

Vergaderjaar 2019–2020

**25 295**

## **Infectieziektenbestrijding**

**Nr. 510**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 augustus 2020

Testen en traceren is een belangrijke pijler in deze fase van maximale controle op de verspreiding van het coronavirus. Door iedereen met klachten te testen en door bron- en contactonderzoek te doen als iemand besmet blijkt, kunnen we opvlammingen van het coronavirus zoveel mogelijk voorkomen en snel de kop in drukken. Met intensief testen zitten we het virus zo dicht mogelijk op de hielen, en met intensief bron- en contactonderzoek doorbreken we de keten van besmettingen. Een ambitieuze en effectieve aanpak op testen en traceren is daarmee van essentieel belang om in deze fase zoveel als mogelijk en verantwoord het maatschappelijk verkeer door te laten gaan.

Ik informeer Uw Kamer met deze brief over mijn strategie voor de komende periode op het testen en traceren. Ik zal allereerst ingaan op sturing op de organisaties die hierin een cruciale rol spelen. Daarna licht ik toe wat er tot nu toe is gedaan en wat we nog gaan doen, om ervoor te zorgen dat we ook dit najaar en in de winter met een waarschijnlijke toename in luchtwegklachten, voldoende en snel opschaalbare capaciteit voor testen en traceren beschikbaar hebben. Ik informeer u ook over de hobbels die op de weg liggen en waarmee we – zonder afbreuk te doen aan het perspectief – hebben om te gaan. Deze zomer heb ik benut om in gesprek met de GGD'en, RIVM en laboratoria voorbereidingen te treffen op deze strategie. Tegelijk merk ik op dat we wendbaar moeten zijn: de inzichten over testen en traceren zullen zich blijven ontwikkelen op basis van de lessen die we ook komend najaar nog met elkaar blijven leren. Ongetwijfeld doen zich nog onvoorziene situaties voor waardoor we weer worden genoodzaakt tot het bijstellen van onze aanpak. Hierbij is altijd het advies van het OMT leidend.

Voor mijn aanpak op testen en traceren hanteer ik twee uitgangspunten, namelijk dat de inzet gericht moet zijn op wat het meest effectief bijdraagt aan de bestrijding van de uitbraak cq het verlagen van de reproductiefactor ( $R_0$ ). Ten tweede de afweging van maatschappelijke en econo-

mische kosten en baten tegen de kosten en inspanningen die uitvoering van een grootschalig en intensief beleid van testen en traceren met zich meebrengt.

Mijn aanpak is gericht op de volgende zes doelen, die ik samen met GGD'en, het RIVM en de laboratoria heb vastgesteld:

- Doel 1: Voldoende testcapaciteit
- Doel 2: Effectief testen (doorlooptijd en laagdrempeligheid)
- Doel 3: Voldoende BCO-capaciteit
- Doel 4: Effectief BCO
- Doel 5: Verhogen testbereidheid
- Doel 6: Zicht houden op performance

Ik ga in deze brief per doel in op de gemaakte afspraken en op acties en plannen die nog in het vooruitzicht liggen. Ten slotte kom ik in deze brief terug op de voortgang van enkele toezeggingen, moties en Kamervragen. Ik zal uw Kamer eind volgende week per brief informeren over de quarantainemaatregelen.

### **Sturing op de bestrijding**

We zien dat er heel hard wordt gewerkt door het RIVM, de GGD-en en de laboratoria en dat er heel veel bereikt is. We zien ook dat niet alles meteen goed gaat. De uitdagingen waarvoor we gesteld staan in de bestrijding van COVID-19 zijn van ongekende omvang. Dit vertaalt zich in een enorme uitvoeringsoperatie die ook onder het vergrootglas ligt. Uit de vragen die uw Kamer stelt blijkt dat u behoefte heeft aan meer inzicht op de uitvoering qua organisatie én performance. Vanuit mijn verantwoordelijkheid voor de bestrijding van de epidemie, en voor de uitvoering door de GGD-en, ben ik daarover continu in gesprek met alle betrokken partijen.

#### *Sturing Landelijk coördinatieteam Diagnostische keten*

Bij de start van de pandemie is de Landelijke Coördinatiestructuur Testketen (LCT) ingericht waarbij onder leiding van VWS gestuurd wordt op het hebben van inzicht in het functioneren van de testketen en het opschalen van de testcapaciteit. De LCT adviseert mij over de testcapaciteit waarop ik mijn beleid kan baseren. Daarnaast heb ik opdracht gegeven tot de inrichting van het Landelijke Coördinatie Team Diagnostische Keten (LCDK). Dit team coördineert onder aansturing van de LCT de landelijke monsterstromen voor COVID-19 vanuit GGD'en naar de labs. Op deze manier is sinds het voorjaar steeds beter zicht ontstaan op de monsterstromen tussen GGD-en en laboratoria en zijn we steeds beter in staat deze te verleggen bij knelpunten. Deze flexibiliteit is cruciaal in een situatie waarin vraag en aanbod van testen een grote dynamiek kent. Bij plotselinge stijgingen van de testvraag bij een GGD, of afnemende testcapaciteit bij een laboratorium, verlegt het LCDK samen met betrokkenen de monsterstroom snel. Het LCDK is een samenwerkingsverband dat nog geen formele positie heeft. Ik wil komen tot een duurzamere inrichting van deze coördinatietaak. Daarmee is het voor alle betrokkenen duidelijk welke positie het LCDK heeft en op basis van welk mandaat zij haar werk uitoefent.

#### *Sturing GGD'en*

Wettelijk gezien is er geen sprake van centrale aansturing vanuit het Ministerie van VWS of door GGD GHOR Nederland (in het kort: GGD GHOR) op de regionale GGD-en. Zoals eerder met uw Kamer gedeeld zijn de GGD-en regionaal georganiseerd en staan, in geval van bestrijding van

een A-ziekte, onder aansturing van de voorzitters veiligheidsregio's. De Minister van VWS is verantwoordelijk bij de bestrijding van een A-ziekte. De Minister van VWS geeft leiding aan de bestrijding en kan (als ultiem instrument) de voorzitter van de veiligheidsregio een aanwijzing geven (art 7 Wpg). De voorzitter van de veiligheidsregio draagt zorg voor de bestrijding van een epidemie bij A- infectieziekten, of bij de directe dreiging daarvan (vlg. art. 6 lid 4 Wpg). Op inhoud vindt aansturing plaats via het RIVM, onder andere door middel van de richtlijn bron- en contactonderzoek (BCO). Deze richtlijn beschrijft op welke wijze een BCO dient te worden uitgevoerd. Dit is een professionele richtlijn, vergelijkbaar met richtlijnen voor medische behandelingen. Wijziging van deze richtlijn vindt plaats door het RIVM, na afstemming met veldpartijen waaronder de GGD-en.

Vanuit mijn verantwoordelijkheid als Minister van VWS ben ik opdrachtgever voor de bestrijding van COVID-19 aan de landelijke organisatie GGD GHOR Nederland (in het kort: GGD GHOR). De opdracht is vanuit de landelijke organisatie de regionale GGD-en in staat te stellen uitvoering te geven aan de bestrijding van COVID-19. Binnen GGD GHOR is een landelijke crisisorganisatie opgericht die de regionale GGD-en ondersteunt.

Onderdeel van goed opdrachtgever- en opdrachtnemerschap is dat inzichtelijk is hoe de uitvoering van de opdracht verloopt, en dat deze resultaten transparant zijn. De opdrachtnemer legt daarmee verantwoording af, en de opdrachtgever kan sturen op resultaten. Met GGD GHOR Nederland heb ik afgesproken dat transparant – en zodra de data beschikbaar zijn – inzicht wordt gegeven in de prestaties van de landelijke programmaorganisatie en de door haar gecontracteerde partners. Op dit moment wordt er bovendien door GGD'en, RIVM en het LOT-C gewerkt aan een landelijk en regionaal dashboard, dat meer inzicht geeft in de epidemiologische situatie, de epidemiologische verwachtingen en de performance-indicatoren van de GGD'en per regio. Dat geeft zowel mij, de veiligheidsregio's als de GGD'en meer inzicht in de werkelijkheid in de verschillende veiligheidsregio's. In het bijzonder ten aanzien van de capaciteitsaspecten en zich aandienende knelpunten om zo direct mogelijke oplossingen in gang te zetten.

In die gevallen waarin regionale aanpak en uitvoering niet goed loopt, heb ik op grond van de Wpg art. 6 en 7 de ultieme mogelijkheid een aanwijzing te geven aan de voorzitter van de veiligheidsregio. Ik kan de voorzitter van de veiligheidsregio dan opdragen hoe de bestrijding ter hand te nemen.

### **Doel 1: Voldoende testcapaciteit**

Waar we in het voorjaar nog te maken hadden met een restrictiever testbeleid is het vanaf 1 juni voor iedereen met klachten mogelijk om zich te laten testen. Dankzij deze mogelijkheid hebben we de afgelopen maanden aanzienlijk beter inzicht gekregen in de verspreiding van het virus en kunnen we ingrijpen waar dit nodig is. Maar ik zet in op een verdere uitbreiding van het testbeleid en zie de huidige situatie dan ook als een eerste fase.

Een volgende fase in het testbeleid wil ik de mogelijkheden voor het testen van specifieke groepen, ook wanneer zij geen klachten hebben, uitbreiden. Het gaat hierbij in eerste instantie om personen die een hoog risico op besmetting hebben gelopen. Denk aan personen die zijn gevonden via het bron- en contactonderzoek of de Coronamelder, of aan reizigers uit risicogebieden. Ook valt te denken aan het testen van mensen met een beroep waarbij besmetting een hoog risico met zich meebrengt

voor anderen (bijvoorbeeld personeel in de zorg). Voor een grote sprong op dit gebied zijn we nu nog niet klaar: dit kan alleen op het moment dat we in Nederland echt voldoende testcapaciteit hebben. Uiteindelijk werk ik toe naar een derde fase waarbij in Nederland op grote schaal getest kan worden met snelle, toegankelijke en goedkope testen, zonder dat dit een druk legt op de testcapaciteit voor mensen met symptomen. De introductie van innovatieve testmethoden waar ik hieronder verder op inga, zie ik als een manier om dit te bereiken. Deze nieuwe testen zie ik niet als een vervanging van de huidige PCR-testen maar als een aanvulling daarop. In een meer gedifferentieerd en gestratificeerd testbeleid kunnen we gebruik maken van een «gereedschapskist» met verschillende typen testen, die ingezet kunnen worden in verschillende situaties. Van toegang tot een verpleegtehuis tot massaal testen na een lokale uitbraak, of bij het testen van reizigers.

### *Ontwikkeling testvraag op dit moment*

De testcapaciteit ligt momenteel op 30.000 testen per dag en deze is beschikbaar voor GGD-teststraten en testen vanuit ziekenhuizen, huisartsen, zorginstellingen en andere partijen. De vraag naar testen is de afgelopen weken fors gegroeid en in sommige regio's was deze groei groter dan verwacht. Dit geeft een forse druk op de testcapaciteit. In week 23 werden er 52.021 testen afgenomen bij de GGD teststraten. In week 34 waren dit er 138.476 en de verwachting is dat dit de komende weken nog verder zal oplopen. Met name afgelopen week is deze stijging fors geweest. Op de drukste dag van de week in week 34 was er zelfs een stijging van 40% in het aantal afgenomen testen, ten opzichte van de drukste dag in week 33. Die stijging in testvraag heeft onder meer te maken met de ontwikkeling van het virus, de toenemende bewustwording van het belang van testen, de intensieve communicatiecampagne en de nieuwe coronatest website die de testaanvraag nog laagdrempeliger heeft gemaakt. Daarnaast lijkt de terugkeer van mensen uit vakantielanden te hebben geleid tot een extra vraag. Deze toename vind ik een goede ontwikkeling; het testen bij klachten is immers het slot op de deur. Toch blijkt deze weken ook dat onze testcapaciteit maar net voldoende is en kwetsbaarheden kent<sup>1</sup>. Zo ben ik genooddaakt geweest om de GGD'en te vragen te wachten met de verdere uitbreiding van het aantal testlocaties en de verdere verruiming van de openingstijden, en heb ik besloten dat regio's met hoge infectiedruk voorrang krijgen op de beschikbare testcapaciteit. Dit bleek noodzakelijk omdat de grenzen van de beschikbare analysecapaciteit in zicht kwam. Door het verplaatsen van materialen en het inschakelen van nieuwe (buitenlandse) laboratoria is de verwachting dat dit snel opgelost zal zijn, maar het kan betekenen dat de komende dagen in andere regio's met een lage infectiedruk de wachttijden zullen oplopen. Ook het testen van reizigers van een aantal vluchten op Schiphol blijft mogelijk, maar de teststraat op Schiphol wordt beheerst opgeschaald, zodat dit niet ten koste gaat van de capaciteit die nodig is om te voldoen aan de testvraag van mensen met klachten. Daarbij blijft gelden dat reizigers uit oranje of rode gebieden, ongeacht de uitslag van de test, 10 dagen in quarantaine dienen te gaan.

De laboratoria en GGD'en werken aan verdere opschaling van de testcapaciteit. Het RIVM heeft berekend dat in het maximale scenario in september 37.500, in november 55.000, december 70.000 en februari 85.000 testen per dag nodig zijn voor COVID-19 diagnostiek. Dit is exclusief de testvraag vanuit de reguliere diagnostiek. Deze testvraag is gebaseerd op schattingen van het aantal mensen die luchtwegklachten

<sup>1</sup> <https://nos.nl/artikel/2345536-laboratoria-kunnen-coronatests-nauwelijks-aan-ggd-s-mogen-niet-uitbreiden.html>

hebben en worden op basis van de laatste inzichten (b.v. feitelijke testbereidheid) nog herijkt. Er is daarnaast een groeiende vraag om ook mensen zonder klachten te kunnen testen. Dit gebeurt al bij uitbraken als de GGD hiertoe aanleiding ziet. Zoals ik u eerder heb gemeld lopen er momenteel onderzoeken naar de effectiviteit van het testen van mensen zonder klachten 1) voortkomend uit het BCO, 2) meldingen uit de app en 3) terugkerende reizigers uit risicogebieden. Daarnaast signaleren we een toenemende vraag bij werkgevers en in de sportsector naar het testen van werknemers en topsporters, ook zonder klachten. Als de uitkomsten van de onderzoeken naar de meerwaarde van testen zonder klachten hiertoe aanleiding geven, zullen de RIVM-richtlijnen voor het bron- en contactonderzoek worden aangepast voor het handelingsperspectief van nauwe contacten en meldingen via de Coronamelder. Ook de beschikbaarheid van voldoende testcapaciteit (zowel in de afname door GGD als bij de laboratoria) dient hierbij te worden meegewogen. Dit laatste geldt eveneens voor een besluit over het al dan niet uitbreiden van testen van inkomende reizigers via luchthavens. Voorafgaand aan de beslissing om mensen asymptomatisch te testen zal de verwachte testvraag ingeschat moeten worden.

Ik wil voorkomen dat deze toenemende vraag naar het uitvoeren van testen zonder klachten ten koste gaat van de testen die beschikbaar moeten zijn voor mensen met klachten. De testcapaciteit dient zo efficiënt mogelijk te worden ingezet: welk gebruik van de testcapaciteit levert het meest op voor de bestrijding? Daarom zet ik in op twee zaken. Ten eerste zal de beschikbare testcapaciteit verder worden opgeschaald, zodat deze geen beperkingen oplevert. Ten tweede is het als terugvaloptie nodig om vast te stellen welke doelgroepen en situaties worden geprioriteerd, mocht de testcapaciteit onverhoopt toch onvoldoende zijn voor plotse stijging van de testvraag. Hierover wil ik het OMT om advies vragen.

### **Teststraat Schiphol**

Op dit moment kunnen er circa 1.200–1.400 mensen getest worden op Schiphol. De openingstijden zijn vooralsnog van 08:00 's ochtends tot 18:00 's avonds. Binnen twee weken na mijn besluit van 1 augustus jl. heeft de GGD Kennemerland in samenwerking met Defensie en Amsterdam Airport Schiphol een goed werkende teststraat op gezet. Dit is een prestatie. Zoals ook in mijn Kamerbrief van 11 augustus jl. (Kamerstuk 25 295, nr. 471) gemeld wordt er gefaseerd opgeschaald en is de start kleinschalig. De GGD bepaald vooraf welke vluchten langs de teststraten moeten gaan. Dit doen zij onder andere op basis van landen waar zij van verwachten dat de risico's het grootst zijn. Er wordt dus risicogebaseerd getest en niet gerandomiseerd. Uit de 7.200 testen die tot nu toe zijn afgenomen op Schiphol bleek 1,5% van de mensen positief te zijn. Het is te vroeg om hier conclusies aan te verbinden, ook omdat er risicogebaseerd is geselecteerd.

Er is bewust nog geen besluit genomen over verdere opschaling van de teststraat op Schiphol en de andere luchthavens. Dit heeft twee redenen. Enerzijds omdat het onderzoek nog gaande is of het testen van mensen/reizigers zonder klachten effect heeft en geen negatieve gevolgen heeft voor de quarantaine bereidheid. Dit onderzoek is van belang want we willen voorkomen dat mensen denken dat ze niet in quarantaine hoeven wanneer ze een negatieve test hebben gehad. En anderzijds omdat de labcapaciteit onder hoge druk staat sinds vorige week. Dit komt door de eerdergenoemde steile toename in de vraag naar testen, onder meer doordat mensen zonder klachten zich laten testen. Dit is nadrukkelijk niet de bedoeling. Het is daarom vooralsnog niet haalbaar en niet wenselijk om de teststraat op Schiphol verder op te schalen. Ook het uitbreiden van de openingstijden behoort dezelfde reden, de druk op de testcapaciteit, op

de korte termijn nu niet tot de mogelijkheden. Het testen van mensen met klachten bij de reguliere GGD'en gaat immers voor. Dat Spanje en Frankrijk grotendeels op oranje gaan is voor nu ook geen reden om de teststraat op te schalen. Daarnaast moeten mensen immers 10 dagen in quarantaine, en kunnen zij zich altijd bij de reguliere GGD teststraten laten testen wanneer zij milde klachten ontwikkelen. Hetzelfde geldt voor het testen van reizigers op andere luchthavens zoals Eindhoven en Rotterdam. Hierover vinden oriënterende gesprekken plaats, maar dit kan pas doorgang vinden als de labcapaciteit minder onder druk staat. Er worden in het vliegtuig en op de luchthaven veel aanwijzingen gegeven om het Nederlandse beleid helder te maken. Er wordt via diverse communicatiekanalen geïnformeerd over thuisquarantaine, en reizigers uit oranje en rode reisgebieden worden hier expliciet op gewezen door de GGD. Daarnaast moeten alle inkomende en uitgaande passagiers een gezondheidsverklaring invullen voorafgaand aan de vlucht. Deze wordt steekproefsgewijs gecontroleerd door de luchtvaartmaatschappijen en GGD.

Hiermee geef ik ook antwoord op de kamervragen die zijn gesteld door Kamerleden Paternotte en Diertens (D66)<sup>2</sup> en de kamervragen die zijn gesteld door de leden Kröger (GroenLinks), Paternotte (D66), Gijs van Dijk (PvdA), Van Raan (PvdD) Öztürk (Denk), Bruins (ChristenUnie), Amhaouch (CDA), Lacin (SP), Van Kooten-Arissen (Van Kooten-Arissen), Van Brenk (50PLUS) en Stoffer (SGP) aan de ministers van Infrastructuur en Waterstaat en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de teststraat op Schiphol<sup>3</sup>.

### *Vergroten analysecapaciteit*

De testcapaciteit bestaat uit de analysecapaciteit (uitgevoerd door laboratoria) en de afnamecapaciteit (van de GGD-teststraten, huisartsenlaboratoria en in ziekenhuizen). In samenwerking met de partijen uit de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit (LCT) heb ik verschillende acties ondernomen om de analysecapaciteit te vergroten.

1. *Spreiding van risico's door aanschaf van nieuwe machines en materialen.* Bij de laboratoria staan veel machines van een beperkt aantal leveranciers, die wereldwijd kampen met een exponentieel stijgende vraag naar materialen. Om de risico's te spreiden is namens de gezamenlijke laboratoria in mei een aanbesteding afgerond voor meer machines met gegarandeerde materialen. Deze zijn inmiddels bij diverse laboratoria geplaatst. Een tweede aanbesteding is in de zomer gestart, op moment van schrijven worden de binnengekomen aanbiedingen beoordeeld. De verwachte extra capaciteit kan hierdoor oplopen, maar is wel afhankelijk van de mogelijkheden die laboratoria hebben om de nieuwe machines ook te plaatsen en te bemensen.
2. *Pooling.* Een belangrijke methode om substantieel meer testen te kunnen doen met dezelfde hoeveelheid materialen is de pooling-methode. Dit houdt in dat meerdere monsters in één PCR test getest kunnen worden. De techniek van pooling kan overigens alleen worden ingezet wanneer de monsters uit een populatie komen waar hooguit 5% besmettingen zijn. Deze zomer is een aanbesteding gestart waarop laboratoria zich kunnen inschrijven. Deze zal uiterlijk 1 oktober leiden tot het sluiten van overeenkomsten met laboratoria. Een bijkomend voordeel van de pooling-strategie is dat dit kan leiden tot een forse

<sup>2</sup> Kamervragen ingediend op 21 augustus, kenmerk 2020Z14910 (Paternotte en Diertens)

<sup>3</sup> Kamervragen ingediend op 27 augustus, kenmerk 2020Z15102 (Vragen van de leden Kröger (GroenLinks), Paternotte (D66), Gijs van Dijk (PvdA), Van Raan (PvdD) Öztürk (Denk), Bruins (ChristenUnie), Amhaouch (CDA), Lacin (SP), Van Kooten-Arissen (Van Kooten-Arissen), Van Brenk (50PLUS) en Stoffer (SGP))

kostenbesparing. De verwachte extra capaciteit van poolen is aanvankelijk nog beperkt maar zal in november/december oplopen tot in ieder geval 13.000 testen per dag. Afhankelijk van de opbrengst van de aanbesteding kan dit verder oplopen.

3. *Innovatieve testmethoden.* Ik stimuleer sinds april de ontwikkeling van innovatieve testmethoden, waar met name gezocht wordt naar testen die toegankelijker, goedkoper en sneller zijn dan de huidige PCR-test. In overleg met experts is een aantal geselecteerd, zoals bijvoorbeeld de ademtest en de isothermale PCR. De verwachting is dat één of meerdere van deze nieuwe methoden in de loop van het najaar voldoende gevalideerd zijn en ingezet kunnen worden voor het testen van mensen zonder klachten, zoals reizigers. Omdat de betrouwbaarheid van de uitslag van deze testen niet altijd vergelijkbaar is met de PCR test, kan voor een bevestiging van een besmetting die met deze innovatieve testen is vastgesteld alsnog een «normale» PCR-test nodig zijn. De verwachte extra capaciteit hiervan kan in een optimistisch scenario zeer hoog zijn, maar dit is afhankelijk van of en hoe snel deze testmethoden gevalideerd kunnen worden.
4. *Contracteren buitenlandse labs.* Ik sluit voor de komende maanden enkele contracten met laboratoria in het buitenland af. Ik ben vandaag tot een principeovereenkomst met een groot Duits/Nederlands consortium gekomen waarbij we de komende weken geleidelijk de capaciteit opschalen. Te beginnen met 5.000 testen per dag in week 37, 10.000 in week 38 en daarna oplopend tot 44.000. Dit zal de komende periode vanwege bundeling en vervoer van testmonsters naar het Duitse lab invloed hebben op de doorlooptijd. Het heeft de volle aandacht deze zo beperkt mogelijk te houden.
5. *Verkennen hoogvolume labcapaciteit in Nederland.* Ik ben met partijen verkennend in gesprek of het mogelijk is om hoogvolume labcapaciteit in Nederland te realiseren, met benutting van materialen waarvan de productie minder afhankelijk is van grote leveranciers op de wereldmarkt omdat de productie in eigen land plaatsvindt.

Op deze plek geef ik graag een reactie op de vragen van lid Van Haga inzake de polymerase chain reaction-test (PCR-test)<sup>4</sup>, met een kort overzicht over de huidige kennis over de kwaliteit, de gevoeligheid en de specificiteit van de PCR. De in Nederland gebruikte SARS-CoV-2 PCR test is zeer specifiek en detecteert geen andere virussen dan het SARS-CoV-2 en geen bacteriën. Dit wordt steeds gecontroleerd door het laten testen van besmette «proef» monsters. De klinische sensitiviteit of gevoeligheid van de test is hoog en is afhankelijk van de hoeveelheid virus die iemand bij zich draagt en van de kwaliteit van de monsterafname maar ook van dag van afname na infectie en/of start van symptomen. Direct na infectie is de klinische sensitiviteit van de PCR-test op eenmalig afgenomen monster 0% en loopt dan in een aantal dagen op tot pakweg 60–70% net voor het moment dat symptomen ontstaan en loopt dan verder op tot 80–90% een aantal dagen na het begin van symptomen en begint vanaf pakweg 8–10 dagen na het begin van de symptomen terug te lopen tot 0% een aantal weken na het begin van de symptomen. De PCR test is bovendien semi-kwantitatief en zegt dus ook iets over de hoeveelheid virus die iemand bij zich draagt. Veel virus is een indicatie voor actieve infectie. Weinig virus kan of een beginnende infectie zijn of een aflopende infectie. Of iemand besmettelijk is, en dus het virus kan overdragen, kan bepaald worden door het virus in het laboratorium te kweken; maar dat duurt 1 tot 2 weken. Als vuistregel geldt dan ook, dat zolang de PCR aangeeft dat er virus aanwezig is, iemand zeer waarschijnlijk ook besmettelijk is. Ik ga er hiermee vanuit dat ik de vragen van het lid Van Haga voldoende heb beantwoord.

<sup>4</sup> Kamervragen ingediend op 18 augustus, kenmerk 2020Z14800

### *Vergroten afnamecapaciteit*

De GGD'en bereiden sinds 1 juni het aantal testlocaties gestaag uit: van ruim 80 in juni naar in totaal 152 testfaciliteiten op dit moment: 96 reguliere testfaciliteiten en 56 faciliteiten die zijn opgezet voor speciale doelgroepen waaronder thuisbemonsteringsfaciliteiten, testlocaties speciaal voor de testafname bij kinderen en pop-up testlocaties. De GGD'en zijn bovendien bezig met het opzetten van winterbestendige testlocaties en momenteel wordt ook de expertise van defensie betrokken bij het opschalen van de teststraten en bij het uitwerken van het opschalingsplan. De GGD'en werken aan verschillende vormen van mobiele testvoorzieningen om de testlocaties zo toegankelijk mogelijk te maken. Hierbij kan gedacht worden aan een bus of een te verplaatsen container. De mobiele testvoorzieningen zijn per regio verschillend en worden ingezet op goed bereikbare locaties en/of op wisselende dagen en sommige kunnen ook ingezet worden bij een uitbraak. Hierdoor kunnen mensen met een beperking eenvoudiger een testlocatie bereiken. Voor kwetsbare mensen die onmogelijk naar een testlocatie kunnen komen, worden verschillende mogelijkheden onderzocht zoals een haal- en brengservice. Voor het opschalen van de testcapaciteit richting het najaar adviseert ieder(in) de GGD'en waar de locaties en het proces van aanvragen en ontvangen van de testuitslag qua toegankelijkheid rekening mee moet houden. Daarnaast kunnen GGD'en ook gebruik maken van derde partijen. Om de fijnmazigheid van het aantal testlocaties te vergroten, heb ik de GGD'en verzocht om ook de eerstelijns diagnostische laboratoria te betrekken bij de uitbreiding van testafname locaties. Ook bij thuismonsternamen kunnen GGD'en derde partijen inschakelen. Voor de afname van monsters door derde partijen heb ik een tarief vastgesteld. Hiermee is uw Kamer geïnformeerd over de invulling van de motie van het lid Veldman c.s.<sup>5</sup> om capaciteit van derden zoals de eerstelijns diagnostische centra in te zetten. Het netwerk van testafname locaties wordt zodoende fijnmaziger, en is het voor mensen eenvoudiger om de teststraat te bereiken.

Ook het veiligstellen van voldoende afnamematerialen is van belang. In mei heb ik via het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) opdracht gegeven tot grootschalige productie en inkoop van afnamematerialen, de zogeheten swabs, en het bijbehorend medium. Het LCH zorgt ervoor dat de voorraad op orde blijft.

### *Prioritering bij krapte*

Ondanks alle acties die zijn ingezet om de testcapaciteit te vergroten, kan zich onverhoopt een situatie voordoen dat de testvraag toch de op dat moment beschikbare testcapaciteit overschrijdt, zoals ook deze week aan de orde was. Dit kan landelijk het geval zijn, maar ook regionaal, bijvoorbeeld als gevolg van een hoge infectiedruk. In zulke situaties moet er geprioriteerd worden in de doelgroepen en/of regio's die in aanmerking komen voor een test. Hierover zijn in juni al afspraken gemaakt in de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit. Deze afspraken zijn gedeeld met werkgevers, werknemers en arbodienstverleners. Afgesproken is, dat als de testvraag meerdere dagen achtereenvolgend dicht op de testcapaciteit zit, er overleg is tussen VWS, GGD GHOR, RIVM en LCDK over prioritering. Bij de besluitvorming worden aspecten meegenomen zoals testen van personen met/zonder klachten, testen van medewerkers in de zorg, testen bij kwetsbare personen, testen in publieke vs. private sector, meerwaarde van onderzoek, etcetera. Ik wil graag over een meer uitgewerkt afwegingskader beschikken waaraan GGD'en en laboratoria

<sup>5</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 489



zich kunnen houden en zal het RIVM of OMT vragen mij hierover te adviseren, bijvoorbeeld over het voorrang geven van docenten zorgmedewerkers.

## **Doel 2: Effectieve testen: doorlooptijd**

Om de beschikbare testcapaciteit zo goed mogelijk te benutten, is een snelle doorlooptijd en laagdrempelige toegang tot de testcapaciteit van groot belang.

### *Doorlooptijd*

De verspreiding van het virus kan worden gestopt als de tijd tussen het ontstaan van de besmetting bij een patiënt (indexpersoon) en het opsporen van personen die mogelijk door hem/haar zijn besmet zo kort mogelijk is. Onderzoek van het RIVM laat zien dat wanneer deze tijd voldoende kort is, het verspreidingsgetal ( $R_0$ ) omlaag wordt gebracht. Daarom wil ik alles op alles zetten om de tijd tussen het ontwikkelen van klachten, het maken van een testafpraak, het terugkoppelen van de uitslag en het uitvoeren van het bron- en contactonderzoek zo kort mogelijk te maken.

Eerder heb ik uw Kamer geïnformeerd<sup>6</sup> naar aanleiding van de motie van de leden Veldman en Van den Berg<sup>7</sup> om te komen tot een streefnorm van 48 uur tussen het maken van een testafpraak en de terugkoppeling van de testuitslag. Afgelopen maanden heeft een werkgroep van VWS, GGD GHOR Nederland en het LCDK namens de laboratoria gewerkt aan het verkorten van de doorlooptijd door het optimaliseren van de stappen in de keten. Uit recente analyse blijkt dat de landelijke gemiddelde doorlooptijd de afgelopen twee weken tussen het maken van een afspraak en het terugkoppelen ligt op 51,3 uur, waarmee de streefnorm nog net niet wordt gehaald maar wel binnen bereik komt. Hierbij merk ik op dat het regelmatig niet lukt om geteste personen meteen in de eerste bepalende testuitslag terug te koppelen en dat dit zorgt voor extra doorlooptijd. De streefnorm van 48 uur bestaat uit 24 uur voor de tijd tussen het maken van een afspraak en de testafname, en 24 uur tussen testafname en uitslag. Ik wil benadrukken dat de GGD'en mede afhankelijk zijn van de snelheid dat mensen zich aanmelden, de snelheid waarmee de laboratoria terugkoppelen en of het callcenter tijdig mensen kan bereiken. De inzet van de coronatest website heeft al een verbetering in de doorlooptijden opgeleverd en bij meer gebruik zal deze verbetering nog verder doorzetten. De gebruikte software is en wordt nog verder geoptimaliseerd, waardoor er beter inzicht is in welke GGD'en en welke laboratoria korte en lange doorlooptijden opleveren. Hier wordt nu gericht contact mee gezocht om te zoeken naar een oplossing om de doorlooptijd te verkorten. Daarnaast zijn er een aantal GGD-laboratorium combinaties, die niet optimaal onderling aansloten, verbeterd. Ten slotte zal de doorlooptijd ook onderdeel worden van het pakket van eisen in de overeenkomsten die afgesloten worden met laboratoria. Ik stel deze streefnorm als inspanningsverplichting daarom vast met ingang van 1 september en vraag de GGD om deze ook in de communicatie te hanteren. Ik zal de IGJ verzoeken om dit op te nemen in haar toetsingskader. Hiermee acht ik invulling te hebben gegeven aan de motie Veldman over doorlooptijden. Uiteraard informeer ik Uw Kamer bij belangrijke ontwikkelingen rondom doorlooptijden.

<sup>6</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 428

<sup>7</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 393

Naar aanleiding van de motie van lid Sazias om zorgmedewerkers met klachten met voorrang te testen<sup>8</sup> én het verzoek<sup>9</sup> van uw Kamer om binnen een maand geïnformeerd te worden over de uitwerking van deze motie, deel ik graag met uw Kamer hoe ik de uitwerking voor me zie. Ik heb aangegeven dat de uitvoerbaarheid problematisch is via de GGD teststraten, vanwege onwenselijke aanpassingen in het systeem die hiervoor nodig zijn. Ik wil nog wel verkennend in gesprek met GGD GHOR en ziekenhuizen of het afnemen en analyseren van de testen van alle zorgmedewerkers in ziekenhuizen uitvoerbaar is. Ook andere relevante zorgorganisaties worden hierbij betrokken. Ik zal uw Kamer op de hoogte houden van de voortgang van de uitwerking. Hiermee acht ik tevens de Kamervragen van het lid Kerstens van 17 augustus jl. beantwoord<sup>10</sup>.

### **Doel 3 en 4: voldoende capaciteit BCO en effectiviteit BCO**

Naast het testen is het traceren, oftewel het bron- en contactonderzoek (BCO), cruciaal in het onder controle houden van de verspreiding van het virus. Door potentieel besmette personen zo snel mogelijk op te sporen en hen te bewegen in quarantaine te gaan kunnen we voorkomen dat het virus zich exponentieel verspreidt en kunnen we de keten van besmettingen stoppen. Voldoende menskracht om het bron- en contactonderzoek bij de GGD-en uit te voeren is hiervoor uiteraard een randvoorwaarde. De afgelopen tijd zijn er dagelijks ongeveer 500 BCO uitgevoerd. Conform het plan doorontwikkeling en versnellen BCO-capaciteit gaan de GGD-en verder opschalen. De opschaling is erop gericht vanaf 1 september voldoende mankracht te hebben staan voor ongeveer het dubbele aantal BCO dan tot nu toe nodig bleek, en eind september drie keer zo veel, namelijk 1.500 BCO per dag. In de regio's waar sprake is van een hogere besmettingsgraad, kan extra capaciteit van de flexibele landelijke schil ingezet worden en kan bijstand verleend worden vanuit regio's waar de besmettingsdruk lager is. Verderop in de brief licht ik toe hoe de GGD-en op dit moment de opschaling en paraatheid van extra medewerkers versnellen.

Daarnaast is het van belang dat het BCO effectief wordt uitgevoerd. Hieronder versta ik dat het BCO snel wordt gestart, de nauwe contacten zo snel mogelijk worden geïnventariseerd en er zo snel mogelijk met hen contact wordt gezocht. Essentieel voor de bestrijding van het virus is dat nauwe contacten zich houden aan de gedragsadviezen, zoals in thuisquarantaine blijven en zich bij klachten laten testen.

Eind mei hebben de GGD'en een opschalingsplan gepresenteerd voor voldoende regionale en landelijke capaciteit om BCO uit te voeren. Bij het debat met uw Kamer op 12 augustus jl. heb ik u geïnformeerd over de stand van zaken van de uitvoering van het BCO door de regionale GGD-en. Ik heb een toelichting gegeven op de situatie zoals deze toen was in de GGD-regio's Rotterdam-Rijnmond en Amsterdam-Amstelland. En ik ben uitgebreid ingegaan op de opschaling van de landelijke capaciteit voor BCO en mijn opdracht aan GGD GHOR voor de herijking van de uitgangspunten in het plan van mei en versnelde uitvoering van dat plan. Tevens heb ik uw Kamer toegezegd u rond 1 september nader te informeren over deze herijking. Met deze brief voer ik deze toezegging uit.

<sup>8</sup> De motie van het lid Sazias over met voorrang testen van zorgpersoneel (Kamerstuk 25 295, nr. 487)

<sup>9</sup> Per brief van 12 augustus

<sup>10</sup> Kenmerk 2020Z14763

### *Laatste cijfers*

Allereerst wil ik u het beeld schetsen van het BCO van de afgelopen week (18 tot 25 augustus). Daaruit blijkt dat er 3.588 nieuwe meldingen van besmette personen zijn binnen gekomen. Daarnaast zijn er 433 actieve clusters<sup>11</sup> met een gemiddelde grootte van 5.4 personen per cluster (range 3–50). Een cluster is een groep van minimaal 3 patiënten gemeld als aan elkaar gerelateerd. De bron voor de meeste besmettingen is nog steeds te vinden in de thuissituatie (huisgenoten): bij 33% van alle clusters. De meeste andere besmettingen zijn clusters in verpleeghuizen, of het gevolg van contact op reis/vakantie (incl. medereizigers), met kennissen en vrienden, op het werk of met familie. Van de personen die tot een actief cluster behoren werd 31.5% via contactonderzoek bij de GGD opgespoord. Dit zijn landelijke cijfers. Uit het regionale beeld blijkt een concentratie van de meldingen van besmette personen in de regio's Amsterdam-Amstelland (689 meldingen), Rotterdam-Rijnmond (527), Haaglanden (401), Utrecht (250), Hart voor Brabant (205)<sup>12</sup>.

### *Stand van zaken uitvoering bron- en contactonderzoek in regio's met hoge besmettingsaantallen.*

Op 12 augustus jl. (Handelingen II 2019/20, nr. 93, Debat rondom het coronavirus) hebben uw Kamer en ik uitgebreid gesproken over de tijdelijke risicogerichte uitvoering van BCO in GGD-regio's Rotterdam-Rijnmond en Amsterdam-Amstelland. Uit analyse bleek dat de flexibele capaciteit aanwezig was in de landelijke schil, maar niet snel kon worden ingezet. Dit was deels te wijten aan de doorlooptijd en capaciteit van de opleiding van nieuwe medewerkers, en deels aan organiseren van praktische werkprocessen (onder hoge werkdruk) in het matchen van de vraag om capaciteit vanuit de regio's en de beschikbare landelijke capaciteit. Ik kan u melden dat de twee regio's inmiddels het BCO weer volgens de reguliere wijze uitvoeren.

Met het uitvoeren van het risicogerichte BCO in de betreffende regio's werd geborgd dat het doel van BCO, het zicht houden op de verspreiding van het virus en snel detecteren van risicovolle clusters, behaald kon blijven worden. Dat betekent voor de registratie dat regio's de administratieve last beperken en concreet, dat niet alle handelingen uit het BCO door GGD'en zelf werden uitgevoerd en daarmee niet worden geregistreerd. Doordat de besmettingsgraad na een snelle stijging inmiddels weer stabiliseert op een hoger niveau, biedt dit ruimte aan de regio's om het BCO op reguliere wijze te hervatten. Daarnaast is er een nieuwe werkverdeling, kan de landelijke capaciteit flexibeler inspringen en wordt er hulp geboden vanuit andere regio's. Tevens heeft Defensie bijstand verleend in de planning en andere logistieke zaken met betrekking tot de landelijke ondersteuning. Hierdoor is nu ook beter geborgd dat de landelijke capaciteit snel kan worden ingezet.

### *Plan voor doorontwikkeling en versnelling BCO capaciteit*

Zoals ik uw Kamer heb gemeld in het debat van 12 augustus jl. en mijn brief van 11 augustus jl. heb ik de GGD GHOR opdracht gegeven te komen tot een versnelling van het opschalingsplan en de herijking van de uitgangspunten van dit opschalingsplan. In de afgelopen weken is door GGD GHOR in samenwerking met de Alarmcentrales, het Rode Kruis en opleidingsinstituut NSPOH intensief gewerkt aan het versnellen van de opschaling. Het resultaat is een plan voor de doorontwikkeling BCO

<sup>11</sup> Peildatum 27 augustus 2020

<sup>12</sup> Cijfers RIVM dd. 27 augustus 2020

capaciteit. In dit plan beschrijft GGD GHOR hoe zij de opschaling versneld vormgeven en daarmee de paraatheid van BCO capaciteit versterken. Met onder andere het RIVM wordt verder gewerkt aan het integrale opschalingsplan Testen en BCO (oktober-december). Dit volgt half september.

Met deze brief bied ik u in de bijlage<sup>13</sup> het plan aan voor de doorontwikkeling en versnelling BCO capaciteit en geef ik uitvoering aan de motie van de leden Asscher, Marijnissen en Klaver met het verzoek om uw Kamer binnen 2 weken te laten weten hoe het bron- en contactonderzoek zal worden ingericht, welke doelen daarbij worden gesteld, wat hiervoor nodig is en per wanneer het bron- en contactonderzoek optimaal zal functioneren en voldoet aan de internationale standaard<sup>14</sup>. Tevens voldoe ik hiermee aan mijn toezegging aan de leden Klaver en Asscher om de uitgangspunten van het opschalingsplan tegen het licht te houden.

#### *Vergroten paraatheid BCO capaciteit*

Om de paraatheid en inzetbaarheid van BCO capaciteit te versterken heeft GGD GHOR een aantal wijzigingen aangebracht in de organisatie, het opleidingsmodel en de werkwijze. Daardoor is het nu mogelijk om sneller capaciteit vanuit de landelijke schil en capaciteit vanuit andere regio's in te zetten in regio's die te maken hebben met een groot aantal BCO. De volgende wijzigingen worden in het plan benoemd:

- de verandering in werkwijze betreft een **taakdifferentiatie**, waarbij de meest ervaren krachten in de regio wordt ingezet op de gesprekken met indexpatiënten en de clusters. Het opsporen van de bron bij clusters is namelijk cruciaal om zicht te houden op de verspreiding van het virus. Medewerkers uit de landelijke capaciteit worden ingezet voor de gesprekken met de contacten (afhankelijk van de risico-inschatting door de GGD). Met deze taakdifferentiatie wordt een flexibelere inzet van capaciteit georganiseerd en wordt ervoor gezorgd dat de meest complexe gevallen bij de meest ervaren medewerkers worden belegd.
- Meer mensen kunnen tegelijkertijd worden opgeleid door een slimmer **opleidingsmodel**, waarbij onder supervisie van een ervaren BCO-medewerker direct aan de slag gaan met BCO. Daarnaast is er aanzienlijk meer casuïstiek beschikbaar om mee te trainen.
- GGD'en werken toe naar een **«unitmodel»** waarbinnen samenwerkingsverbanden ontstaan tussen meerdere GGD-en, (bij voorkeur) één à twee alarmcentrales en het Rode Kruis. In deze units wordt nauw samengewerkt om de gevraagde BCO capaciteit te leveren en kan snel hulp geboden worden als bepaalde regio's in de knel dreigen te komen. Op dagdagelijkse basis worden in elke unit de verzoeken om hulp gematcht aan de beschikbare capaciteit. Met dit slimme samenwerkingsmodel is ook meer ruimte om ingewikkelde casuïstiek te bespreken, nadere clusteranalyses uit te voeren en om van elkaar te leren.
- De GGD'en reageren snel wanneer het virus op bepaalde plekken opnieuw oplaait. Met bovenstaande wijzigingen, is de GGD dusdanig ingericht dat zij sneller kan inspringen op het moment dat in bepaalde regio's een vergrootte BCO capaciteit nodig is.

Tijdens het debat van 12 augustus jl. hebben de leden Sazias en Van den Berg vragen gesteld t.a.v. het opleidingsniveau en salaris van BCO medewerkers. Het bron- en contactonderzoek is een medische handeling. Navraag bij GGD GHOR leert dat bij het opstellen van het functieprofiel een expertteam van artsen infectieziektebestrijding en verpleegkundigen is geraadpleegd. Uit dat functieprofiel blijkt een behoefte aan hbo-niveau.

<sup>13</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>14</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 472

De reden daarvoor is dat bij het uitvoeren van het BCO de medewerker in staat moet zijn om in verschillende casussen risico's in te schatten en daar een gedegen analyse van te maken. Uit navraag ten aanzien van het salaris blijkt dat er verschillen zijn per regio. Dit komt omdat zowel de regio's zelf werven, als de landelijke dienst. Er wordt gewerkt met verschillende partners met aparte contracten. De regionale GGD-en en de landelijke capaciteit hebben veel aanbod van mensen die willen helpen en selecteren hier dagelijks de mensen uit die zij in staat achten het BCO gedegen en professioneel uit te voeren. Ik heb geen signalen dat het de GGD-en ontbreekt aan aanbod voor BCO medewerkers. Dit geldt echter wel voor artsen infectieziektenbestrijding met een big-registratie.

### *Herijking uitgangspunten*

GGD GHOR heeft de afgelopen weken een deel van de uitgangspunten uit het opschalingsplan opnieuw tegen het licht gehouden. Dit betreft onder meer de uitgangspunten van 8 uur per BCO, het aantal contacten per BCO en het aantal testen dat uitgevoerd wordt c.q. dat een positieve uitslag kent en daarmee opvolging in een BCO vraagt. De belangrijkste wijziging die daar uit voorkomt betreft de gemiddelde duur van een BCO. Macro gezien voldoet de norm van 8 uur per BCO, echter in bepaalde regio's ligt deze gemiddelde duur hoger en in andere regio's ligt deze weer lager. Het geschatte aantal uur per BCO wordt gedifferentieerd en voor een aantal regio's verhoogd. Daarnaast wordt de paraatheid van de capaciteit versterkt. Hiermee kunnen de GGD-en het benodigde aantal BCO uitvoeren.

Hiermee is de herijking van de uitgangspunten nog niet afgerond. GGD GHOR werkt er continu aan om de uitgangspunten aan te laten sluiten bij de laatste ontwikkelingen van het virus. De prognoses van het RIVM over de testvraag en de mogelijke aantallen positieve testen van september 2020 tot maart 2021 kan impact hebben op de gehanteerde uitgangspunten. Het RIVM heeft een tool testindicatoren ontwikkeld waarmee de GGD 4 weken vooruit kan prognosticeren en vervolgens de benodigde capaciteit daarop kan afstemmen. Daarnaast hebben toekomstige beleidsmatige keuzes, die gemaakt zullen worden op basis van adviezen van het OMT, impact op de uitgangspunten. Ook ontwikkelingen zoals de doorlooptijden kunnen van invloed zijn op de BCO-capaciteit. Denk bijvoorbeeld aan een wijziging zoals de aanpassing van de quarantaineperiode. Deze is onlangs, op advies van het OMT, teruggebracht naar 10 dagen. Na overleg tussen RIVM en de GGD-en zal daarom in een aantal gevallen, namelijk als er minder dan 48 uur tussen 2 gesprekken zit, het derde gesprek vervallen. GGD GHOR zal in samenspraak met het RIVM en het ministerie maandelijks de uitgangspunten uit het opschalingsplan bekijken en bijstellen waar nodig. Op deze manier wordt er alles aan gedaan om de benodigde capaciteit voor BCO paraat te hebben staan.

Aan de heer Asscher heb ik tijdens het debat van 12 augustus jl. toegezegd te kijken naar de wijze waarop de opschaling van de BCO capaciteit in Duitsland wordt bepaald. Sinds het begin van de epidemie heeft Duitsland rond 5.900 fte extra ingezet verspreid over de 356 regionale GGD-en. Gebaseerd op de inwoneraantallen van de regio's. Daarnaast heeft het Robert Koch Instituut ook een programma op federaal niveau, volgens welke er 500 fte extra is om voor korte termijn op lokaal niveau te helpen bij knelpunten. Deze fte worden ingezet voor o.a. het bellen van contacten uit het BCO, uitvoeren van Corona testen en controle op de naleving van quarantaine. We zijn op dit moment nog in gesprek om de meest actuele informatie te achterhalen. Eerder heb ik u aangegeven dat de opschaling van BCO capaciteit in Nederland is berekend op de verwachte testvraag en het verwachte percentage besmettingen. Deze aantallen bepalen natuurlijk een-op-een

het aantal BCO casussen. Gekoppeld aan factoren zoals doorlooptijd van een BCO, aantallen contacten per index patiënt, wordt de benodigde capaciteit berekend. Regionaal zijn er, ook in Nederland, grote verschillen in besmettingspercentage.

Een rekensom op basis van de orde grootte aantal inwoners heeft het schijnbare voordeel van helderheid. Overigens merk ik hierbij op, dat de vergelijking tussen Duitsland en Nederland lastig te maken is omdat het takenpakket verschilt. Tevens neigt het naar een versimpeling van de complexiteit van de situatie zoals we die met name hebben gezien in de afgelopen weken. Een plotseling, snelle opleving in een regio vraagt om snelle opschaling van de capaciteit. Hiervoor is paraatheid van een flexibele schil van voldoende omvang belangrijk, snelle matching van de regionale vraag en landelijk capaciteitsaanbod, en met regelmaat beoordelen van prognoses. In het aankomende debat met uw Kamer zal ik u nader informeren over mijn standpunt ten aanzien van de wijze waarop in Duitsland de BCO capaciteit wordt bepaald.

### **Doel 5: verhogen testbereidheid**

Voor het doorbreken van de besmettingsketen is tot slot van belang dat mensen zich snel laten testen nadat zij besmet zijn geraakt met het virus. Tussen het begin van de klachten en het aanvragen van een test zitten nu soms enkele dagen. Daarom is testbereidheid ook van groot belang in het bestrijden van het virus. Om het testen zo laagdrempelig mogelijk aan te bieden, heeft de GGD GHOR per 1 juni een gratis telefoonnummer geopend, 0800–1202, waar iedereen met milde klachten zich kon melden voor een coronatest bij een GGD testlocatie in de buurt. Het telefoonnummer is 7 dagen per week van 8 tot 20 uur bereikbaar. Om het maken van afspraken nog laagdrempeliger te maken is op 12 augustus jl. een aparte coronatest website live gegaan om testafspraken te kunnen maken en uitslagen in te kunnen zien. Tevens wordt het callcenter achter 0800–1202 minder belast waardoor mensen die nog wel telefonisch een afspraak willen maken sneller worden geholpen en ook de terugkoppeling van de testuitslag sneller mogelijk is.

Om de testbereidheid te verhogen is in juni een massa-mediale publieks-campagne gestart, o.a. bestaande uit radio- en televisiespotjes, als deelcampagne van de Alleen Samen campagne. Ook werd de hoofdboodschap van de Alleen Samen campagne veranderd van «Bij klachten blijf thuis» naar «Bij klachten blijf thuis en laat je testen». Deze boodschap is doorgevoerd in alle communicatie uitingen van de rijksoverheid en werd ook actief verspreid via veiligheidsregio's, GGD'en en andere samenwerkingspartners. Gezien de grote toename in testen lijkt de campagne succesvol. Alle communicatie is in nauwe samenwerking tussen het Ministerie van VWS en GGD GHOR tot stand gekomen. Het aantal testlocaties is van 80 in juli naar inmiddels 152 uitgebreid om het makkelijker te maken een testlocatie te bezoeken. Iedereen kan om een afspraak te maken, bellen naar 0800–1202, of zelf online een afspraak inplannen. Hier wordt bekeken wat de locatiemogelijkheden zijn voor de betreffende persoon. Als er geen passende mogelijkheid bij zit, omdat men bijvoorbeeld beperkt mobiel is en niet met openbaar (taxi) vervoer kan reizen, dan wordt de betreffende persoon doorverbonden met de regionale GGD om samen tot een oplossing te komen. Wat dit is, verschilt per regio, voorbeelden: thuisbemonstering, pop-uplocatie, vervoer in samenwerking met het Rode Kruis of wellicht afname bij de GGD. Zo houden we het testen ook voor beperkt mobiele, laagdrempelig.

In de maand juli bleek o.a. uit onderzoek van de gedragsunit van het RIVM dat de testbereidheid, als men daadwerkelijk klachten had, achter bleef. Daarop is de campagneboodschap aangepast (met meer nadruk op

urgentie). Ook is de duur van de testcampagne verlengd naar september. Toen eind juli meerdere lokale clusters en oplevingen van het virus ontstonden, zijn lokaal extra communicatieactiviteiten ondernomen en zijn specifieke doelgroepen apart benaderd. Een voorbeeld is het verspreiden van social media spotjes gericht op jongeren en de boodschap via het Contactorgaan Moslims en Overheid (CMO) toen bleek dat er veel besmettingen waren binnen de islamitische gemeenschap.

De communicatiestrategie in het najaar is geënt op (begrip voor) het sentiment dat de langdurigheid van de situatie (en maatregelen waaraan men zich moet houden) mensen parten speelt. Dit wordt gecommuniceerd via TV, Radio, Online en social media. Er is daarbij speciale aandacht voor de doelgroep jongeren, jongeren met een migratie achtergrond en voor lastig bereikbare doelgroepen, zoals mensen met een lage sociaal economische ontwikkeling. De boodschap om je bij klachten te laten testen, blijft onderdeel uitmaken van de Alleen Samen campagne. Hiermee reageer ik ook op de motie van het lid Azarkan (Kamerstuk 25 295, nr. 492).

### **Doel 6: Zicht houden op performance**

Om het beleid rondom testen en traceren zo effectief mogelijk in te richten, is het van belang om zicht te houden op de uitvoering in regio (surveillance) en de resultaten van het beleid (performance). Hierover vindt frequent overleg plaats met het RIVM, GGD GHOR Nederland en de laboratoria. Er wordt continu bekeken welke indicatoren aangeven hoe de uitvoering verloopt en of de aanpak rondom het testen en traceren effectief is.

Daarbij wordt ook bekeken waar mogelijk verbeteringen bestaan. Veel van deze indicatoren worden reeds in het Coronadashboard weergegeven of door het RIVM gecommuniceerd via de wekelijkse rapportage van de epidemiologische situatie in Nederland. Het gaat hierbij om het leveren van indicatoren op de performance van het geheel, zoals de doorlooptijden van de keten en de prestaties van de landelijke programmaorganisatie over bijvoorbeeld de inzet landelijke capaciteit BCO. De indicatoren kunnen grofweg onderverdeeld worden in onderstaande categorieën en kunnen in meer detail worden uitgesplitst. Om zicht te houden vind ik in ieder geval de volgende indicatoren van belang:

#### *Omvang:*

- het (wekelijkse) aantal afgenomen testen;
- het (wekelijkse) aantal en percentage positieve testresultaten;
- het (wekelijkse) aantal en percentage opgestarte en afgeronde BCO;
- het percentage van mensen met klachten dat bereid is zich te laten testen

#### *Effectiviteit*

- tijd tussen het inplannen van een afspraak in de teststraat en de uitslag; de streefnorm is 48 uur.
- het percentage besmettingen dat is gevonden in het kader van bron- en contactonderzoek;
- de duur van het BCO. Hierbij is de streefnorm dat de contactinventarisatie van de indexpatiënt 24 uur na de start van het BCO is afgerond.

### **Slot**

Het duurzaam, flexibel en opschaalbaar inrichten van het testen en traceren in Nederland is een gezamenlijke uitdaging waar ik samen met de GGD'en, de laboratoria en het RIVM voor aan de lat sta. Met deze brief heb ik een overzicht geboden van de stappen die zijn genomen en van de

nog te ondernemen acties. Het virus blijft ons echter verrassen dus het is zeker niet ondenkbaar dat op een zeker moment een koerswijziging nodig gaat zijn. Ik blijf uw Kamer dan ook informeren over de voortgang en ontwikkelingen op het gebied van testen en traceren.

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