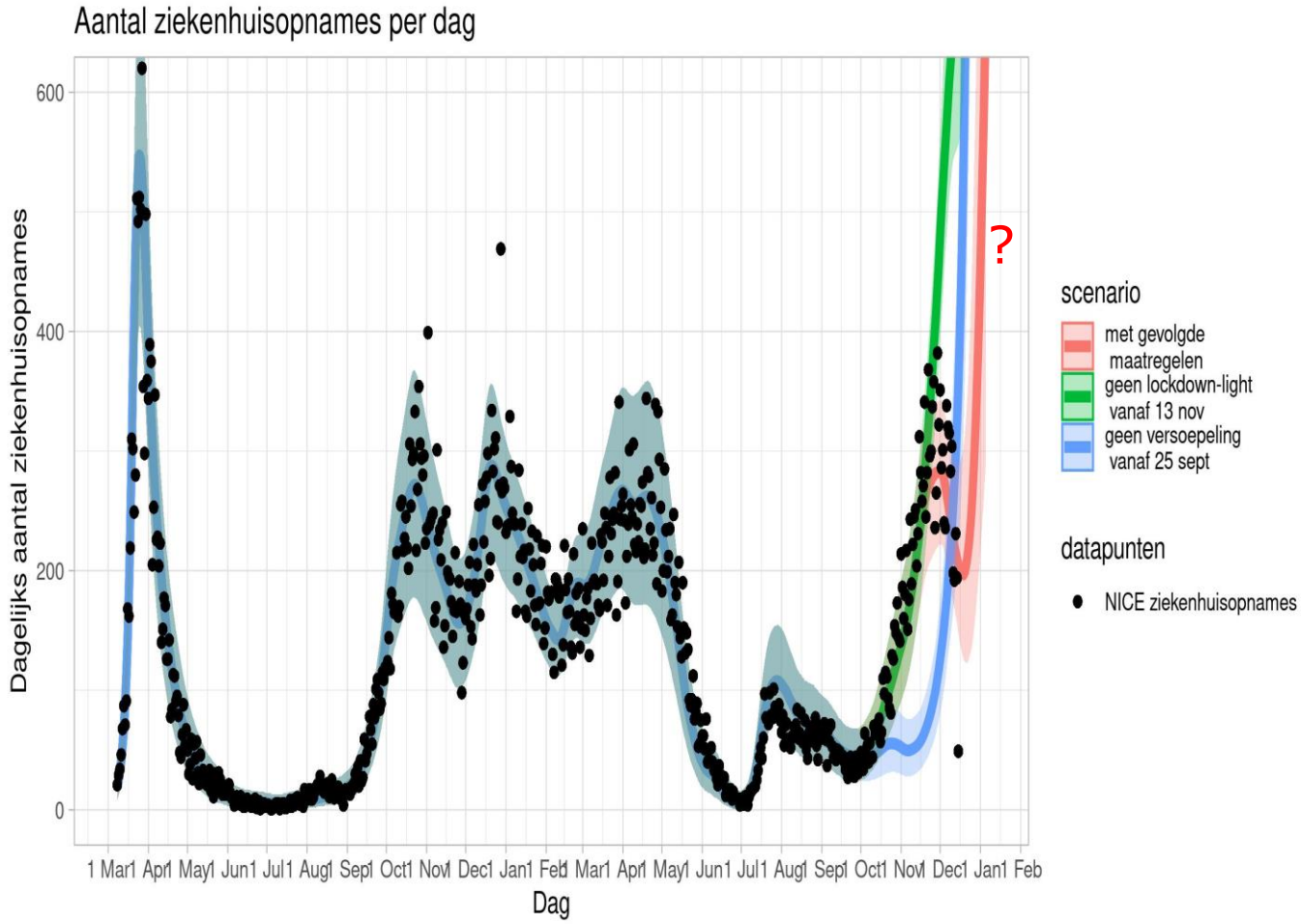
Bron: CIMS/GGD

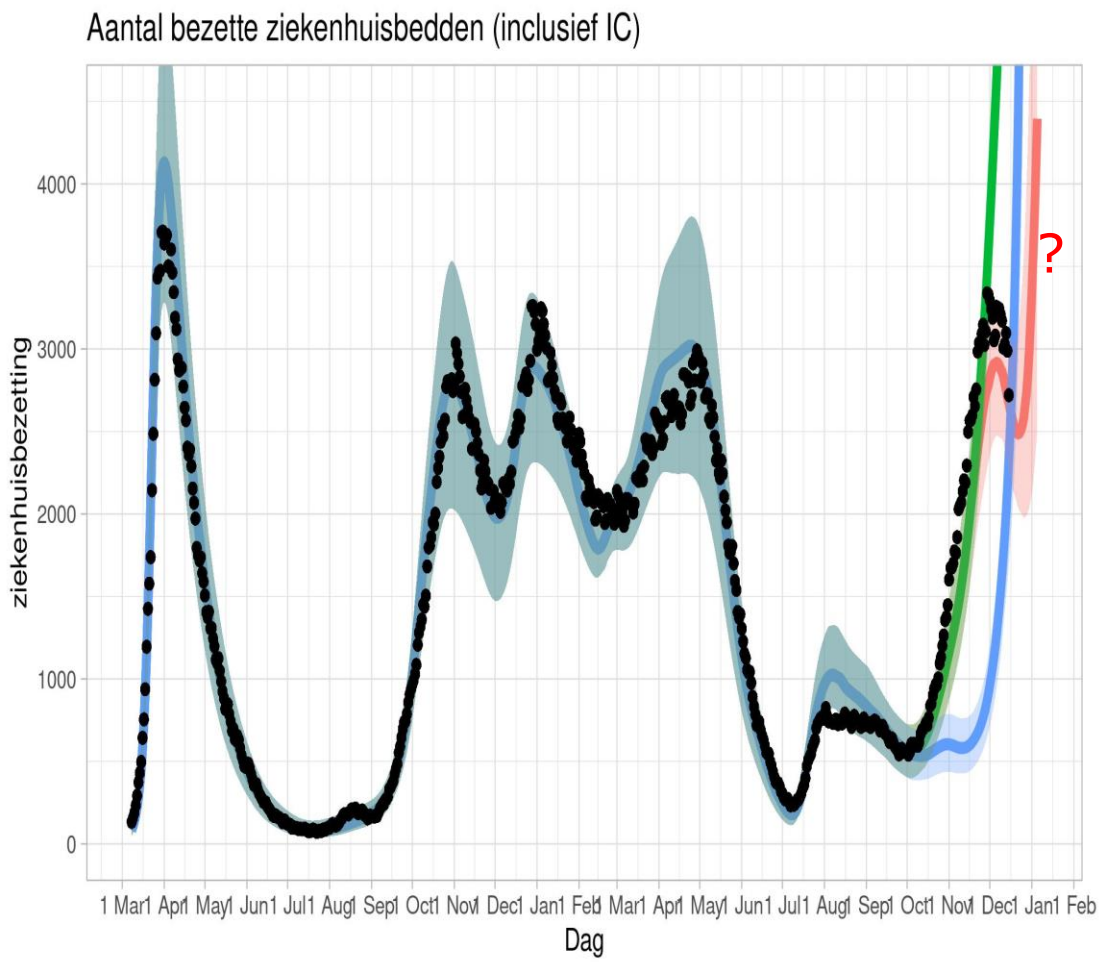




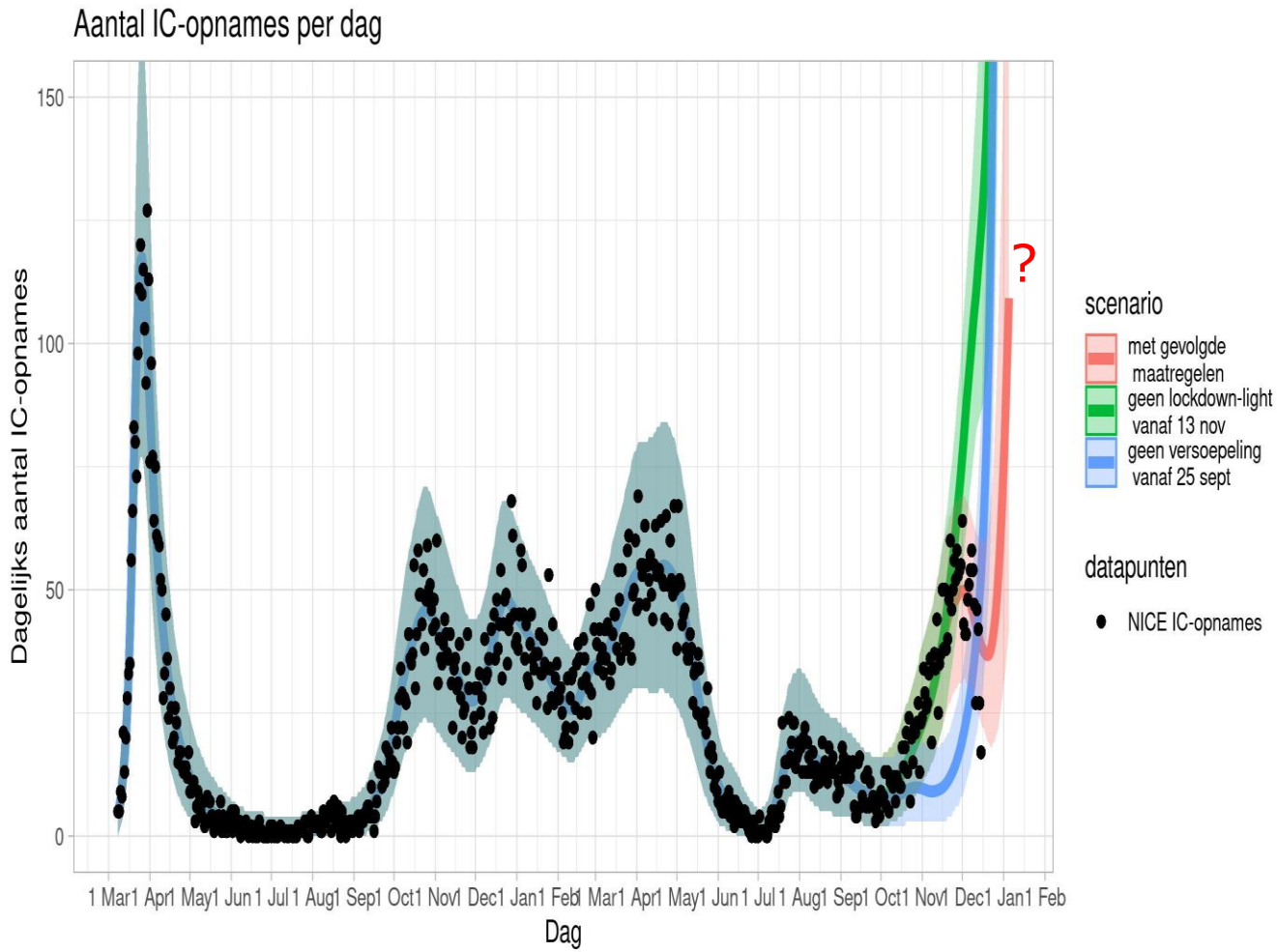
→ vaccineffectiviteit tegen infectie, ziekenhuis- en IC-opname – zie eerder

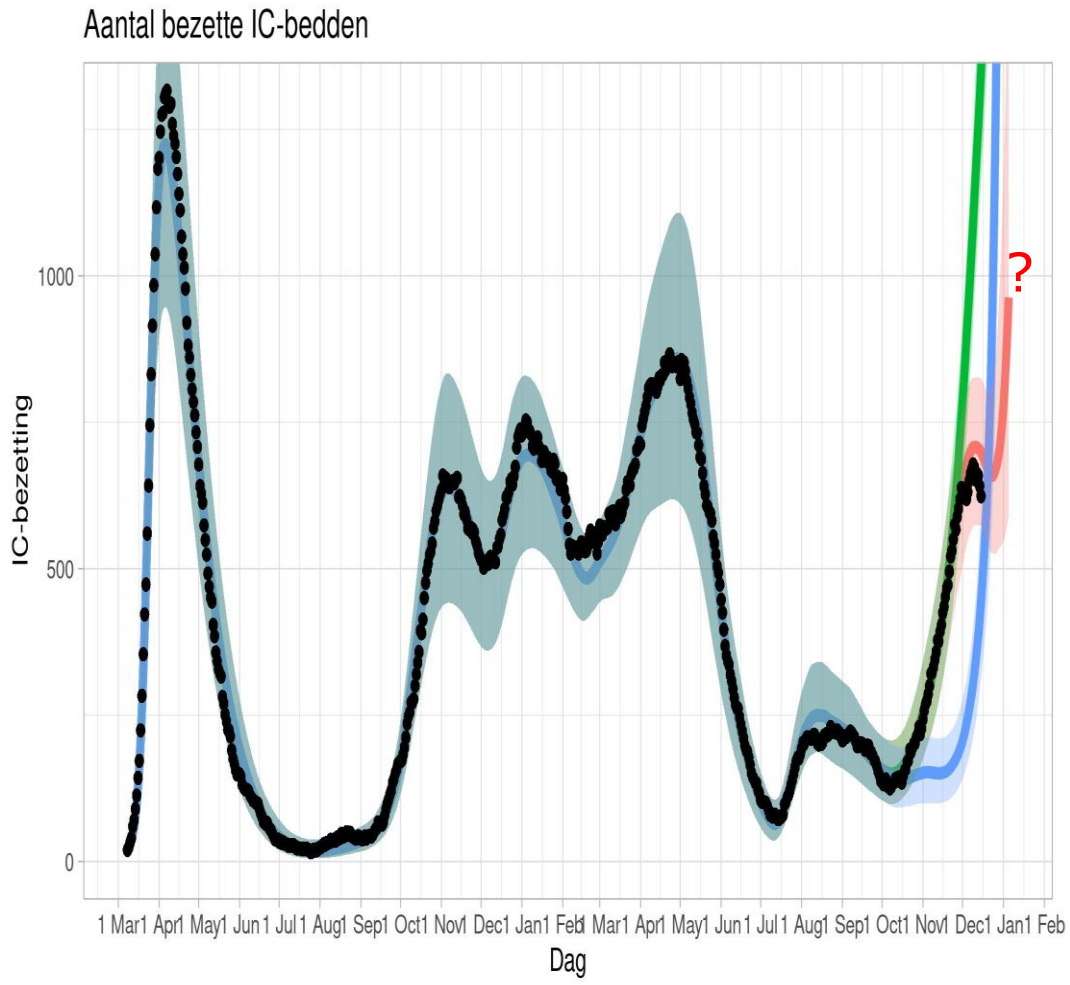
Ziekenhuis-opnames en bedbezetting
patiënten met COVID-19





IC-opnames en bedbezetting
patiënten met COVID-19



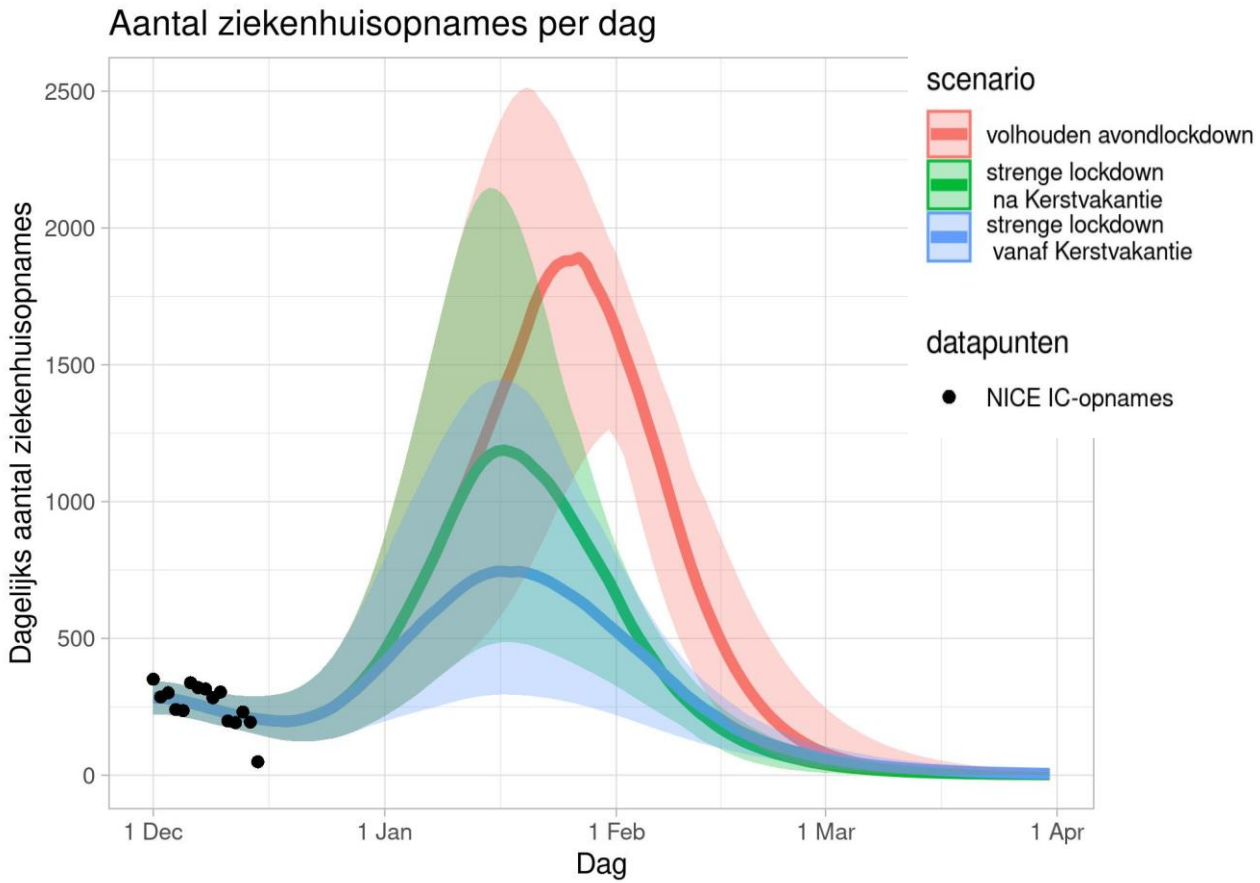


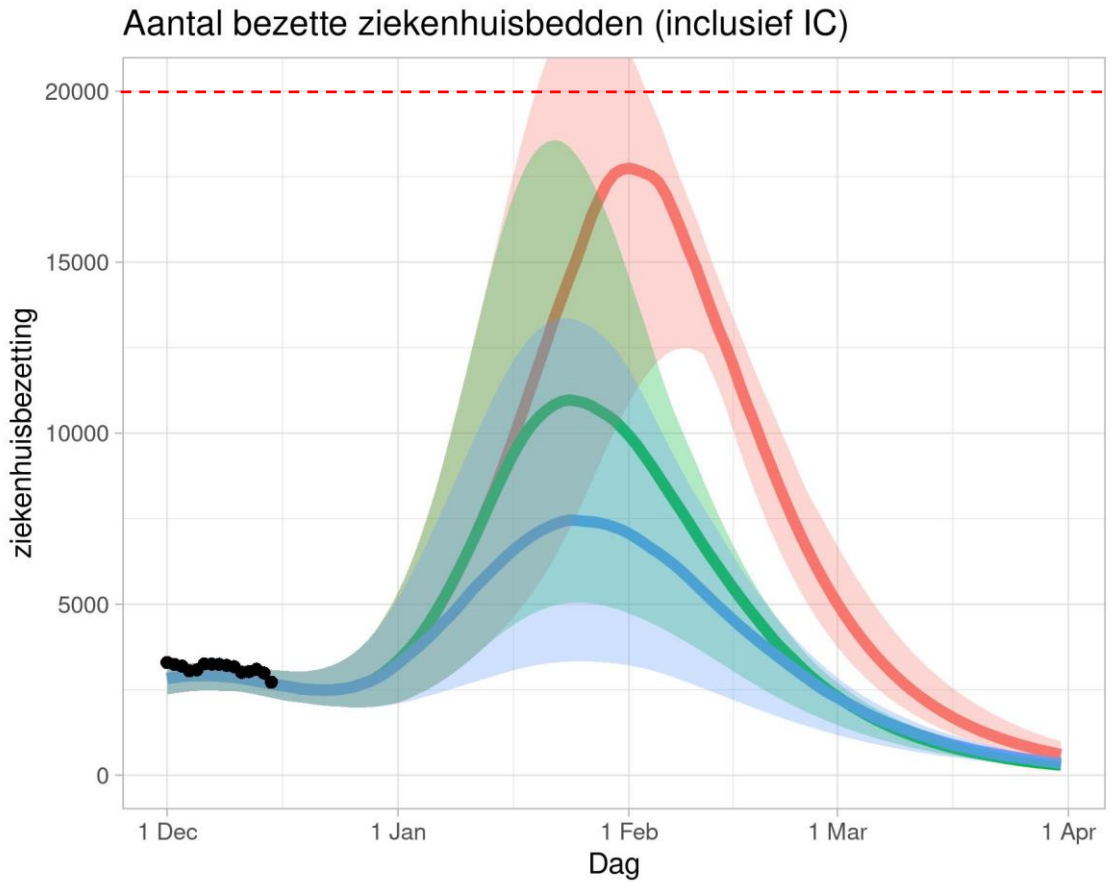
Modellen
verkenning van ziekenhuis- en IC-opnames

- Prognose op meldingen: aantal ziekenhuis- en IC-opnames daalt komende week
  - meest informatief op de korte termijn van een week
  - effecten van veranderingen in gedrag, booster, maatregelen, varianten niet meegenomen

- Verkenning op basis van transmissiemodel gefit aan IC-opnames: toename opnames
  - prognose: incidentie daalt nog even, maar niet lang
  - toename omikron gaat snel en leidt tot toename in opnames nog voor eind van het jaar
  - zéér veel onzekere aannames
    - hoe ziek word je van omikron-besmetting?
    - wat is kans op ziekenhuis- en IC-opname?
    - wat is vaccineffectiviteit tegen infectie, en tegen ziekenhuisopname?
    - wat is effectiviteit van boostervaccinatie?
    - duur generatietijd (verspreiding)?

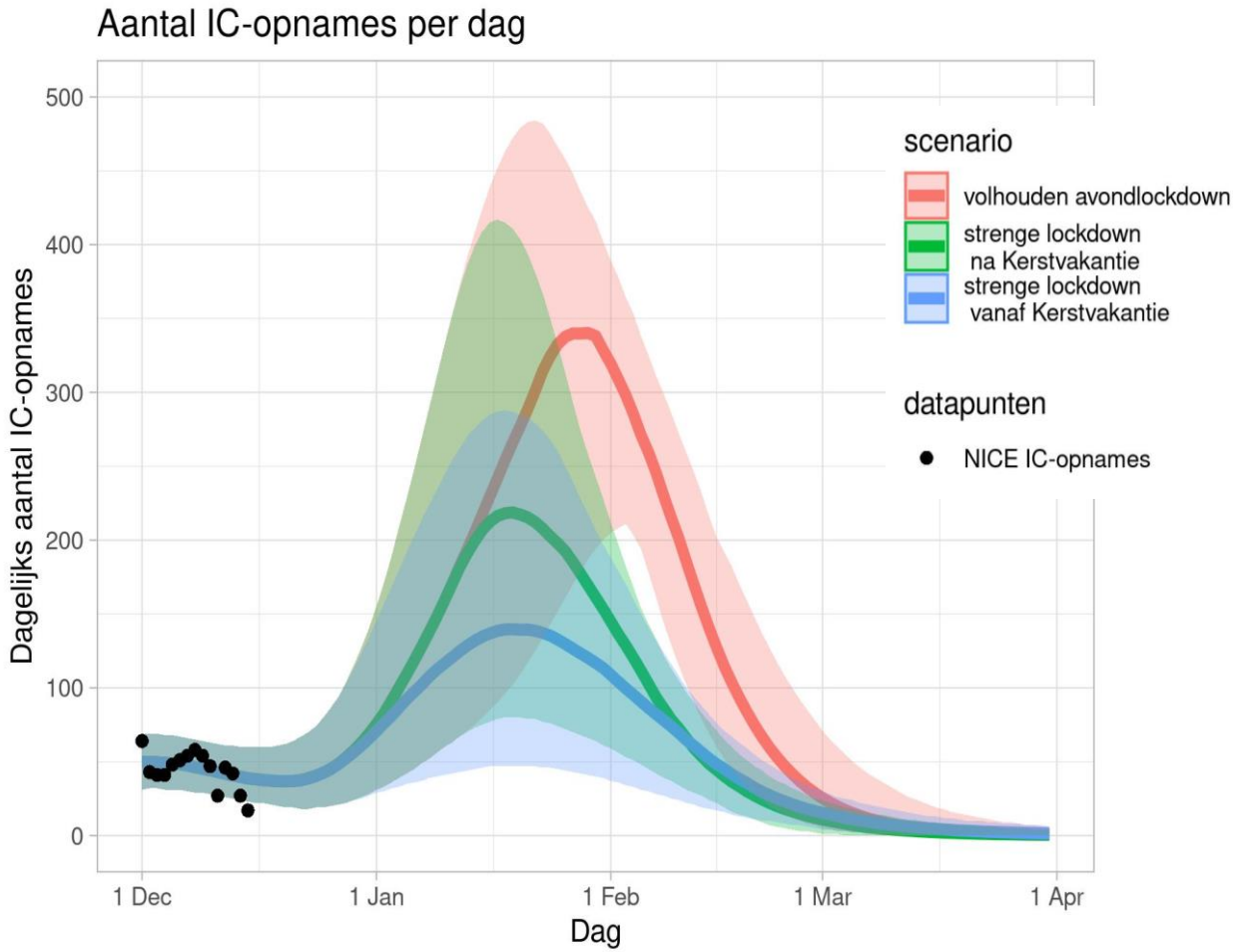
Ziekenhuis-opnames en bedbezetting
patiënten met COVID-19 – prognose zeer onzeker!!

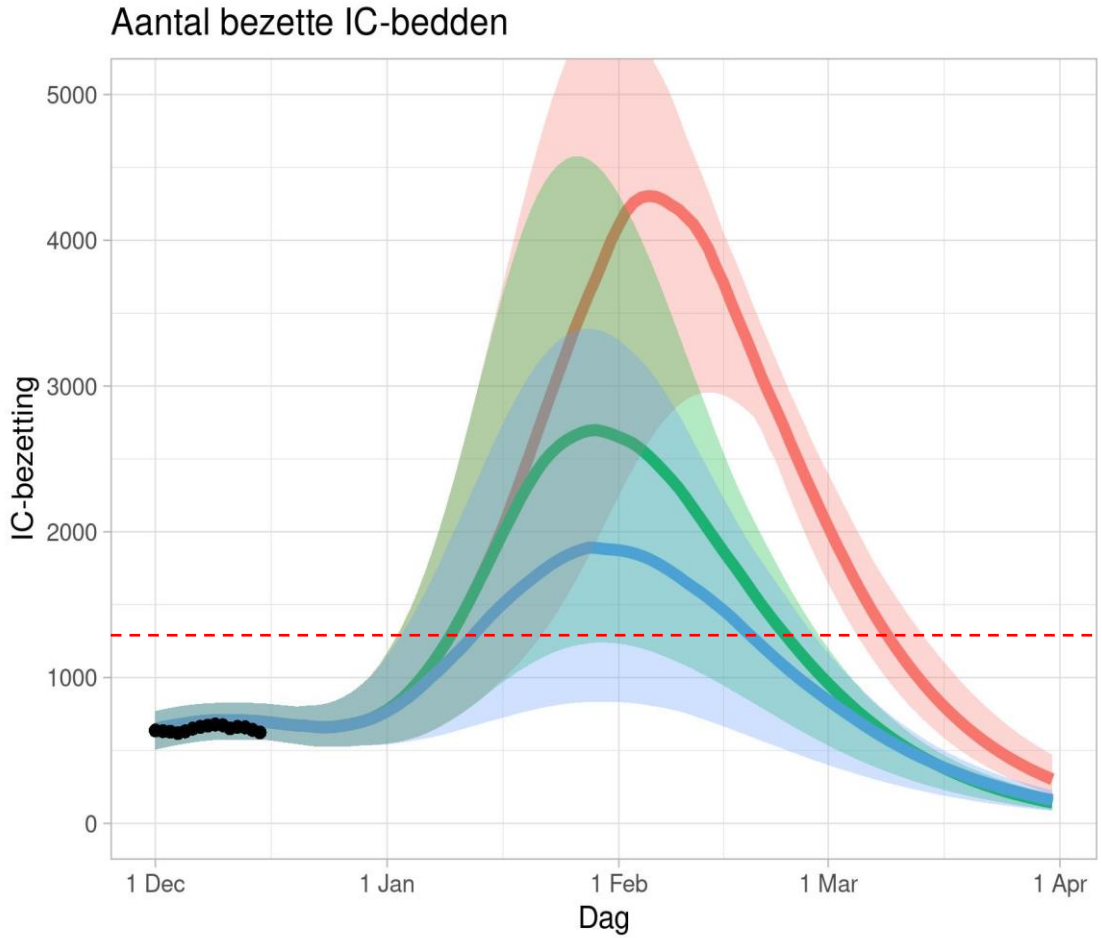




worst possible case scenario – somber scenario!

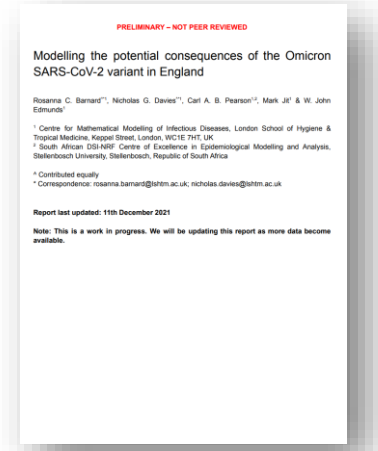
IC-opnames en bedbezetting
patiënten met COVID-19 – prognose zeer onzeker!!





worst possible case scenario – somber scenario!

Verkenning omikron variant – PHE UK


PRELIMINARY – NOT PEER REVIEWED

Modelling the potential consequences of the Omicron SARS-CoV-2 variant in England

Rosanna C. Barnard[1*], Nicholas G. Davies[1*], Carl A. B. Pearson[1,2], Mark Jit[1] & W. John Edmunds[1]

[1] Centre for Mathematical Modelling of Infectious Diseases, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Keppel Street, London, WC1E 7HT, UK
[2] South African DSI-NRF Centre of Excellence in Epidemiological Modelling and Analysis, Stellenbosch University, Stellenbosch, Republic of South Africa

[*] Contributed equally
* Correspondence: rosanna.barnard@lshtm.ac.uk; nicholas.davies@lshtm.ac.uk

Report last updated: 11th December 2021

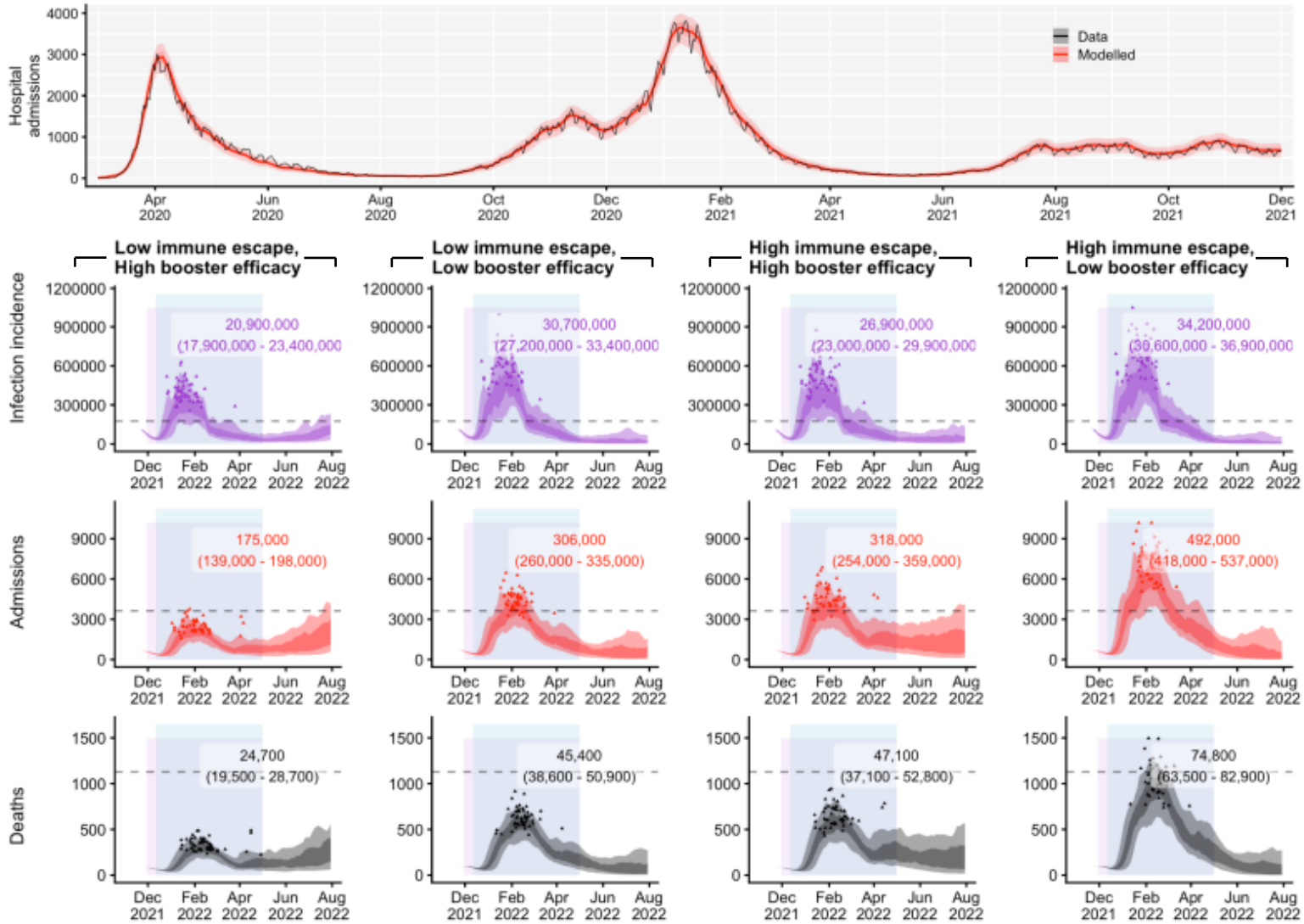
Note: This is a work in progress. We will be updating this report as more data become available.

opnames ziekenhuis

infecties

opnames ziekenhuis

sterfte



naast booster, aanvullende interventies nodig om verspreiding omlaag te brengen!

Ziekenhuis- en IC-opnames
patiënten met COVID-19 – prognose zeer onzeker!!

- vanaf eind december sterke toename tot piekbezetting eind januari / februari
- hoge piekbezetting
- boostervaccinatie zorgt waarschijnlijk voor afname vanaf medio januari
- laagste piekbezetting bij strenge maatregelen die snel worden ingezet

NB: toename omikron onder eerder genoemde onzekere aannames:

- omikron 22% besmettelijker dan delta
- 75% minder bescherming tegen infectie ten gevolge van “immuunescape” na vaccinatie
- 50% minder bescherming tegen ZH/IC-opname ten gevolge van “immuunescape” na vaccinatie
- hoeveel beschermt eerder doorgemaakte infectie?
- boostervaccinatiegraad 80% tov primaire serie vaccinaties
- overige parameters onveranderd, zoals:
- kans op ziekenhuisopname en IC opname in afwezigheid van immuniteit
- duur generatietijd

Leeftijdsverdeling bij piekbezetting
ziekenhuis- en IC-opnames

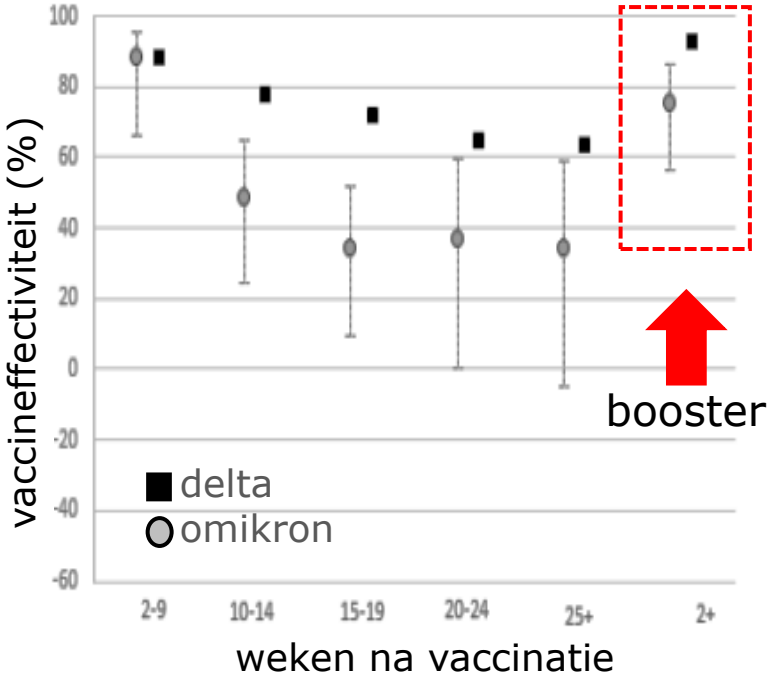
Leeftijdsgroep	Ziekenhuis	IC
18-29	1,5%	1,5%
30-39	4,5%	4,0%
40-49	9,5%	10,0%
50-59	20,0%	22,0%
60-69	28,0%	33,5%
70-79	25,5%	26,5%
80+	11,0%	2,5%

belang van een hoge boostergraad!

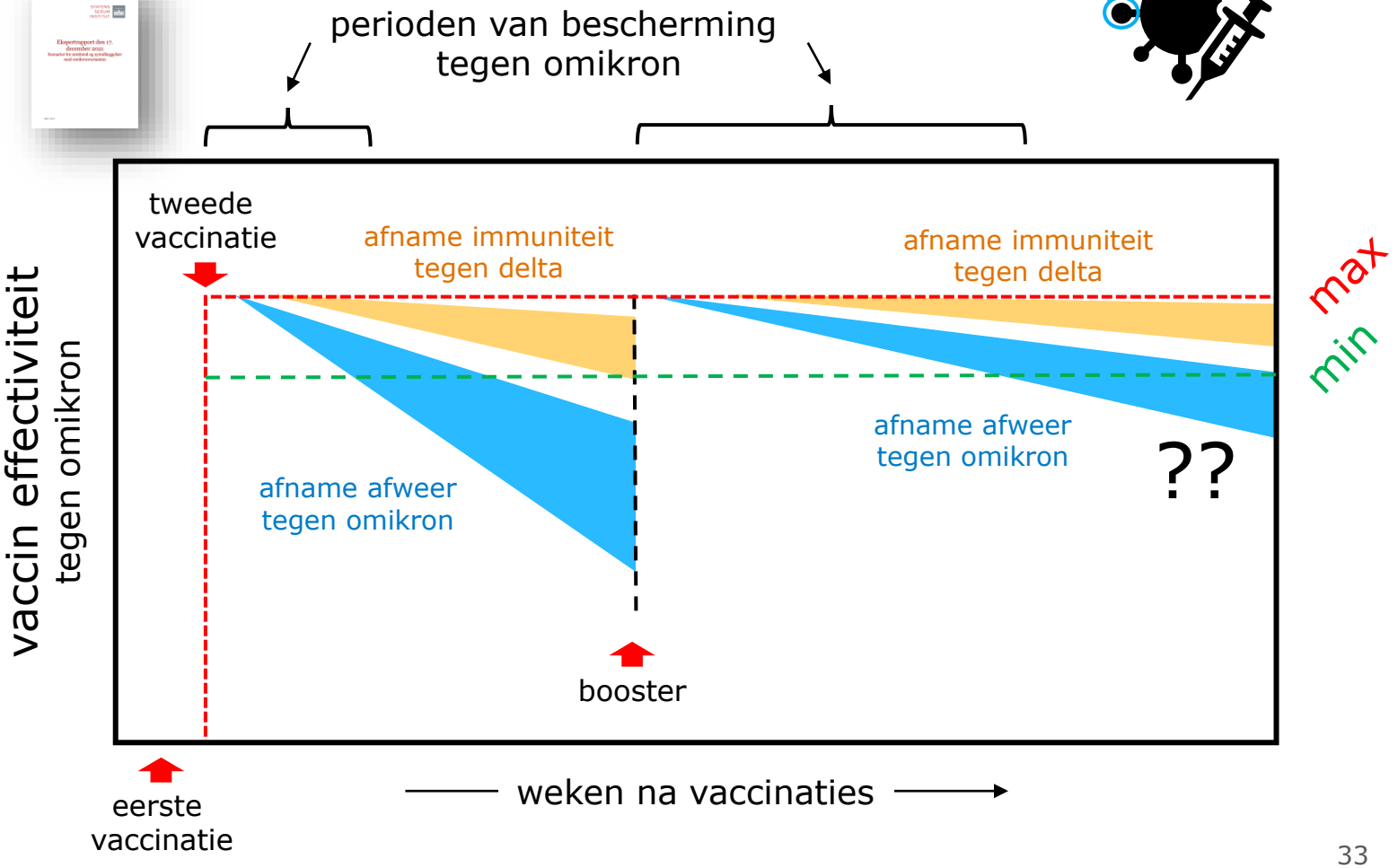
Waarom een booster tegen omikron?



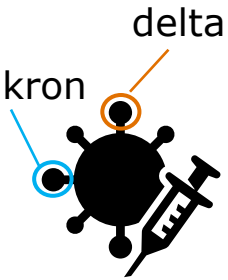
tweemaal Pfizer én Pfizer booster





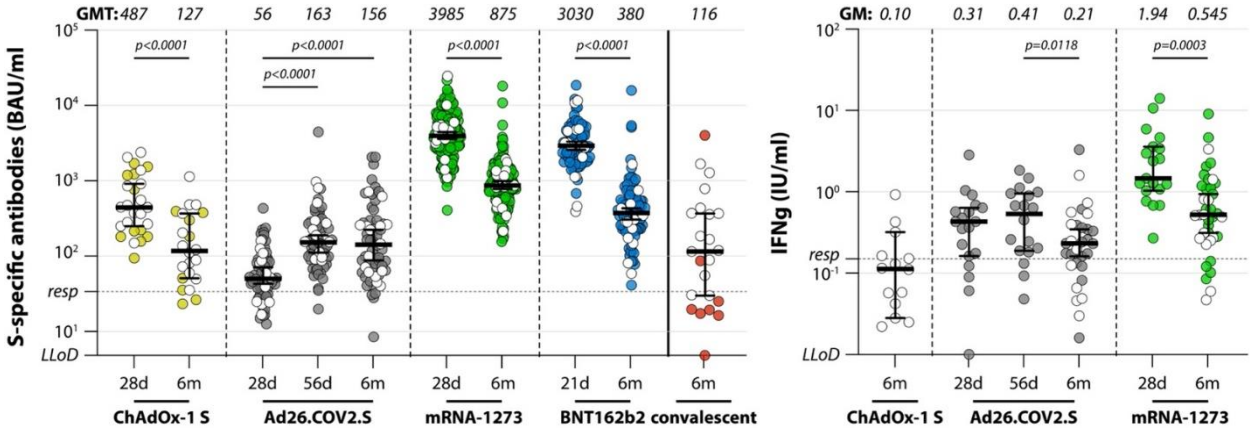


‘mismatch’ vaccin tegen omikron

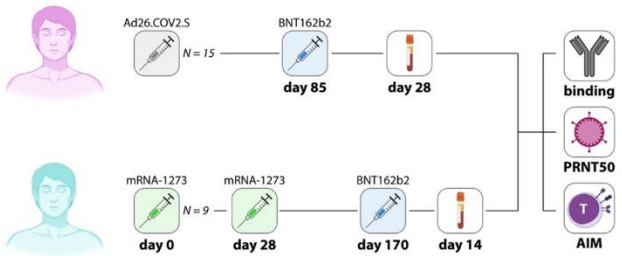


Waarom een booster tegen omikron?

afname antistoffen tegen deltavariant, T-cellen blijven stabiel

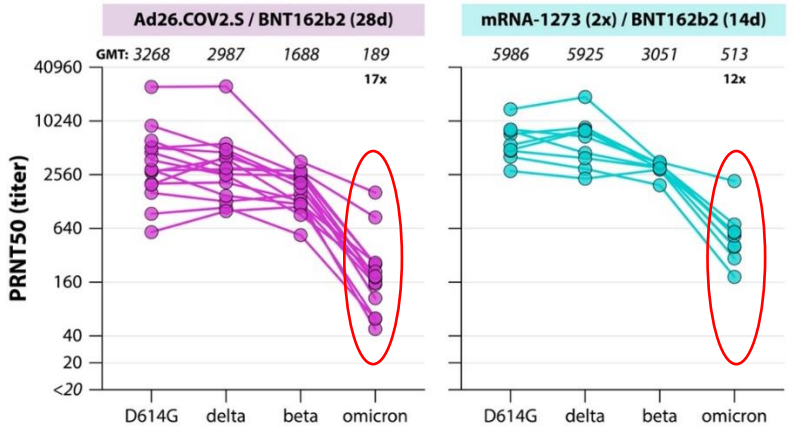


AstraZeneca Janssen Moderna Pfizer

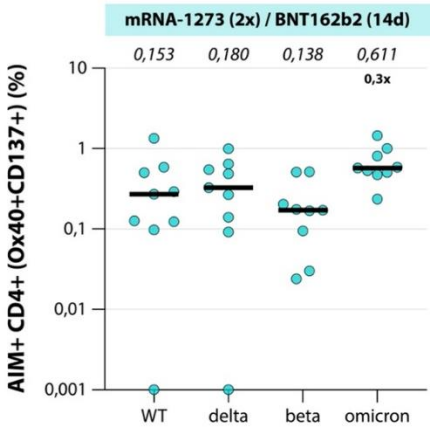


Viroscience, Erasmus MC
Marion Koopmans et al.

na boosting
toename antistoffen tegen omikron



na boosting
T-cellen tegen omikron



Adviezen OMT

veel onzeker

vertragen en verlagen piek

booster op stoom

belasting voor zorg verminderen



Contacten sterk beperken door een lockdown



Er is een grote groep omikron-vatbare mensen en de capaciteit in de zorg is niet toereikend



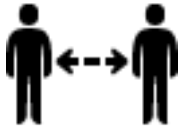
Eerste indruk omikron: uitrol boosters versnellen



COVID-19 | wat is én blijft belangrijk?



- Blijf thuis bij klachten en laat je testen



- Houd 1,5 m afstand, vermijd drukke plekken



- Was je handen regelmatig met water en zeep



- Werk zoveel mogelijk thuis



- Zorg voor frisse lucht: ventileer



- Vaccineer én neem booster!

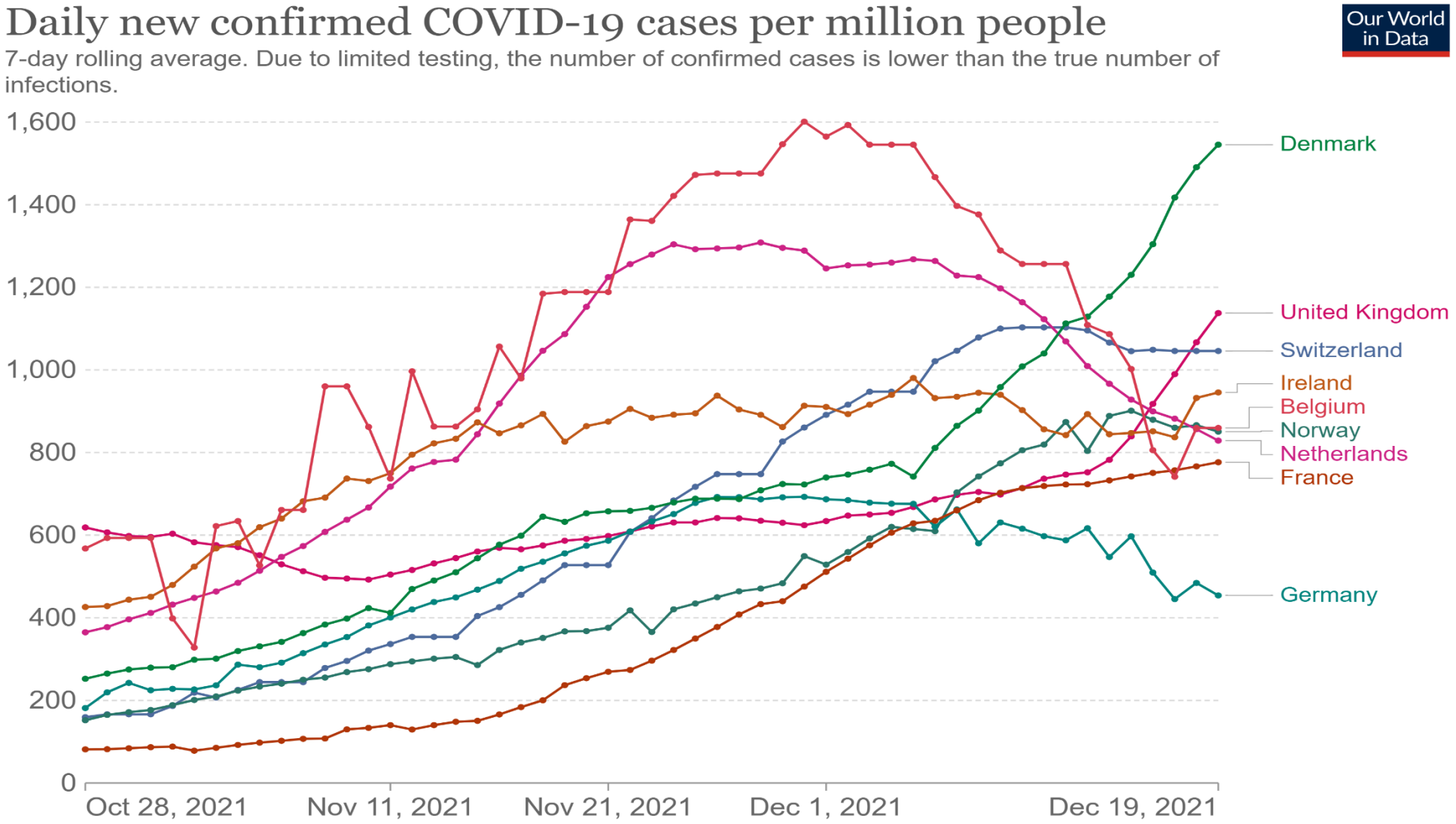
Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Omikronvariant



- # besmettelijker?
- # bescherming door afweer na vaccinatie of natuurlijk doorgemaakte infectie met virusvarianten tot nu toe?
- # ziekmakend vermogen?
- # effect booster vaccinaties?

Beeld EU


Daily new confirmed COVID-19 cases per million people
7-day rolling average. Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.
Our World in Data
1,600
1,400
1,200
1,000
800
600
400
200
0
Oct 28, 2021
Nov 11, 2021
Nov 21, 2021
Dec 1, 2021
Dec 19, 2021
Denmark
United Kingdom
Switzerland
Ireland
Belgium
Norway
Netherlands
France
Germany

Verkenning omikron variant – PHE Zuid-Afrika



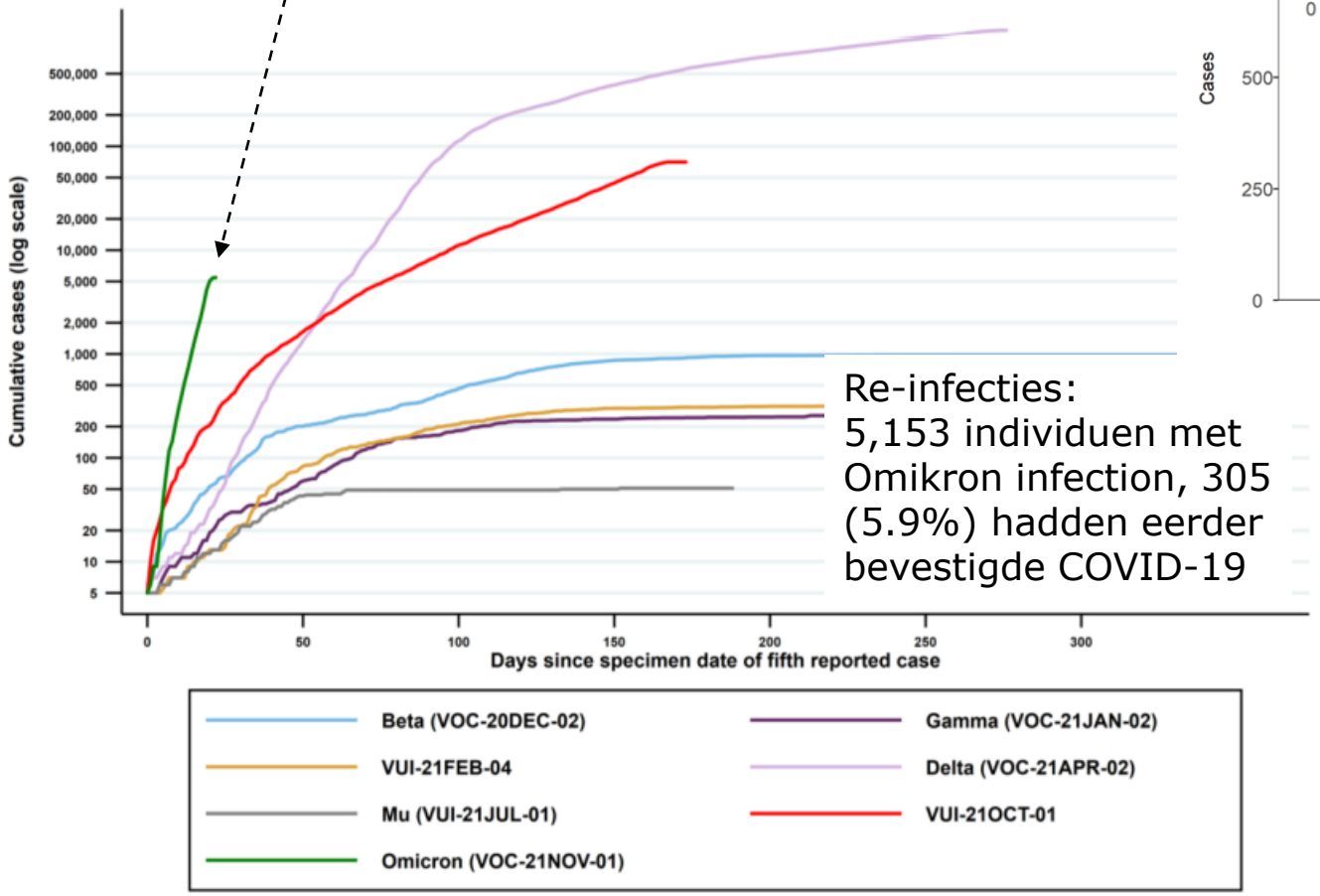
Discovery Health, **South Africa**'s largest private health insurance administrator, has released at-scale, real-world analysis of the Omicron outbreak based on 211,000 COVID-19-positive test results in the country.

The findings show that the two-dose **Pfizer-BioNTech** vaccination provides 70% protection against severe complications of COVID-19 requiring hospitalisation (67% in people aged 60 to 69 and 60% for people aged 70 to 79), and 33% protection against COVID-19 infection (-80%), during the current Omicron wave.

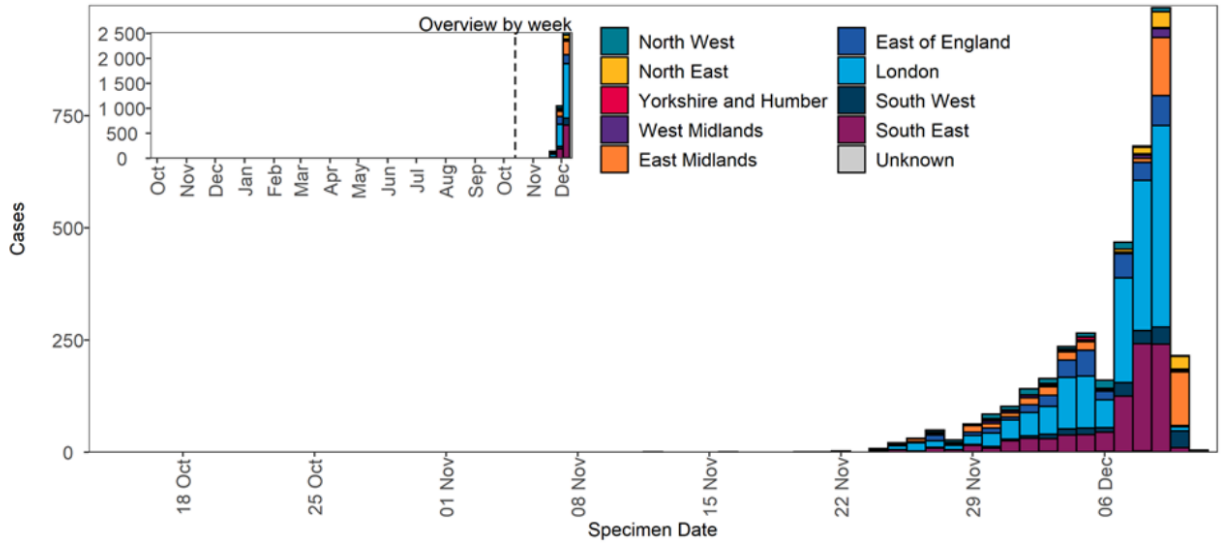
The **risk of hospital admission** among adults diagnosed with COVID-19 now is **29% lower** for the Omicron variant infection compared with infections in South Africa's first wave in mid-2020, after adjusting for vaccination status.

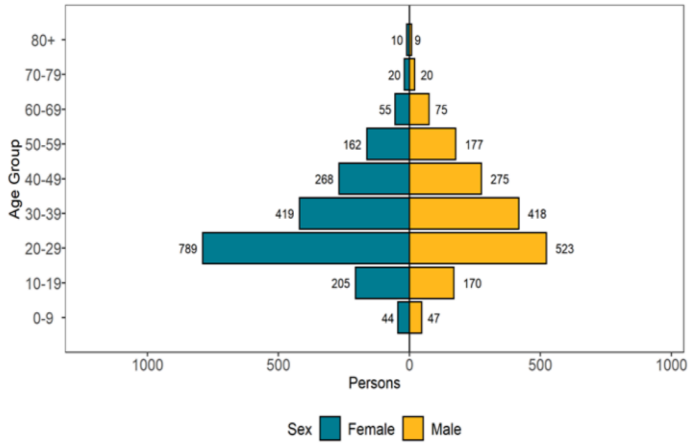
Verkenning omikron variant – PHE UK

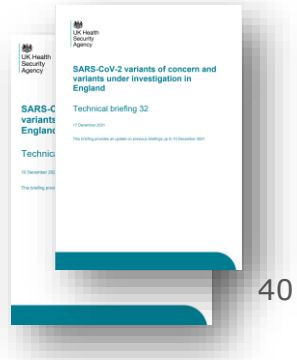
verdubbeling
elke 2-2.5 dagen



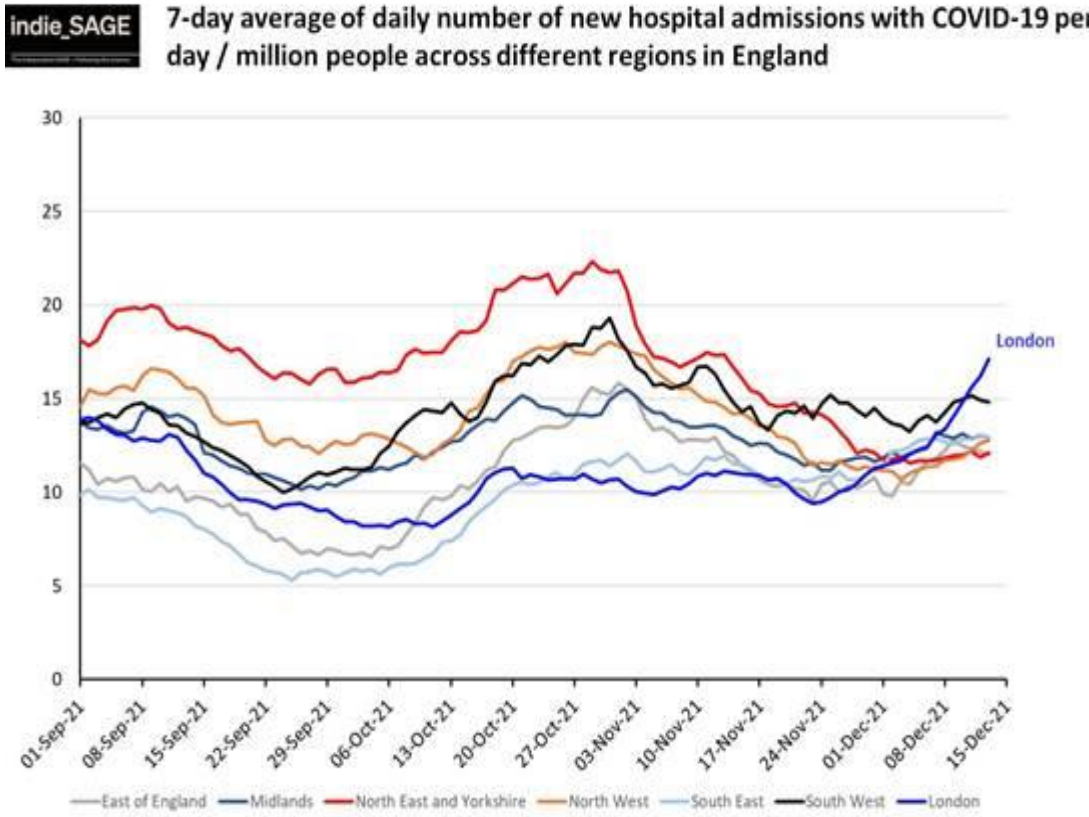
Re-infecties:
5,153 individuen met Omikron infection, 305 (5.9%) hadden eerder bevestigde COVID-19

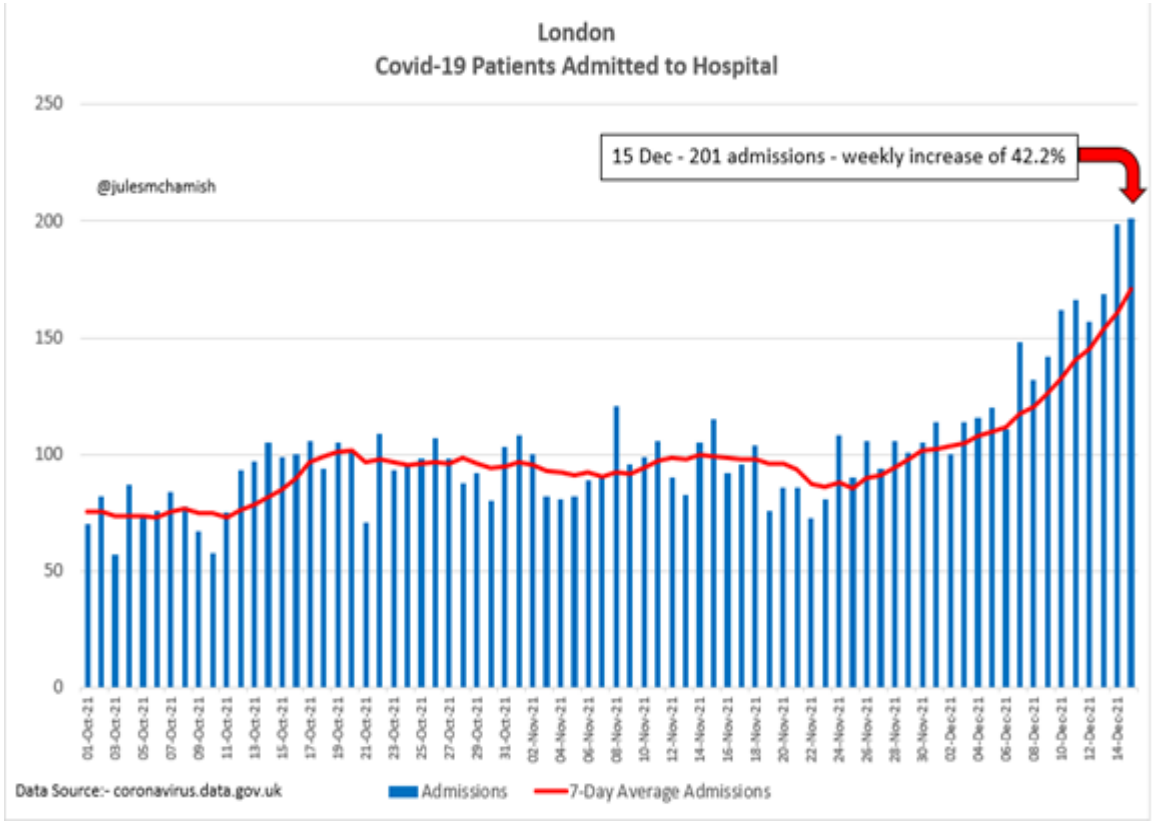






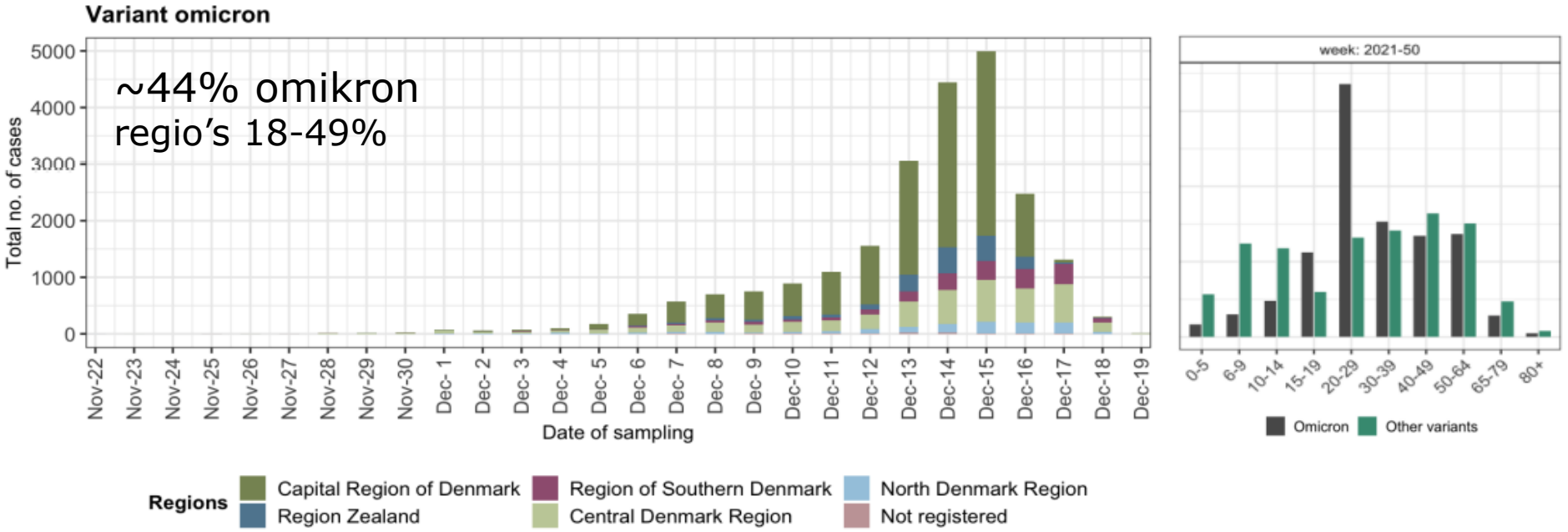
Verkenning omikronvariant – word je er ziek van?
ziekenhuisopnames – Londen omikron dominant (~60%)





Data from https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/covid-19-hospital-activity/

Verkenning omikron variant – PHE Denemarken

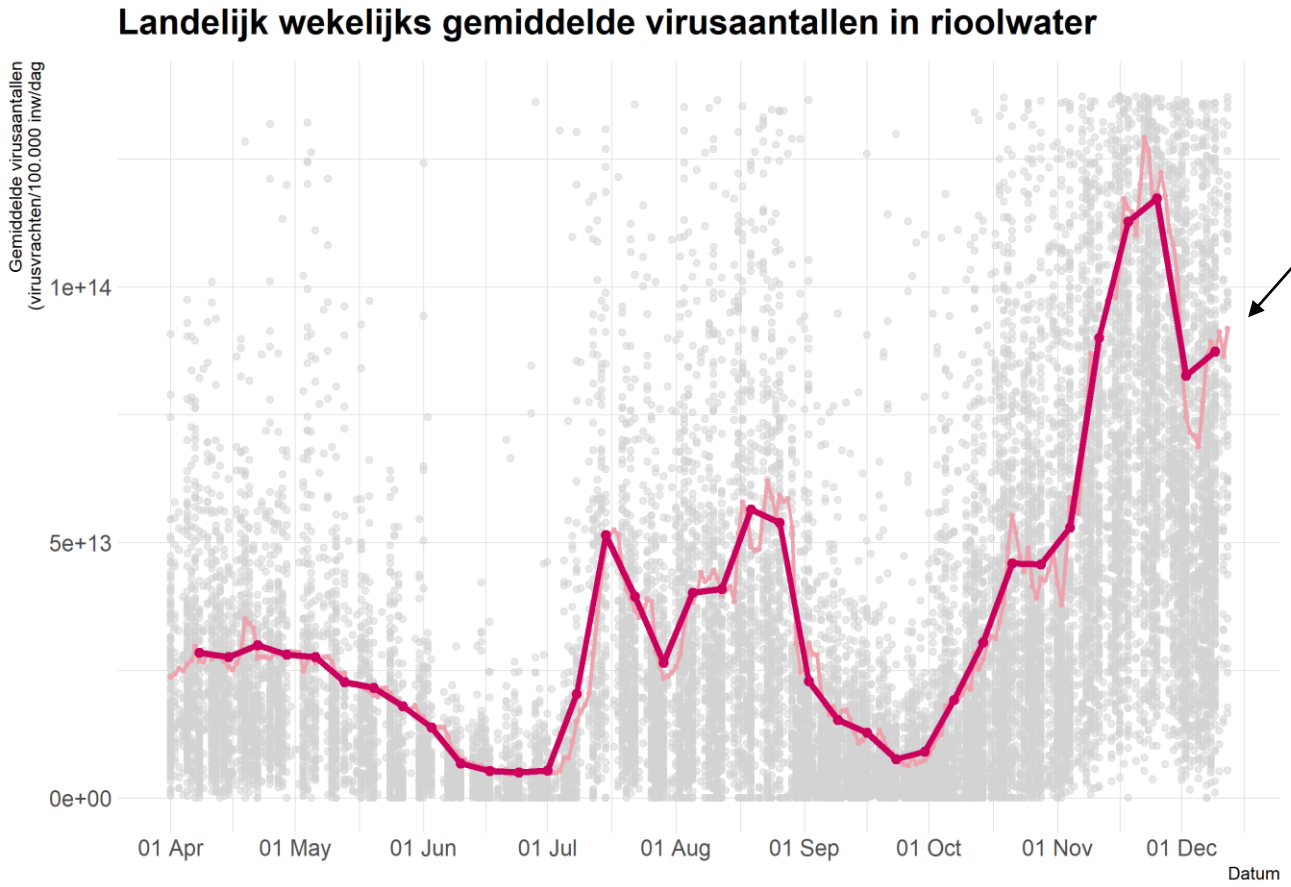


Hospital admissions in total	Other variants (No. of cases)	Other variants (%)	Omicron (No. of cases)	Omicron (%)
Have not been hospitalized	125,021	98.4	18,827	99.4
Tested positive 48 hrs or more after admission	245	0.2	23	0.1
Tested positive prior or within 48 hrs after admisson	1,794	1.4	91	0.5
Total	127,060	100	18,941	100

ziekenhuisopname:
nog kleine aantallen!
~1.4% andere varianten
versus 0.5% omikron (leeftijd? dagen na test?)

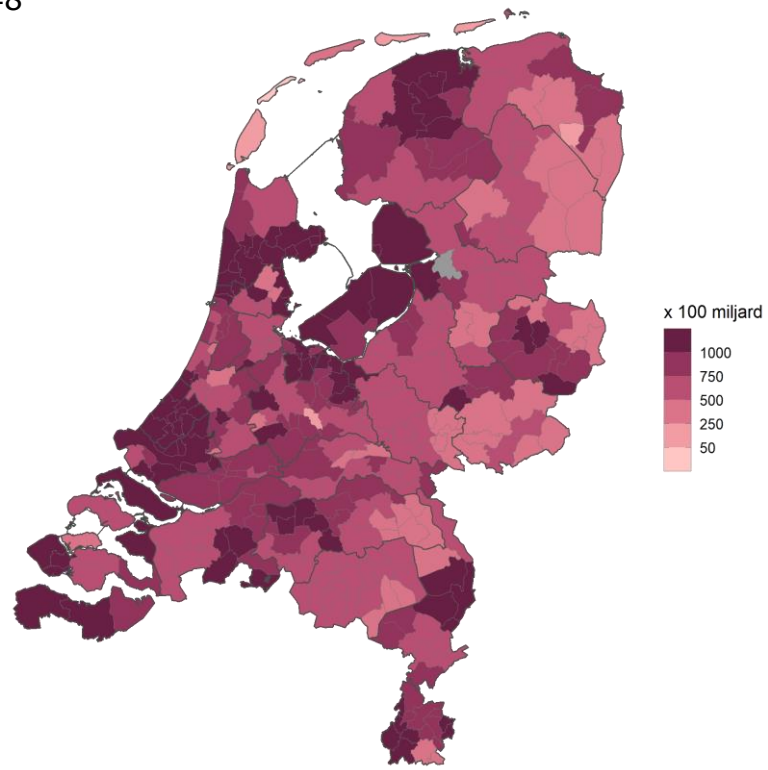


Rioolwatersurveillance



+6%
wk 49 tov wk 48

6 dec t/m 12 dec



Productie 28

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:

- 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 weergeven.

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 Gündogãn 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 vaccinatiestatus 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, productielijnen die op voorraad zijn en productielijnen in de veredelingssector, en deze mogelijkheden in te passen in het testbeleid (Kamerstuk 25 295, nr. 1586);
- 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 doktersassistentes, kunnen helpen bij het boosteren, 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 langetermijnbeleidsopties 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 be-richten (Kamerstuk 35 925, nr. 47).

Zicht op en inzicht in het virus

1. OMT-advies

133e 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. Isolatieduur 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.

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.

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.

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 Rt, 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.

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).

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.
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) Isolatieduur en her-testen bij personen recent teruggekeerd uit zuidelijk Afrika
Aan het OMT is een voorstel voor aanpassing van werkwijze met betrekking tot isolatieduur 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.

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).

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 actievraagstuk 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. Polarisatie 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.

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 jojobeleid groot is. Nu versoepelen om vervolgens op korte termijn weer aan te moeten scherpen 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.

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 133e 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.

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 133ste 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 133ste 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 onwerkbare 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.
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 vieren 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, www.hoewerktnederland.nl, 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.

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

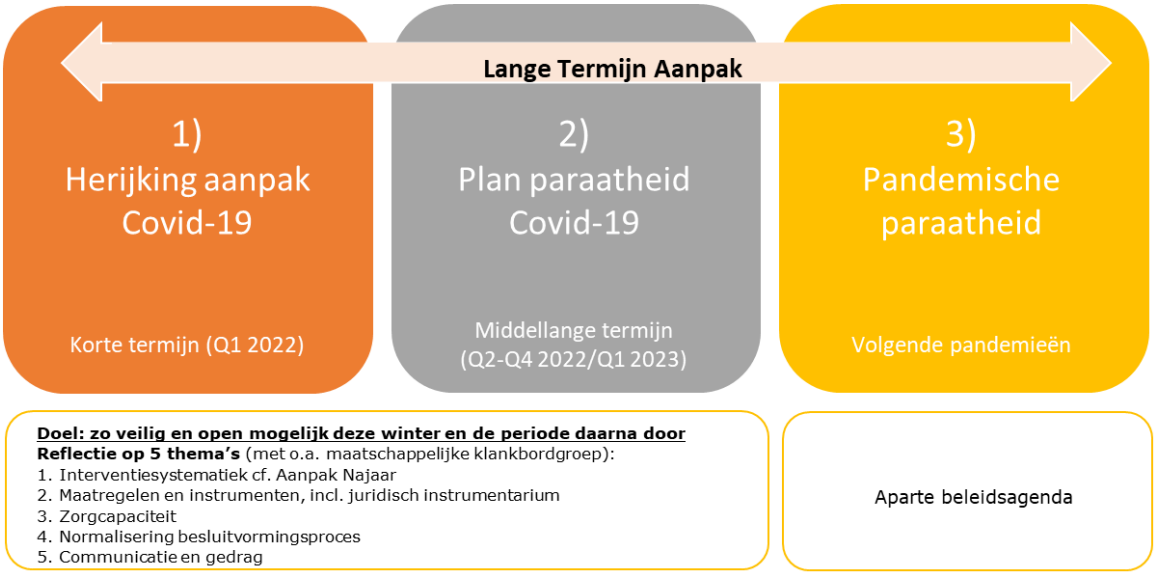
Naleving, controle en handhaving
In het debat over ontwikkelingen rondom het coronavirus van 1 december jl. is aan uw Kamer een plan van aanpak voor naleving, controle en handhavingsmogelijkheden toegezegd. Dit plan ontvangt u vandaag in een separate brief van de minister van Justitie en Veiligheid.

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.[1]

[1] 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

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:



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.
- Pandemische paraatheid: Het derde spoor richt zich niet op COVID-19, maar op het voorbereiden voor toekomstige pandemieën, een

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; 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.

zogenaamde pandemische paraatheid (lange termijn). Hierover zal ik uw Kamer in het eerste kwartaal van 2022 informeren.

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.[2] staat een drietal scenario's door het kabinet omschreven, als onderdeel van de Aanpak Najaar 2021[3]: 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 (116e en 117e 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 beschermen als we de samenleving open willen houden? Deze dilemma's moeten ook vanuit grondwettelijk oogpunt worden bezien: in hoeverre

[2] Kamerstuk 25 295, nr. 1422.
[3] Kamerstuk 25 295, nr. 1409.

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:

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:

	Waakzaam	**Zorgelijk**	**Ernstig**
Ziekenhuisopnames (7daagsgemiddeld)	< 40	40 – 100	> 100
IC-opnames (7daagsgemiddeld)	< 10	10 – 25	> 25

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.[4] 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 stokt? 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 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

[4] Kamerstuk 25 295, nr. 1356.

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?

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.

<u>Herijking inzet van maatregelen en instrumenten</u>
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.

<u>Overleg met betrokkenen</u>
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).

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)[5], 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 tijdelijk extra personele capaciteit voor ondersteunende werkzaamheden en mensen met een medische achtergrond. Zo zijn ruim 6.300 mensen ingezet bij

[5] www.lnaz.nl/cms/files/opschalingsplan_covid-19_def.pdf

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.

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 weerbarstigheid 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.

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[6] 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 jongsleden - 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 coronabanen in de zorg als de Nationale Zorgklas. Deze verlengingen gaan per 1 januari 2022 in. Deze middelen zal ik per incidentele suppletoire begroting aan uw Kamer melden. Hierbij zal ik dan ook onderbouwd een beroep doen op artikel 2.27, tweede lid uit de Comptabiliteitswet. Deze maatregelen hebben als doel een directe ontlasting van zorgprofessionals,

[6] Kamerstuk 25 295, nr. 1573.

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.

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.[7], 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 efficientiewinst 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 veld. Daarom zullen de voorstellen worden getoetst in een high level klankbordgroep.

[7] Kamerstuk 25 295, nr. 1571.

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[8].

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

[8] Kamerstuk 35 961, nr. 12.

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 dwarsdoorsnijdende 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.[9] Over deze onderwerpen schreven wij u in het afgelopen najaar.

[9] 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.[10]
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.

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 Nicolaï voorgestelde optie om bepalingen uit de Twm op te kunnen schorten.

---

[10] 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 gedoeld op de genoemde tijdelijke bepalingen in (met name hoofdstuk Va van) de Wpg en enkele andere wetten.
[10] 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.

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 “slapend” 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 tijdelijke 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 werkingssfeer 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 goedkeuringswet. 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.

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 goedkeuringswet 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 goedkeuringswet 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.

Voorstel van het Eerste Kamerlid Nicolaï

Het Eerste Kamerlid Nicolaï 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.[11] 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 Nicolaï 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

[11] *Handelingen I* 2020/21, nr. 46, item 19, p. 14.

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

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.[12] 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 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.[13]

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

[12] Kamerstuk 25 295, nr. 1623.
[13] Kamerstuk 25 295, nr. 1551.

voorstel. Op dit moment vinden de onderhandelingen in Brussel plaats. Nederland pleit er hierbij voor – zoals ook de Commissie voorstelt – bij de geldigheid geen 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.

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.

<u>Informatievoorziening gebruik DCC in andere landen</u>
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 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.[14]

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

[14] 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).

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 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.

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[15]. 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

[15] Kamerstuk 35 973, nr. 6.

van het RIVM-advies van 26 november, Mozambique, Zuid-Afrika, Lesotho, Eswatini, Botswana, Namibië, Malawi en Zimbabwe aangewezen als zeer 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.

Daarnaast geldt een quarantaine*advies* 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[16] van 12 november 2021 heb ik uw Kamer toegezegd u hier nader over te informeren. Zo is het belscript 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 álle 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 aselecte 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.

[16] Kamerstuk 25 295, nr. 1519.

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, 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.

Testverplichting inkomende reizigers
In het 132e 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 wetswijziging van de Wpg kan worden voldaan aan de motie van het lid Paternotte c.s.[17] over het mogelijk maken om een test bij aankomst in bijzondere gevallen te verplichten. Voor deze wetswijziging 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 thuiskomt 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.

[17] Kamerstuk 25 295, nr. 1566.

Hoe dit mogelijk is, wordt op het moment nog onderzocht.

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).

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 boostercampagne.

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 meerkostenafspraak.

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.[18] 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.

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 herstelbewijs 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[19] 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.[20] 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.[21] 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.

[18] Kamerstuk 25 295, nr. 1481.
[19] Kamerstuk 25 295, nr. 1398.
[20] Kamerstuk 25 295, nr. 1422.
[21] Bijlage: Rapport gedragsonderzoek profijtbeginsel toegangstesten.

Ten tweede geven ongevaccineerde respondenten aan dat het invoeren van het 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.

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.

2c – 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 131ste 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 doorgegaan 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). 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 bevoorraad; de gunning wordt momenteel definitief gemaakt. Na het 131ste 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.

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 130e 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.[22] 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[23], 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

[22] Kamerstuk 25 295, nr. 1577.
[23] 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.

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 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.

Op de website van de Rijksoverheid staat uitgelegd hoe de consument kan herkennen dat een zelftest een CE-markering heeft.[24] 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.[25] 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

[24] https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/testen/zelftesten-en-het-coronavirus/geschikte-corona-zelftesten.
[25] Kamerstuk 25 295, nr. 1519.

minima worden verlaagd.

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:

- 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 in gezet 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 afkapwaardes 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.[26] 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.

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.[27]

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 128e en 130e 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

[26] Kamerstuk 25 295, nr. 1586.
[27] Kamerstuk 25 295, nr. 1587.

(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 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 immuunstatus. 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.

- 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 immuunstatus.
- 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.[28]

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.

[28] www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/documenten/publicaties/2021/11/26/coronavirus-overzicht-onderwijs

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 testresultaat.

Dit beleid is op 3 december jl. ingegaan.

Feiten en Cijfers

Indicator	**Week 47**	**Week 48**	**Week 49**
Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen (GGD-testlocaties en klinische testen)[1]*	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[1]	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[1]	2,3%	2,3%	1,7%
Totaal aantal afgenomen testen voor toegang en percentage positief[2]	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[2]	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[3]	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[1]	29,7 uur	26,7 uur	20,3 uur
Gemiddelde tijd tussen de testafname en testuitslag[1]	19,4 uur	20,5 uur	18,4 uur
Gemiddelde tijd tussen inplannen testafspraak en testuitslag[1]	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)[1]	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

Invloed 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.[29] heb ik uw Kamer geïnformeerd over de 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.

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"[30] en voldoe ik aan de motie van het lid Den Haan c.s. over het inventariseren van mogelijke hulp bij de boostercampagne.[31]

<u>Verdere versnelling</u>
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 geboortejaar 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

[29] 2021Z22587
[30] 2021Z22995
[31] 25295, nr. 1602

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

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.

Vaccinatielocaties 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 afsprakenslots van de GGD'en goed gevuld zijn. De versnelling vanwege de omikronvariant betekent dat de GGD verder opschaalt. Op dit moment zijn er 85 vaccinatielocaties 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 vaccinatielocatie 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.[32] Specifiek heeft het lid Westerveld in het debat van 1 december jl. een motie[33] 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

[32] 25295, nr. 1602

[33] 25295, nr. 1602

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 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.

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.

<u>Inzet ziekenhuizen en huisartsen</u>
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.

<u>Boostercampagne voor niet-mobiel thuiswonende mensen en bij instellingen zonder eigen medische dienst</u>
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 vaccinatiecampagne. 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.

<u>Gevolgen verdere versnelling voor de gehele vaccinatiecampagne</u>
De verdere versnelling van de boostercampagne en de forse opschaling van de capaciteit bij de GGD heeft beperkte impact op andere onderdelen van het werk van de GGD in de vaccinatiecampagne. De start van de vaccinatiecampagne 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 vaccinatiecampagne 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 boostercampagne, zullen de GGD'en de inspanningen op fijnmazig vaccineren moeten beperken.

<u>Samenloop met veranderende Europese inreisregels</u>
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".[34] De verdere versnelling van de boostercampagne 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.

[34] 2021Z22995

Verzoek aan Gezondheidsraad om reflectie op advisering boostervaccinatie
De afgelopen maanden heeft de Gezondheidsraad inzake de COVID-19-boostercampagne verschillende adviezen uitgebracht die gebaseerd zijn op de meest actuele nationale en internationale wetenschappelijke inzichten. Deze 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.

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[35] (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 boosterprikken 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 boosterprikken gezet. In totaal zijn er daarmee in Nederland nu ongeveer 1.170.000 boosterprikken 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[36]. 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.

[35] Cijfers COVID-19 vaccinatieprogramma | RIVM

[36] Vaccinatiebescherming nog steeds hoog tegen ernstige COVID-19 | RIVM

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 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.

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 131e 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 133e 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 stadwijken 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.,[37] 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 en hun vragen persoonlijk stellen aan een arts via het landelijke telefoonnummer van de twijfeltelefoon (088-7 555 777 of twijfeltelefoon.nl).

<u>Verhogen vaccinatiegraad zwangere vrouwen en vrouwen die zwanger willen worden</u>
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.

[37] Kamerstuk 25 295, nr. 1484.

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 (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.

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 1e en 2e prik te halen. De regio's zullen de basisinfrastructuur voor de 1e en 2e 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 doelgroepenaanpak 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 ongevaccineerden.

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 gerichter 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 boostercampagne. 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[38].

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

[38] 25295, nr. 1471

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 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.

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.

Ten aanzien van de financiering heb ik uw Kamer op 13 december jl. al door middel van een addendum[39] 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.

<u>Donaties</u>
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.

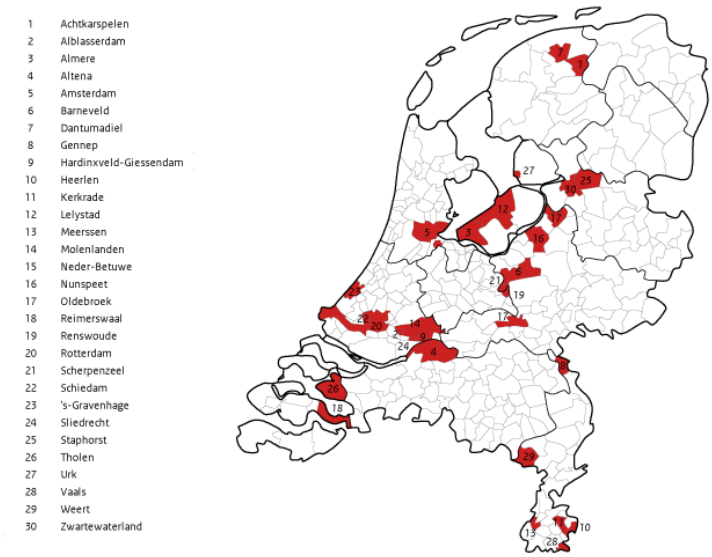
<u>Wereldwijde productiecapaciteit vaccins</u>
Ten slotte ga ik graag nog in op de discussie over het vergroten van de productiecapaciteit voor vaccins in de wereld. Deze capaciteit is nog altijd groeiende, wat belangrijk is voor de wereldwijde toegang tot vaccins. Een deel van

[39] Detail 2021D49531 | Tweede Kamer der Staten-Generaal

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 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.

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.[40] 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.

[40] Kamerstuk 25 295, nr. 1519.

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 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 bezie 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.

<u>Fijnmazig vaccineren</u>
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.prikkenzonderafspraak.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.

<u>Laagdrempelig testen</u>
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 bezien 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 mondmaskers 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.

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.

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.[41] 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

[41] Kamerstuk 25 295, nr. 1468.

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.

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.

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.[42] 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.[43] Er zijn op dit moment

[42] Kamerstuk 25 295, nr. 1560.
[43] Deze middelen worden niet exclusief op de IC ingezet, maar wel primair.

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[44] en 9 november jl. [45] heb ik uw Kamer geïnformeerd over een dreigend tekort aan deze 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.

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[46] 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[47] 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

[44] Kamerstuk 29 477, nr. 728.
[45] Kamerstuk 29 477, nr. 732.
[46] Kamerstuk 25 295, nr. 1569.
[47] Kamerstuk 25 295, nr. 1352.

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.

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 m2 verblijven, of dat deze normen in de TRM om die reden beter geschrapt kunnen worden. U zult daarover in een volgende brief geïnformeerd worden.

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.[48] 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.[49,50] 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

[48] Factsheet CoronaMelder doorlopende evaluatie: https://www.coronamelder.nl/media/Factsheet_CoronaMelder_latest.pdf
[49] 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/
[50] Advies 18, Begeleidingscommissie DOBC: Regie van CoronaMelder – juist nu! (Kamerstuk 25 295, nr. 1063)

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 gevraagd.[51] 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.[52] 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.

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.[53]

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[54] 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

[51] Advies 27, Begeleidingscommissie DOBC: Handelingsperspectief nauwe contacten (in CoronaMelder) (Kamerstuk 25 295, nr. 1468).
[52] Zie 'Wekelijkse update epidemiologische situatie van SARS-CoV-2 in Nederland' (RIVM)
[53] Privacy verklaring GGD GHOR Nederland: https://ggdghor.nl/privacyverklaring-vaccinatie_coronavirus/.
Privacy verklaring RIVM: https://www.rivm.nl/covid-19-vaccinatie/privacy.
[54] Kamerstuk 25 295, nr. 1396.

bovenop de bestaande juridische kaders en het al bestaande toezicht zorgt enkel voor extra regeldruk in de zorg.

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.

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[55]; "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

[55] Kamerstuk 25 295 nr. 1540.

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 7 jaar.

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 en de website van de Rijksoverheid.[56]

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

[56] https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/coronabewijs/hulp-en-vragen-over-coronabewijs/vragen-over-coronabewijs

aangemaakt.

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

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[57], 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 prof. dr. Wolfgang Ebbers, heeft een onderzoek naar CoronaCheck ter digitale ondersteuning van het coronatoegangsbewijs (CTB) bij Testen voor Toegang[58] opgesteld[59]. Het rapport is te vinden op 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[60]. 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.

---

[57] Kamerstuk 25 295, nr. 1468.
[58] Vanaf 24 juni jl. werden het vaccinatiebewijs en het herstelbewijs tevens grondslagen voor het verkrijgen van een CTB.
[59] 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.
[60] Kamerstuk 25 295, nr. 1063

De drie deelonderzoeken leverden gedurende de evaluatieperiode regelmatig inzichten op. De tussenrapportages heb ik eerder op de website www.coronacheck.nl gepubliceerd[61]. Nu de deelonderzoeken volledig zijn afgerond, leveren ze ook drie overkoepelende inzichten op. Ik zal hier achtereenvolgens op ingaan.

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.[62]

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 twijfelaars 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[63] 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

[61] https://coronacheck.nl/nl/faq/7-1-onderzoek-hoe-weten-we-of-coronacheck-werkt/
[62] Kamerstuk 25 295, nr. 1297 en Kamerstuk 25 295, nr. 1396.
[63] http://www.ioresearch.nl/wp-content/uploads/2021/10/bwebpr21_coronavaccinaties-en-toegangspas-oktober-2021-totaal-definitief.pdf.

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. 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.

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.
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).[64] 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.[65] Om eventuele onduidelijkheden

[64] Kamerstuk 25 295, nr. 1559.
[65] Kamerstuk 31 765, nr. 549.

weg te nemen heb ik 14 december een toelichtende brief (zie bijlage) gestuurd naar de voorzitters van de veldpartijen.[66] 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.

In reactie op de motie van de leden Van Haga en Van der Plas[67], 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.

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.[68] 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.[69] Dit was in eind oktober nog 6,7%.[70] 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

[66] Bijlage: Brief fase 3 aan de voorzitters van de veldpartijen.
[67] Kamerstuk 35 925, nr. 95.
[68] NZa, 'Monitor Toegankelijkheid van Zorg', 25 november 2021.
[69] NZa, 'Informatiekaart Druk op de zorg', 7 december 2021.
[70] NZa, 'Monitor Toegankelijkheid van Zorg', 28 oktober 2021.

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 betrokken uit het 'kader passende inhaalzorg msz'.[71] 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'.[72] 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.[73]

Ondersteuning door Defensie
Defensie is in de eerste week van december begonnen met het inrichten van extra bovenregionale beddencapaciteit 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.[74]

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

[71] Kamerstukken 2020/21, 25 295, nr. 566
[72] NZa, 'Monitor toegankelijkheid van Zorg', 25 november 2021.
[73] Kamerstukken 2021/22, 25295, nr. 1559.
[74] Kamerstuk 25 295, nr. 1560.

Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NTOG), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het RIVM samenwerkt om de voorlichting en informatie voor deze doelgroep verstevigen. 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 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.

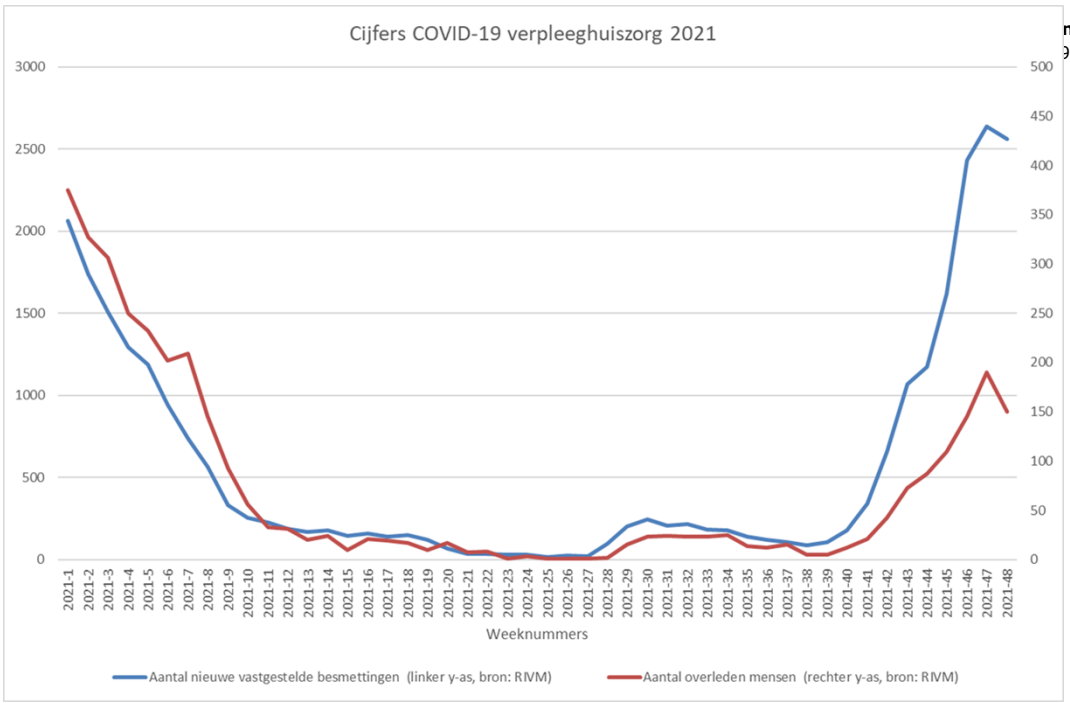
Ook in de regio ontstaan passende gerichte initiatieven. Zo wordt in de regio Zuidwest-Nederland al langere tijd intensief samengewerkt tussen het District Verloskundig Platform Rijnmond, het plaatselijke ROAZ, de Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) Samergo en het Regionaal Consortium zwangerschap 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 bracheorganisatie 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[75] 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:

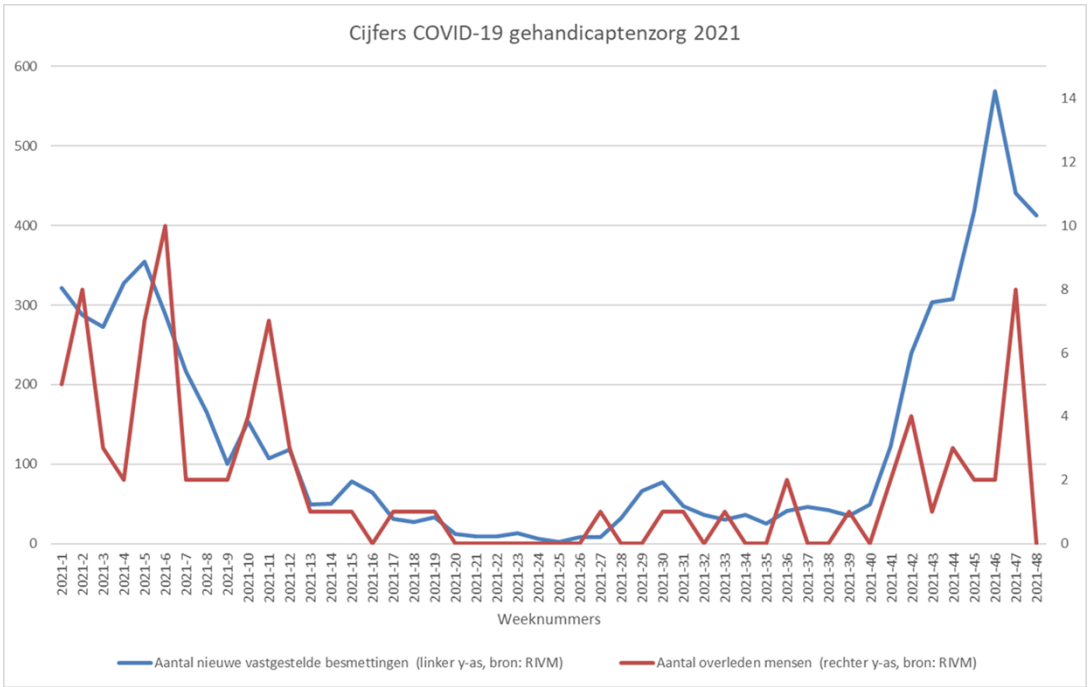
[75] Kamerstuk 25 295, nr. 1565.



Figuur 3:Cijfers COVID-19 verpleeghuiszorg 2021.

Instellingen gehandicaptenzorg

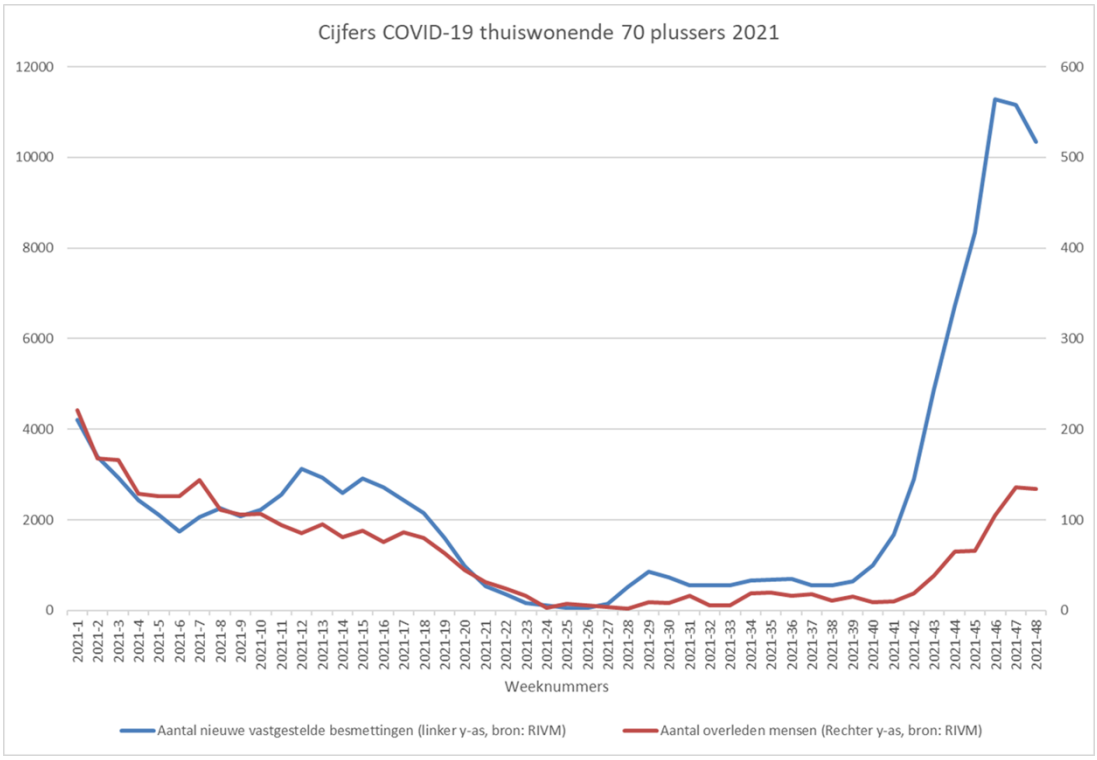
De situatie ten aanzien van het aantal COVID-19-besmettingen en COVID-19-sterfte in instellingen voor gehandicaptenzorg is in navolgende grafiek opgenomen:



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.

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 133e 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.[76] gevraagd om in het

[76] 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[77] die onder het toezicht van de IGJ valt. Hiermee beschouw ik de motie als afgedaan.

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.[78] 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. Kortheidshalve verwijs ik u naar mijn brief van 10 december 2021 over de voorzetting van financiële COVID-maatregelen zorg 2022.

[77] Uitgangspunten PBM bij verzorging, verpleging of medische behandelingen buiten het ziekenhuis (https://lci.rivm.nl/covid-19/PBMbuitenziekenhuis).
[78] 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.[79] 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.

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 keuzen 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.

[79] 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.

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[80] 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 Cees Hertogh 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 áls 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

[80] 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.

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.

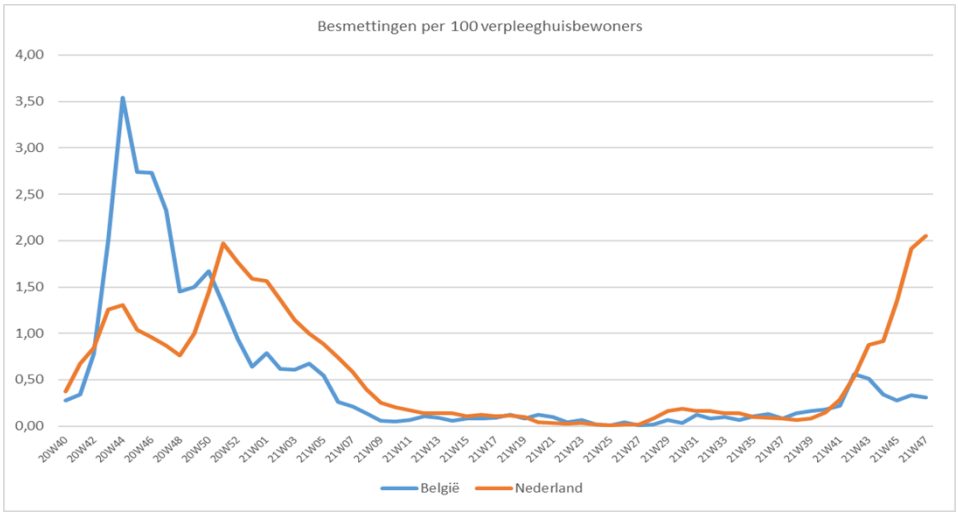
Hiervoor heb ik al aangeven dat met het RIVM en professor Hertogh is gesproken over hoe de onderzoeksresultaten van professor Hertogh en de cijfers die het RIVM presenteert zich tot elkaar verhouden. Naar voren kwam dat de brede oversterfte in de verpleeghuizen waarneembaar is (zowel in de cijfers van het CBS over oversterfte als signalen vanuit het veld) en dat er enige vertraging is in de rapportage van de sterftecijfers 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.

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[81] 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.[82]

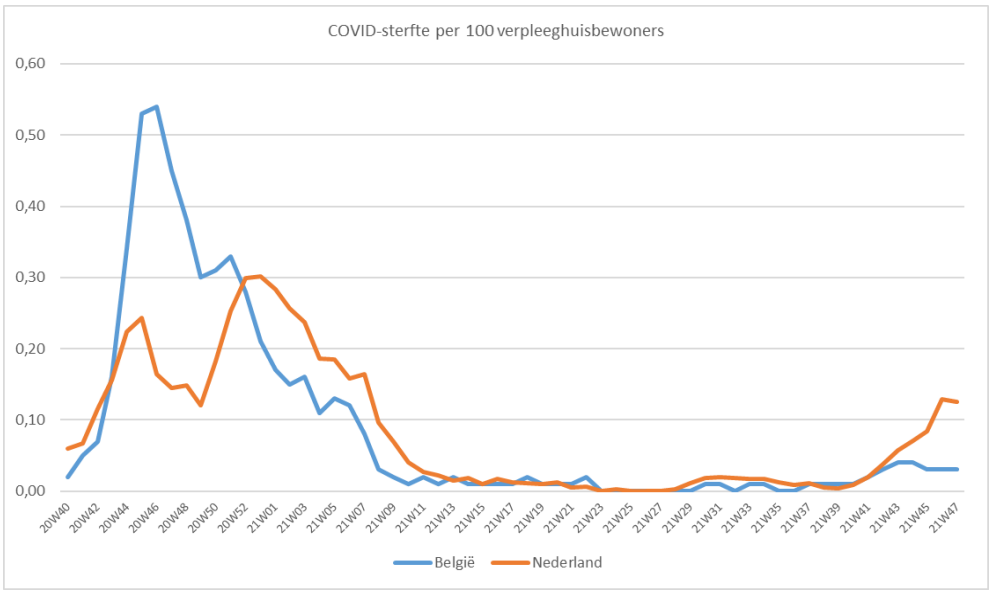


Figuur 6: Besmettingen per 100 verpleeghuisbewoners België en Nederland

- 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.

[81] www.vilans.nl/artikelen/5-internationale-lessen-van-corona
[82] 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 weektotalen. 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.



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 1e prik	Volledig	België	Opkomst 1e 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 116e en 117e: 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: https://www.actiz.nl/nieuwe-handreiking-aanpak-verpleeghuiszorg-bij-corona-gereed	Bij een uitbraak kunnen strengere maatregelen gelden.
Booster	Eerste boosterprik halverwege november 2021.	Op 9 september gestart met boosteren van immuun-gecompromitteerden. Dit betrof ook hoogbejaarden en daarmee een deel van de woonzorgcentra. Op 22 september 2021 is gestart met het boosteren 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 boosteren. In België is op 9 september 2021 gestart en in Nederland op 18 november 2021.

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 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.

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 richten richt zich daarbij op twee grote prioriteiten:

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 Gündogãn (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.

<u>Informatievoorziening</u>
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:

- 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 coronatoegangsbewijs 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, 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.

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, 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 prikkenzonderafspraak.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 buren om ouderen die soms minder digitaal vaardig zijn te helpen bij het maken van een online afspraak.

Op uitlegprikafspraak.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.

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.

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.

<u>Aanpak desinformatie</u>
Het bieden van feitelijke en juiste informatie tegenover desinformatie heeft de hoogste prioriteit. Het doel is de informatiepositie van burgers te verstevigen. De geïntensiveerde aanpak volgt twee routes:

1. Meer kennis over desinformatie verspreiden en zo bewustwording creëren.
    - Er is een 'Handreiking Desinformatie in coronatijd'[83] 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 geïntensiveerde aanpak desinformatie geef ik invulling aan de motie de leden Van der Voort en Backer (D66) over 'Informatievoorziening en desinformatie betreffende corona'.[84]

(Zelf)testen
In de aanloop naar de feestdagen wordt de communicatie over zelftesten

[83] www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2021/12/02/handreiking-desinformatie-voor-zorgprofessionals-in-coronatijd
[84] 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.

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, 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.[85] Scholen konden vervolgens ouders/verzorgers verder inlichten. Om hierbij te helpen zijn de volgende materialen gemaakt en beschikbaar gesteld via 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 - 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 - speelt hier een prominente rol om reizigers die (terug) komen naar Nederland te voorzien van

[85] 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.

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.

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.[86] 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 huidig 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.

[86] 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.

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.[87] 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.[88]

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

[87] Kamerstuk 25 295, nr. 1453.
[88] Kamerstuk 25 295, nr. 1453.

op het 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.

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 (vooralsnog) 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.

<u>Korte termijn: Ondersteuning, herstel en re-integratie</u>
In de brief van 20 september jl.[89] 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

[89] 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 herstelzorg, zoals fysiotherapie en oefentherapie.

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'[90] en het programma 'COVID-19 en werk'[91]. 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.

<u>Lange termijn: in beeld brengen van vraagstukken die aan de orde zijn</u>
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

[90] nvab-online.nl/sites/default/files/Herstel%20%26%20Re-integratie%20in%20het%20kielzorg%20van%20COVID-19%20-%20Post-Acute%20gevolgen%20van%20SARS%20CoV-2%20infectie%20%28PASC%29%20Versie%2010-1%20mei.pdf
[91] Werkcovid19.nl

- of, en zo ja, op welke wijze en door wie hierin kan worden voorzien.

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.[92] Naast de sociale zekerheid, zijn er mogelijk ook vanuit cao's en/of verzekeringen voorzieningen beschikbaar voor werkenden die gezondheidsgevolgen ervaren van COVID.

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.

[92] Kamerstuk 25 295, nr. 1453.

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 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.

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 nadere 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 blijk 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.[93]

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 ziekenhuis	5 (0)	0	0	2 (2)	1 (5)	0 (0)

[93] https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/documenten/publicaties/2021/12/09/toegekende-subsidies-voor-de-zorgbonus-2021.

opnamen verpleegafdeling (op de IC)						
Aantal patiënten onder behandeling in het buitenland	o	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)

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.

18. Afdoen moties/toezeggingen/verzoeken

Uitbreiding van de respiratoire surveillance met de Nivel peilstations
In de Stand van Zakenbrieven van 18 juni[94] en 6 juli jl.[95] 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[96] 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

[94] Kamerstuk 25 295, nr. 1297.
[95] Kamerstuk 25 295, nr. 1356.
[96] Kamerstuk 25 295, nr. 1617.

naar doodsoorzaken een goede duiding te geven over de gemeten sterfte door COVID-19. In een volgende Kamerbrief zal ik u hierover nader informeren.

Motie lid Van der Staaij c.s. over de levering van zuurstof aan coronapatiënten thuis
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. [97]

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.[98] 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

[97] Kamerstuk 25 295, nr. 1596.
[98] Kamerstuk 35 420, nr. 393.

besprokene.

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

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 boostercampagne te versnellen.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Hugo de Jonge

[99] Kamerstuk 25 295, nr. 771.
[100] https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-tijdlijn/uitgelicht-catshuisstukken/openbaarmaking-catshuisstukken
[101] Hierbij is onder meer te denken aan derden belang, het belang van de staat, de persoonlijke levenssfeer en de internationale betrekkingen.