

Vergaderjaar 2020–2021

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 613

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 2 oktober 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 22 september 2020 gesprekken gevoerd over **update coronavirus**.

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Lodders
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn zestien leden der Kamer, te weten: Agema, Asscher, Baudet, Van den Berg, Diertens, Dik-Faber, Van Esch, Van Haga, Van Kooten-Arissen, Kröger, Kuzu, Lodders, Marijnissen, Van Otterloo, Van der Staaij en Veldman,

alsmede de heer Boel, de heer Van Dissel en de heer De Gouw.

Aanvang 12.30 uur.

De voorzitter:

Goedemiddag. Hartelijk welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is de technische briefing Update coronavirus. De briefing zal worden verzorgd door de heer Van Dissel. Hij heeft hier rechts van mij plaatsgenomen. De heer Van Dissel is directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. Hartelijk welkom. In een andere zaal zijn er nog twee sprekers, die deze technische briefing nu al volgen en straks aan tafel zullen schuiven. Dat zijn de heren Edwin Boel en Sjaak De Gouw. De heer Boel is projectleider van het Landelijk Coördinatieteam Diagnostische Keten. De heer De Gouw is directeur publieke gezondheid van GGD Hollands Midden. Ik wens u ook hartelijk welkom. Natuurlijk ook hartelijk welkom aan de leden hier vanmiddag en de mensen die deze technische briefing op afstand volgen. Welkom. Ik zou richting de leden willen opmerken dat wij een planning voor deze technische briefing hebben van 12.30 uur tot maximaal 15.00 uur. Vanaf 15.00 uur zijn de stemmingen, dus er zijn ook een aantal mensen die dan direct in de plenaire zaal verwacht worden. Ik ga dus proberen om dat in goede banen te leiden. Ik zou met u willen afspreken dat u maximaal twee vragen mag stellen. Mocht blijken dat het allemaal sneller gaat, dan kunnen we dat altijd aan het eind nog zien. Maar ik doe echt een beroep op u om een tweetal vragen te stellen. Dat kan in de eerste ronde dan wel de tweede ronde. De keuze is aan u.

Ik ga nu snel van start. Ik stel voor dat de heer Van Dissel met zijn presentatie aanvangt. Ik zeg voor de mensen thuis: de presentatie staat op de website van de Tweede Kamer, dus daar is die terug te vinden. Gaat uw gang, meneer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Mij is gevraagd om een update te geven en iets te vertellen over de tweede golf die we momenteel zien. Ik zal vooral ingaan op de epidemiologie van het aantal gevallen en daar zal ik wat beeldmateriaal bij gebruiken.

Het is weer enige tijd geleden, dus ik begin weer even met mijn inmiddels welbekende dia. Het enige wat we op deze dia steeds vernieuwen, is het globale totale aantal gevallen. Dat is ruim 31 miljoen. Zoals u weet, gaan we waarschijnlijk snel naar de 1 miljoen overleden personen. Het moge verder bekend verondersteld worden dat we het gaan hebben over het nieuwe coronavirus en de longontstekingen en het griepachtige ziektebeeld dat daarbij past, de overdracht van mens op mens en de piramide. Die piramide is van belang, omdat een groot deel van de personen weinig ziek is of vrijwel geen klachten heeft, waardoor een belangrijk deel van de problematiek zich onder de medische radar afspeelt, tenzij je je daar natuurlijk speciaal op richt. Dat maakt het buitengewoon ingewikkeld en ingrijpend om goeie interventies te verzinnen om uiteindelijk te voorkomen dat de top in de ic- en ziekenhuisopnames te groot wordt. U ziet preventie en behandeling. Die zijn natuurlijk vooral gericht op hygiëne. En ik denk ook dat wij communicatie niet voldoende kunnen benadrukken.

We gaan het hebben over de tweede golf. Ik wil u een artikel in herinnering roepen. Ik heb het daar in een van de zeventien bijeenkomsten hier al een keer over gehad. Dat artikel is van MIT Harvard. Het is van een mathematicus die een verhaal heeft geschreven over De Hamer en de Dans. Het ging er daarbij om dat tijdens de initiële toename er nog veel geleerd moest worden over het virus en dat het virus de gezondheidszorg zou kunnen overrompelen. Het was belangrijk om op dat moment met de mokerhamer te zorgen dat de infecties terugliepen, zoals de facto ook in Nederland is gebeurd. Het virus blijft vervolgens aanwezig, als het niet in je eigen land is, dan is het wel in andere landen en dan kan het geïmporteerd worden. Met het virus moet je dan een soort dans uitvoeren, zoals dat in dit artikel werd omschreven. Daarbij streef je ernaar om het reproductiegetal onder de 1 te houden, zodat het aantal gevallen niet toeneemt. Maar je kan niet voorkomen dat het daar soms overheen gaat. Het is met name een zoektocht naar de juiste maatregelen, de juiste communicatie en de juiste manier van het motiveren van de bevolking om zich aan basismaatregelen te houden, met soms een intensivering daarvan en dan wellicht weer een versoepeling. Dat is een dans die in feite doorgaat tot het vergezicht van groepsimmunitet, die hopelijk met vaccinatie kan worden bereikt.

U ziet op de slide een aantal dingen aangegeven waarvan ik denk dat ze heel herkenbaar zijn, ook voor de Nederlandse situatie. Rechtsboven heb ik even de actuele grafieken van Nederland geprojecteerd. De bovenste grafieken geven het aantal meldingen, waarbij natuurlijk een belangrijk verschil is dat per juni de teststraten open zijn en er dus veel meer getest wordt dan in de initiële fase. Toen richtte zich dat vooral op zorgverleners en zieke patiënten. U ziet de toename die we recent gezien hebben. Ik geloof dat we vandaag op een aantal van 2.250 nieuwe gevallen komen. Daar zit dus een duidelijke toename. Tegelijkertijd toont de tweede grafiek het aantal ziekenhuisopnames. Het lijkt in eerste instantie paradoxaal: in maart was dat aantal heel erg hoog, evenzo de opnames op de intensive care, maar u ziet dat het huidige aantal laag is, hoewel het wel wat stijgt. Die stijging zal ik straks ook laten zien. Maar ten opzichte van de eerdere golf in maart is er momenteel in de ziekenhuizen en op de ic's minder aan de hand dan tijdens de piek die u toen zag.

Wat hebben wij voor doelen afgesproken en wat is de strategie? Ik denk dat de strategie duidelijk is: wij willen het virus zo laag mogelijk krijgen. Wij realiseren ons dat we uitbraakjes nooit honderd procent zullen voorkomen. Je moet dus voorkomen en bestrijden. De groepsimmunitet is dan het vergezicht, dat waarschijnlijk door een vaccin tot stand moet worden gebracht. Die strategie is omgezet in een aantal praktische en concrete doelen, zoals het beschermen van kwetsbaren, het intact houden van de ziekenhuiszorg, het zicht houden op het virus en inzicht krijgen in de verspreiding. Daar zijn een aantal systemen voor ingericht. Die betreffen onder andere de surveillance, die u dagelijks kunt terugvinden op het zogenaamde dashboard van de rijksoverheid. Er zijn ook een aantal earlywarningsystemen. Die staan rechtsonder aangegeven. Die heb ik eerder besproken. Belangrijke onderdelen daarvan zijn natuurlijk het testen in teststraten, de Infectieradar, die hopelijk weer snel online is, en de surveillance op rioolwater, die nog steeds wordt uitgebreid. Aan de andere kant heb je ook dingen als gedragsonderzoek, dat met name inzicht moet geven in wat de meest optimale communicatie is. Je hebt ook verplaatsingsgegevens van telefoons. Dat speelt momenteel nog niet hier, maar in andere landen in Europa wel.

De systemen van surveillance op deze slide heb ik hier ook regelmatig getoond. Dat is allereerst het zogenaamde Osiris-systeem, waar het RIVM gebruik van maakt en de GGD gegevens voor levert. Inmiddels zijn zo'n 95.000 personen met bevestigde covid daarin opgenomen. Daarvan is ongeveer 13% opgenomen in het ziekenhuis met ongeveer 3.000 ic-opnames. U ziet dat het aantal overlijdens met of door covid hier op

ruim 6.200 is geprojecteerd. Dat getal gaat om bevestigde gevallen. U weet dat als je kijkt naar de CBS-getallen, dat natuurlijk wat hoger ligt. Behalve het Osiris-systeem kennen we ook de dagstaten. Dat is het systeem dat wordt gevuld door de monsters die in de microbiologische laboratoria bepaald worden. Daar kennen wij het totale aantal van. U ziet dat er inmiddels 2,2 miljoen bemonsteringen zijn gedaan, waarvan overall zo'n 4% positief is. De curve daaronder geeft even aan dat dat aanvankelijk natuurlijk hoog was, namelijk rond de 30%. Dat is toen gedaald naar een nadir van ongeveer 0,9, geloof ik. Die zit inmiddels weer op 5% of 6%, ondanks het feit dat bijvoorbeeld bij de teststraat het aantal bemonsteringen dat we doen, toeneemt. Dat is uiteraard zorgelijk. Daar kom ik zo op terug.

Aan de rechterzijde ziet u nog even de Nivelhuisartsenpeilstations. Dat gaat om een veertigtal huisartsen of praktijken die documenteren hoeveel patiënten er komen met acute luchtwegklachten. Dat ziet u daar aangegeven. U ziet daaronder met de kleurtjes nog eens uitgewerkt aangegeven wat dan als verwekker wordt gevonden van die klachten. Ook die personen worden bemonsterd en die monsters worden op het RIVM onderzocht op een aantal verwekkers. U ziet bijvoorbeeld dat de laatste tijd er niet zoveel patiënten worden aangemeld en gezien. Ik moet daarbij zeggen dat dat overigens deels ook kan komen omdat ze meteen naar de teststraat worden doorgestuurd. Maar het is in ieder geval laag. U ziet dat wat er bemonsterd wordt, vooral het rhinovirus betreft. Dat is een verwekker van neusverkoudheid, die momenteel speelt. De andere infecties, covid inbegrepen, worden in dit systeem eigenlijk niet meer gevonden, terwijl covid zeker in maart ook in dit systeem naar voren kwam. Althans, het wordt nog niet gevonden.

Dan kom ik weer even op de versoepeling. We hebben natuurlijk een intensivering van de maatregelen gekend en vervolgens, toen het terugliep, een versoepeling. Dat had een bepaalde logica. We hebben eerst de individu-individucontacten, dan de individu-groepcontacten en vervolgens de groep-groepcontacten weer opengezet. Er werd eerst meer buiten toegestaan en daarna binnen, en eerst meer lokaal, dan regionaal en dan nationaal. De logica daarachter is dat je het aantal contacten langzaam laat toenemen en het risico van de versoepeling op die manier klein gehouden kan worden. Maar op een gegeven moment heb je natuurlijk bijna alles versoepeld. Dat is de situatie waarin we recent zaten. Daar komen we zo op terug, maar we zagen toen natuurlijk toch weer een toename. Die versoepeling was ook mogelijk omdat we hoopten dat iedereen zich hield aan de basisregels die u daarboven ziet staan, zoals het houden van afstand, het vermijden van drukte en het bij klachten in isolatie gaan, dus niet meer naar je werk of naar de horeca en je laten testen. Dat soort maatregelen werden essentieel geacht om het laag te houden. U weet dat we vanuit gedragsonderzoek weten dat die maatregelen sterk onder druk staan.

Ik heb uit het dashboard één belangrijk gegeven gehaald: het reproductiegetal. Dat reproductiegetal baseerden we aanvankelijk op het aantal ziekenhuisopnames – dat ziet u aan de linkerzijde – en vervolgens op de meldingen in het Osiris-systeem. De pieken die u hier ziet, kunt u dus niet rechtstreeks vergelijken. Maar wat je daaruit kunt afleiden op grond van de al of niet geschatte of gerapporteerde eerste ziektedag van die personen, is het reproductiegetal. Dat ziet u aan de onderzijde. Het is bekend dat dat aanvankelijk rond de 2 tot 2,5 lag. Het daalde op 16 maart en ging toen door de 1. Dat betekende dat het aantal gevallen daarna zou afnemen en dat is natuurlijk ook gebeurd. Maar we hebben ook gezien dat het weer een aantal keren erdoorheen is gegaan. De laatste berekening is dat het momenteel op ongeveer 1,3 zit, 1,33 om precies te zijn. Dat is een schatting die noodzakelijkerwijs ongeveer twee weken teruggrijpt. De R was dus aanvankelijk hoog, maar toen was er nog een heleboel onbekend. Die is omlaag gebracht, maar uiteindelijk toch weer omhooggekomen.

Een belangrijk gegeven, zeker naar de toekomst toe, is om te trachten om die weer omlaag te krijgen.

U ziet hier het reproductiegetal in verschillende fasen en op verschillende tijdstippen, die daarboven genoemd staan. In augustus en september ziet u dat het over het hele land weer aan het toenemen is. Je hebt een aantal gegevens nodig om het reproductiegetal met zekerheid te kunnen bepalen. Die worden daaronder weergegeven. Maar het belangrijkste is, denk ik, dat het momenteel in heel Nederland boven de 1 is en dat het in een groot deel van Nederland significant boven de 1 is. Dat wil zeggen dat er voldoende gegevens zijn om dat met statistische significantie te kunnen zeggen. U ziet dat het vanuit het westen langzaam steeds meer gebieden is gaan betreffen.

Ik wil u ook nog een andere parameter tonen: de schatting van het totaal aantal besmettelijke patiënten in Nederland. Het is belangrijk om je te realiseren dat dit niet een zogenaamde incidentie is, maar een prevalentie. Dat wil zeggen dat je de patiënten telt die besmettelijk zijn. Die kunnen dat volgens dit model zeven dagen lang zijn. Je cumuleert daarmee het aantal besmettelijken. U kunt zien dat we in maart, naar schatting, op 250.000 tot 300.000 besmettelijke personen zaten. Dat heeft in ieder geval geleid tot de ziekenhuisopnames die u rechtsboven in de tweede grafiek ziet. Het gaat om de onderste grafiek daarvan. U ziet dat het gedaald is tot hele lage waarden, maar dat het daarna weer omhooggekomen is. De meest recente schatting is dat we weer tussen de 60.000 en 100.000 besmettelijke personen in Nederland hebben. Ik moet daarbij benadrukken dat dat een schatting is. Het geeft een orde van grootte aan. U moet het niet letterlijk tot drie cijfers achter de komma gaan doorrekenen, maar het geeft een schatting van het aantal besmettelijken. Om te laten zien dat dat ook wisselt op basis van hoe je het model vult met getallen, is rechts-onder weergegeven dat je die schatting kunt doen op grond van de Osiris-meldingen van de GGD en, inmiddels ook weer, op grond van de ziekenhuisopnames. U ziet dat er een overlap is tussen de beide schattingen, maar als je uitgaat van de ziekenhuisgetallen, dan valt de schatting toch beduidend lager uit dan wanneer je uitgaat van het Osiris-systeem. Het gaat, denk ik, niet om het exacte getal, maar wel om het overall beeld. Het getal ligt aanmerkelijk lager dan het getal uit maart, maar het is wel duidelijk aan het oplopen. Dat oplopen – ik kom daar zo nog op terug – is natuurlijk uiteindelijk ongewenst.

Hoe weten we het getal uit de grafiek linksonder? Je zou eigenlijk willen weten wat het totale aantal personen is dat inmiddels besmet is geweest. Dat weten we uit twee onderzoeken. Allereerst het zogenaamde Sanquin-onderzoek. Dat onderzoek voert Sanquin uit onder plasmadonoren. Ze kijken of de betreffende persoon antistoffen heeft tegen het SARS Corona Virus 2. Dat ziet u weergegeven op de heatmaps van Nederland op verschillende tijdstippen. Die tijdstippen komen weer overeen met de nummertjes op de grafiek, dus dan kunt u zien wanneer die ongeveer zijn bemonsterd. U ziet bovenaan in grafiek 2 dat het hoogste percentage positieven rond de 5,4 lag. Grafiek 2 linksonder laat de situatie zien van vlak na de hele grote piek die we in maart hebben gehad. Daarna was het aantal laag. Op de overige plaatjes van Sanquin Research zie je dat het aantal iets afneemt. Dat is op zich logisch, want je verwacht dat iemand antistoffen aanmaakt na een infectie. Daarna zie je eigenlijk altijd dat die antistoffen weer wat verdwijnen uit het bloed.

Je kan ook nog naar het type antistoffen kijken. Dat is hier weergegeven met IgM, de antistof die je als eerste aanmaakt bij een infectie. Dat is inderdaad hoog in de bovenste plaatjes en dat neemt af in de plaatjes onderaan, die de situatie tonen na de eerdere hoge piek. Dat is ook passend bij het verloop van een infectie. Je ziet dat die antistoffen komen en ook weer wat verdwijnen. De hoogste piek zat rond de 5,5%. Dat is waar we mee gerekend hebben. Dan kom je al met al op ongeveer 1 miljoen Nederlanders die geïnfecteerd zijn geweest met het SARS

coronavirus. Dat getal heb je weer nodig om de berekeningen te doen voor het aantal besmettelijken. Ik moet zeggen dat dat getal van Sanquin heel goed overeenkomt met de getallen die we binnen het PIENTER-onderzoek van het RIVM zelf terugvinden. Daarbij worden random personen, bij toeval bepaalde personen, in Nederland gevraagd om mee te werken aan een bloedafname en een vragenlijst. Ook daarbij komen we voor het SARS coronavirus op ongeveer 5% tot 6%. Dat getal is vanuit heel verschillende invalshoeken heel consistent. Dat betekent dat inmiddels ongeveer 1 miljoen Nederlanders het virus, de infectie, hebben doorgemaakt.

Ik neem u even mee naar de huidige toename van het aantal gevallen. Allereerst de spreiding op de kaart. U ziet alle gevallen tot afgelopen maandag en de gevallen van de afgelopen twee weken. Wat betreft alle gevallen tot en met afgelopen maandag: u ziet de spreiding over Nederland, maar aanvankelijk was het met name in de noordelijke provincies minder dan in de overige gebieden. U ziet dat de hoofdactiviteit in de afgelopen twee weken met name in Noord- en Zuid-Holland plaatsvond. Dat zal ik u zo nog laten zien. Maar ook op enkele andere plekken in Nederland zie je donkergekleurde haarden, ook in de regio Groningen, die eerder relatief niet was aangedaan. Het virus is in die zin meer aanwezig over heel Nederland, maar met name in het Randstedelijk gebied in het westen. Die toename ziet u weer in de grafieken. Dit is de toename in het aantal meldingen. Het aantal ziekenhuisopnames toon ik u zo. Die uitvergroting vanaf ongeveer 1 juli maakt duidelijk dat we eerst een toename hadden die tot een soort plateau kwam. Maar in de afgelopen weken zien we dat het eigenlijk steeds verder toeneemt. Hetzelfde geldt voor de ziekenhuisopnames. Je ziet hier alle ziekenhuisopnames tot nu toe en de opnames in de afgelopen twee weken. Gelukkig geeft dat nog een heel weinig ingekleurd beeld. Als je naar de grafiek rechtsboven kijkt, zie je de ziekenhuisopnames vanaf maart. In maart was er uiteraard de grote piek, die daarna erg afnam. Je moet een en ander uitvergroten om te zien dat er momenteel ook ziekenhuisopnames zijn, maar die zijn er natuurlijk wel degelijk. En we zien ook daar de afgelopen weken een duidelijke toename van het aantal. Dat is ook wat je van collegae in den lande hoort: dat ze inmiddels weer cohorten moeten opzetten, dat wil zeggen dat er aparte afdelingen worden gecreëerd waar covidpatiënten worden opgenomen en dat dit niet meer tussen de overige patiënten kan.

Als we dan inzoomen op de provincies, dan ziet u hier nog dat de meeste nieuwe gevallen zich momenteel in Noord-Holland, Zuid-Holland en Brabant voordoen. Dit is vanaf juli geprojecteerd, dus de eerste piek mis je hier. Maar als je zelfs zonder een vergrootglas naar de andere provincies kijkt, ziet u dat het ook daar begint op te lopen. In het kleine staasje linksonder staat het aantal personen bij wie de link een recente reis is, een verblijf in het buitenland in de afgelopen twee weken. Dat was na de vakantie natuurlijk even hoog, namelijk 15% tot 18%, maar dat is inmiddels weer afgenomen tot – ik kan het hiervandaan niet lezen – iets van 3,5%. Dus die piek hebben we zeker gehad. Maar we zien nu met name in deze provincies een toename.

En als je naar de leeftijden kijkt – en ook dat is in de afgelopen tijd natuurlijk uitvoerig gecommuniceerd – dan zie je dat de grote piek met name wordt veroorzaakt door de groep 20- tot pakweg 30-jarigen. Voorts zie je – en dat heb ik even met groen aangegeven – dat we bij de kinderen gelukkig heel weinig gevallen zien. Ook bij de ouderen, bij de groep van 70-plus, 80-plus, zien we nog weinig gevallen, maar ook daar zie je dat het toch wel wat begint toe te nemen.

Dan ziet u hier eigenlijk hetzelfde, namelijk de leeftijdsdistributie van de meldingen, ziekenhuisopnames en de personen die zijn komen te overlijden. Dan ziet u dat de meldingen het hoogst zijn in de groep jongvolwassenen. Het is heel laag tot het einde van de middelbare school,

daarna gaat het duidelijk omhoog. U ziet dat het bij de overige groepen de afgelopen twee weken redelijk stabiel was. Bij de heel ouderen was het nog gering. De ziekenhuisopnames betreffen natuurlijk toch de oudere personen, maar u ziet toch ook dat er patiënten vanaf 30 jaar worden opgenomen. Dus het is toch ook niet iets wat nooit problemen geeft. En degenen die komen te overlijden, zijn toch vooral de oudere personen. Het gemiddelde ligt daar rond 83 tot 85 jaar. Datzelfde ziet u in de tabel. Alleen, die tabel is over de afgelopen week terwijl de grafiek over de afgelopen twee weken is. Die tabel geeft eigenlijk exact hetzelfde beeld. Ik heb met de rode pijlen aangegeven waar de hoogste percentages zijn om opnieuw te laten zien wat de verdeling tussen jonge volwassenen, mensen van middelbare leeftijd en mensen van een hogere leeftijd is bij de meldingen, ziekenhuisopnames en de personen die kwamen te overlijden.

Dan nog een update van de verpleeghuizen en de woonzorgcentra. Daar hebben we natuurlijk in maart ook een toename gezien. Van de pakweg 2.500 huizen die hieronder vallen, hebben we in zo'n 900 huizen infecties gehad. Dat aantal is heel erg omlaaggegaan, maar ook daar zien we, zeker als het wordt uitvergroot, de laatste week weer een toename van het aantal gevallen. Dat geldt zowel voor de locaties die ten minste één persoon hebben waarbij dat speelt, als voor het totale aantal personen dat is aangedaan. Dat vindt u terug aan de rechterzijde, in de rechtergrafiek. Ook daar zien we, nadat het heel erg sporadisch was, toch weer een meer systematisch oplopen van het aantal gevallen.

Dan wil ik u nog een aantal dingen tonen die ook recent in het nieuws zijn geweest. Dat is allereerst de ligduur. De ligduur op verpleegafdelingen en op ic-afdelingen heeft uiteraard invloed op de capaciteit en op de capaciteitsberekening als het gaat om de vraag hoeveel ziekenhuizen aankunnen met het aantal bedden dat ze in principe beschikbaar kunnen hebben voor covid. Eerst de ligduur op de verpleegafdelingen. U ziet in het histogram de verdeling per maand vanaf maart. In de meest recente maand zitten natuurlijk personen die nog steeds zijn opgenomen. Dus die hebben een ander kleurtje gekregen. Maar wanneer u dat op de grafiek plot, ziet u dat nadat het aanvankelijk een heel klein beetje leek toe te nemen, er toch sprake is van waarschijnlijk wel een relevante afname. Maar die is relatief gering. Het gaat van ongeveer negen dagen op de verpleegafdeling in maart naar ongeveer zeven en een halve dag in de afgelopen maand. Dus iets afname, maar niet veel, op de verpleegafdelingen.

Als we dat dan vertalen naar de prognose met betrekking tot het aantal dat we kunnen verwachten – dat is dus doorgerekend tot ongeveer een maand van nu op grond van de trend die we momenteel zien – dan ziet u die 410 aangegeven op de linkergrafiek, die ook de initiële piek toont. Dat is zo ongeveer het aantal dat we momenteel hebben. Het zal iets hoger zijn, want ik heb het plaatje gisteren gemaakt. Als je dat ietsje meer uitvergroot en de getallen van NICE en Osiris bij de plot betreft – dat zijn de grafieken aan de rechterzijde, met name rechtsboven is het meest recente deel dat verstevigd en wat uitvergroot is – zie je dat we verwachten dat het aantal opnames toeneemt, tenzij er natuurlijk nieuwe maatregelen zouden worden genomen. U kunt ongeveer zien wat de orde van grootte van die toename is. Dat is natuurlijk wel degelijk weer een belasting.

Als je het vergelijkt met de eerste piek, ziet u dat dat daar, althans voorlopig, nog duidelijk onder blijft. Wat misschien ook belangrijk is, is dat het minder snel oploopt dan de heel steile curve die we in maart hadden. Dat komt natuurlijk toch omdat we inmiddels veel meer zicht op het virus hebben. Maar u ziet ook weer dat er toch nog een behoorlijke onzekerheid is. Want je bent geneigd om die blauwe, turquoise, lijn te volgen, maar het uiteindelijk gaat het natuurlijk om dat hele gebied dat in

die kleur gearceerd is. Dat is in principe het gebied waar 95% van de schattingen op zou uitkomen.

Het tweede, dat natuurlijk ook in maart belangrijk geweest is, zijn de ic-opnames. Ook daar opnieuw de opname van de patiënten in de verschillende maanden tot nu en de grafiek die daarvan gemaakt is. Dan ziet u dat inderdaad de ic-opname toch wel met ongeveer 30% is afgenomen, van bijna drie weken, zo'n twintig dagen, tot inmiddels net onder de twee weken. Dus daar is sprake van een duidelijke afname van de gemiddelde opnameduur. In theorie zou je dan kunnen zeggen dat je wanneer je het berekend hebt op 21 dagen en het nu 14 dagen is, je 30% meer capaciteit zou hebben omdat men korter op de ic verblijft. Daar is nog wel een opmerking bij te plaatsen. Je hoopt natuurlijk dat dit ook het effect is van bijvoorbeeld behandelingen die inmiddels zijn opgestart. Het zou ook kunnen – dat effect zit zeker in de NICE-rapportage hierover – dat er ook jongeren, meer dan ouderen, zijn opgenomen momenteel, wat ook maakt dat je verwacht dat ze wellicht wat korter zijn opgenomen. Dat effect zal zich nog moeten verzilveren, maar het lijkt erop dat er toch wel enige afname is.

Dan ook weer voor de ic's prognose naar de toekomst toe. Gisteren zaten we rond de 85. Dat zal dus weer ietsje hoger zijn vandaag. Ook daar ziet u de curve weer oplopen. Veel minder steil dan in maart gelukkig, maar er is wel weer een duidelijke toename. Dat is toch, zeker op langere termijn, met het feit dat dit virus zich natuurlijk met een exponent doet toenemen en vermenigvuldigt, uiteraard iets om op te acteren.

Dan is natuurlijk de vraag wat dat acteren dan zou moeten zijn. Ik laat u hier in deze grafiek een aantal dingen nog even zien. Allereerst natuurlijk de afbouwmaatregelen, die vanaf mei zijn begonnen. In het Google Mobility Report kan je op grond van een aantal parameters een idee krijgen van hoe letterlijk het publiek reageert op maatregelen die afgekondigd zijn. Dan ziet u dat op het publieke transport, op het aanwezig zijn op het werk en ook op het aanwezig zijn thuis er aanvankelijk grote veranderingen waren, in de zin dat gebruikmaken van bussen en treinen en dergelijke met bijna de helft terugliep. U ziet dat dat inmiddels toch weer wat, letterlijk, naar de normaalwaarde is teruggegaan. U ziet dat waar men eerst waarschijnlijk toch beduidend meer thuis ging werken, wat zich uit in een negatieve waarde voor «places of work» en een positieve waarde voor «places of residence», dat eigenlijk helemaal weg is.

Wat je hieruit zou kunnen afleiden – dat is natuurlijk een proxymaat, een maat die ons op afstand er iets over zegt – is dat waar bijvoorbeeld initieel veel thuis werd gewerkt en minder gebruik werd gemaakt van het publieke transport, men meer thuis aanwezig was – dat uit zich in de getallen die u hier ziet – er bij de laatste meting – die is van ongeveer anderhalve week terug – toch weer in belangrijke mate terug is gegaan naar de waarde die het in bij wijze van spreken januari had, met eigenlijk geen verandering meer in het thuis zijn en het weer op het werk zijn, want dat is niet meer negatief. Daarbij wordt nog wel – dat is wel een verandering – ongeveer 20% minder gebruikgemaakt van het publieke transport blijkbaar. Dit zijn ook weer inschattingen en afgeleide parameters, maar u ziet dat toch duidelijk synchroon lopen met het gevoel dat we allemaal hebben dat de basismaatregelen, maar ook een advies als «werk thuis als dat kan», minder worden opgevolgd.

Ten slotte ziet u rechtsboven nog een grafiek die op Oxford University gemaakt is over een aantal landen. Het is zeker niet heel Europa dat hier getoond wordt, maar bijvoorbeeld Spanje en Frankrijk versus Nederland versus Zweden. De maat van stringentie van de lockdown is geprojecteerd en ook het weer versoepelen van de maatregelen. Dan ziet u dat Nederland – dat werd natuurlijk als een van de laatste landen in Europa met het eerste geval geconfronteerd en is in verband daarmee wat later gestart, maar kent eigenlijk dezelfde opbouw van lockdownmaatregelen

als de meeste andere landen – duidelijk aan de milde zijde zit. Dat is natuurlijk ook zo. In Spanje en Frankrijk had je soms papertjes van de burgemeester nodig om naar de supermarkt te gaan. Zo is het in Nederland natuurlijk nooit geweest. We hebben een veel mildere vorm gehad en vervolgens een afbouw die gelijk liep. U ziet ook dat Zweden natuurlijk wel degelijk wat gedaan heeft, maar weer veel minder dan de andere Europese landen. Dat is ongetwijfeld iets wat uitvoerig zal worden geëvalueerd, maar even weer samengaand met het opvolgen van een advies als «werk thuis» wilde ik u dat even tonen.

Dan is het natuurlijk een beetje de vraag waar we momenteel staan. Dan ben ik bij mijn laatste overzichtsdiagram wat mij betreft. Wat we de afgelopen weken zien, is een evidente toename van het aantal bevestigde gevallen, met name in de jongere leeftijdsgroepen. Die toename is zeker niet alleen maar toe te schrijven – misschien voor een klein deel – aan het feit dat er veel meer getest wordt. Waarom niet? Omdat we zien dat ondanks het feit dat er veel meer getest wordt, het percentage positieve testen ook oploopt. Het is ook duidelijk dat dit een toename is die niet alleen in Nederland optreedt, maar die eigenlijk in alle Europese landen momenteel speelt. Behalve, in ieder geval op dit moment nog, in Zweden, maar bijvoorbeeld ook weer in Denemarken. Dat zou dus nog uitgesteld kunnen zijn. Zeker in Frankrijk en Spanje ziet u natuurlijk dat alweer lokale lockdownmaatregelen worden genomen en in het zuiden van Frankrijk moeten de ziekenhuizen en de IC's weer gaan opschalen. Daar heeft eigenlijk het beeld van eerst jongeren, maar later het feit dat toch de infecties niet beperkt blijven, maar gaan overlopen in de andere leeftijdsgroepen, een belangrijke rol in. Dat is iets wat we in Nederland eigenlijk ook al beginnen te zien.

Ik heb ook genoemd dat de schatting is dat we – nogmaals, dat is een schatting – tussen de 60.000 en 100.000 mensen in Nederland hebben die momenteel besmet zijn met het coronavirus. Als je die schatting vergelijkt met een schatting die ik net op de BBC-website las na een persconferentie in Engeland, zie je dat ze eigenlijk op dezelfde getallen uitkomen. Engeland zit wat betreft het aantal nieuwe infecties ook redelijk in de range van Nederland nog. Dus ook daar worden dit soort getallen genoemd. Ik heb al genoemd dat al met al ongeveer 1 miljoen Nederlanders de infectie hebben doorgemaakt en antistoffen hebben ontwikkeld tegen het virus. Ik wil ook nog wel even noemen – want dat komt ook nog weleens terug in de media – dat het virus milder zou zijn. Ik denk dat we daar eigenlijk geen enkele aanwijzing voor hebben, en niet alleen op grond van de sequentiebepalingen van het virus. Er treedt natuurlijk wel degelijk een genetische variatie op. Dat is ook wat je verwacht bij een dergelijk virus, maar er wordt natuurlijk steeds gekeken of die variatie een eiwit is. Die zijn essentieel voor de pathogeniciteit, voor het ziekmakend vermogen, van het virus. Dat lijkt niet het geval. Ook vanuit de epidemiologie hebben we geen aanwijzingen dat het virus zich nu anders gedraagt dan in maart.

Dus al met al denk ik dat we toch wel een kantelpunt zitten, waarbij het belangrijk is om aanvullende maatregelen te nemen en daarover na te denken. Dat is natuurlijk ook wat afgelopen vrijdag gedaan is, waarbij zich dat met name in de regio's afspeelt. Ik denk dat als één maatregel van belang is, dat toch is communicatie over de basisregels, om duidelijk te maken dat een intrinsieke motivatie om die te blijven uitvoeren van uitermate groot belang wordt geacht om dit virus er weer onder te krijgen. Zonder dat zou je weer een escalatie krijgen tot maatregelen die je gezien de maatschappelijke impact en ook de economische impact, afgeleid, niet zou willen nemen.

Daarbij wilde ik het laten. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan dank ik de heer Van Dissel hartelijk voor zijn presentatie, de toelichting op de update tweede golf. Dan geef ik de leden de gelegenheid tot het stellen van vragen. U weet het: u heeft twee vragen, in deze of de volgende ronde, dus geef aan als u in de volgende ronde een vraag zou willen stellen. Ik begin bij mevrouw Agema, namens de fractie van de PVV. Gaat uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. De heer Van Dissel spreekt over een tweede golf en we zijn allemaal heel erg bang dat dat gebeurt. Er zijn drie miljoen mensen in Nederland die een ernstig risico lopen van een ernstig verloop van de ziekte.

Wat mij opvalt bij deze zeventiende technische briefing, is dat de heer Van Dissel eigenlijk altijd bij zijn zelfde maatregelenpakket blijft. Als het niet werkt, is het iedere keer de schuld van iemand anders, bijvoorbeeld dat mensen niet thuis zijn gaan werken. De schuld ligt altijd bij het niet-naleven van deze set maatregelen.

Maar we hebben hem ook heel vaak gevraagd naar de rol van besmetting via microdruppels. Nou is het zo dat de Duitse bondskanselier Merkel de belangrijke rol daarvan wel erkent, in tegenstelling tot Nederland en het OMT. Wat mij zo verbaast, als je het hebt over dat pakket aan maatregelen, is dat in het 77ste advies van het OMT, afgelopen vrijdag, niet geadviseerd wordt aan mensen die in de risicogroep vallen, om preventief mondkapjes te gebruiken.

De heer Van Dissel blijft bij de maatregel van 1,5 meter, maar zegt niet dat het in slecht geventileerde binnenruimtes – want in buitenruimte heb je nauwelijks besmetting – misschien verstandig zou zijn voor mensen in de risicogroepen om een mondkapje op te zetten. Dan zegt hij gewoon: niet doen. Mijn vraag aan de heer Van Dissel is: waarom blijft hij nou altijd bij hetzelfde maatregelenpakket?

De heer **Van Dissel**:

Ik weet niet of ik elke keer bij hetzelfde maatregelenpakket blijf, want ik heb er niet veel genoemd. Ik heb hier alleen opnieuw de basismaatregelen die wij van essentieel belang vinden, getoond. De reden dat wij die van essentieel belang achten, is dat we het daarmee onder de knie hebben gekregen.

U noemt de microdruppels en verwijst naar aerosols waarmee de besmettingen plaatsvinden. De vraag is alleen of die aerosols op kortere afstand zijn of dat er zogenaamde aerogene verspreiding is. Dan gaan er hele kleine druppels in de lucht hangen en dan gaat die infectie op veel grotere afstand spelen. Kijk, de vraag is of dat relevant is. We hebben het in ieder geval niet teruggezien bij het tot staan brengen en vervolgens terugbrengen van de infecties in maart. Tweede punt is: als we daarvan uitgaan, dan zegt u impliciet ook dat de hele horeca bijvoorbeeld dicht zou moeten. Ik weet niet of dat uw bedoeling is. Als deze infectie zich...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat heb ik niet gezegd.

De heer **Van Dissel**:

Nee, maar ik geef maar even aan...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Er is ook nog zoiets als ventilatie. Daar roept Angela Merkel toe op. Niet dit soort dingen in mijn schoot gooien.

De heer **Van Dissel**:

Als er sprake is van aerogene verspreiding, dan is ventilatie sec niet voldoende, dan moeten we patiënten in strikte isolatie in ziekenhuizen

opnemen. Dat hebben we ook niet gedaan tijdens deze hele uitbraak. Als dat een rol had gespeeld, hadden we in ziekenhuizen een geweldige verspreiding gezien die we niet gezien hebben. Er zijn een heleboel argumenten op grond van de epidemiologie en van de kennis van infectieziekten die maken dat de discussie niet is of microdruppels soms een rol kunnen spelen, maar zij hebben het beloop van deze uitbraak niet bepaald. Daar willen we toch aan vasthouden, gezien de consequenties. Als dat wel zo zou zijn, en dat is bijvoorbeeld bij waterpokken of bij mazelen het geval, dan moet je hele andere maatregelen nemen, die vele malen strenger zijn, ook in de binnenruimte, dan momenteel mogelijk is. Ik denk dat dat een essentieel punt is.

Dan het punt van de mondkapjes, wat u noemde. Aan het OMT is de vraag gesteld of er van rijkswege dringend moest worden geadviseerd om mondkapjes te gebruiken. Er zijn risicogroepen bekend in Nederland uit de onderzoeken, kijkend naar ziekenhuisopnames en naar personen op de ic. Deze zijn dermate diffuus en slecht gedefinieerd dat dit er ten minste drie miljoen zouden zijn; u noemt drie miljoen. Als je kijkt naar de influenzavaccinatie, ter vergelijking, is dat zelfs nog beduidend hoger. Dan zou ruim een derde van Nederland op een of andere manier in die groep vallen.

Opnieuw is dan de vraag: we hebben dat niet gezien in maart, waarom moeten we al die maatregelen nu anders kiezen, terwijl we weten dat deze maatregelen essentieel zijn en werken? 1,5 meter is iets waar de horeca zich inmiddels in belangrijke mate op heeft ingesteld. Dat is gewoon een maatregel waarvan wij weten dat die effect heeft op de grotere druppels. De grotere druppels komen consequent naar voren als zijnde de belangrijkste verspreidingsroute. Wij zien daarvoor op dit moment dus gewoon geen rol.

De voorzitter:

Dank u wel. U wilde ook uw tweede vraag stellen? Gaat uw gang, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Het is heel wonderlijk dat er in zeventien technische briefings geen enkel voortschrijdend inzicht is bij de heer Van Dissel. Angela Merkel zegt bijvoorbeeld: «wir wissen inzwischen dass die Aerosolen bei Corona eine grosse Rolle spielen». Zij zegt dat de nieuwe inzichten over die microdruppels gevolgd moeten worden door passende maatregelen te nemen, zoals luchtverversing, en dat de Duitse regering die ook gaat nemen. Je ziet in Duitsland dat het aantal ic-opnames daar ook is toegenomen, de afgelopen twee weken, maar met 17%, terwijl dat bij ons is toegenomen met 110%. Dat is een heel groot verschil. Als je die persoonlijke beschermingsrichtlijn ziet in Nederland, dan is die ter bescherming van de medewerkers bij een hoestende, niezende patiënt, verdacht van COVID-19, maar er staat nog altijd dat het niet nodig is wanneer de afstand tot de patiënt meer dan 1,5 meter is en bij het snel aangeven aan een patiënt of iemand te hulp schieten.

We zien die tweede golf recht op ons afkomen en toch blijft de heer Van Dissel, zeventien technische briefings lang, bij hetzelfde maatregelenpakket. En als het even niet lukt, dan krijgen de jongeren of de studenten of de horeca de schuld.

De voorzitter:

Ik wil u verzoeken om uw vraag te stellen, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Mijn vraag is waarom de heer Van Dissel niet het Duitse voorbeeld volgt en gaat voor het promoten van ventilatie, om zo het aantal besmettingen terug te brengen, waardoor we wellicht de tweede golf kunnen keren.

De heer **Van Dissel**:

Voor de duidelijkheid: als Angela Merkel over aerosolen praat, heeft zij het over precies hetzelfde als waar wij het over hebben. Aerosolen is namelijk helemaal niet het begrip dat hier belangrijke consequenties heeft. Wij zeggen ook dat het via aerosolen komt, alleen via aerosolen met grote druppels. Het gaat er niet om of er aerosole verspreiding is, want dat is per definitie zo, het gaat erom of het aerogeen verspreid wordt en dat heb ik Angela Merkel niet horen vertellen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik hoor opnieuw dat de heer Van Dissel onduidelijkheid schept door in te gaan op begripsbepalingen, maar mijn vraag ging over het volgende. Angela Merkel roept op tot ventilatie. Dat is een duidelijk andere maatregel dan het maatregelenpakket van het RIVM. En daarbij heb ik gevraagd: waarom adviseer je de mensen die het meest risico lopen niet om een mondkapje op te zetten in binnenruimtes?

De **voorzitter**:

Uw punt is helder.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Op allebei de vragen geeft de heer Van Dissel geen antwoord. Hij verzandt in een discussie over terminologie. Het gaat er natuurlijk om dat in Duitsland de belangrijke rol van microdruppels bij de besmetting wel erkend wordt.

De **voorzitter**:

Uw punt is duidelijk. Een korte reactie, meneer Van Dissel?

De heer **Van Dissel**:

Zeker. Ik wil wel benadrukken dat wij over ventilatie een heleboel hebben gezegd, dat kunt u ook terugvinden op de website. We hebben ook een heleboel geïnitieerd bij sportscholen en op scholen zelf. Er is niemand in het OMT die ventilatie niet een belangrijke rol toekent, dus dat verwijt begrijp ik niet. Daar hebben we ook veel op geacteerd.

Ik probeer helemaal niet verwarring te scheppen. Een aerosol is een verzameling van druppels in een ruimte. De essentie van de consequentie die mevrouw Agema daaraan wil geven, is dat het gaat om de zogenaamde microdruppels in aerosol, die als ze relevant zijn, leiden tot aerogene besmetting. Dat is geen gegoochel met woorden. Dat zijn voor medici gewoon standaardtermen, die...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Voorzitter, dit hoeft echt niet op deze manier...

De **voorzitter**:

Nee, mevrouw Agema, ik sta deze interruptie niet toe.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik heb het al die tijd gehad over aerogene transmissie. Ik hoef hier niet op deze manier «bedisseld» te worden.

De **voorzitter**:

Nee, maar ik sta verder geen discussie toe. Dit is een technische briefing, voor het uitwisselen van informatie, dus ik wil graag...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Maar mijn vraag hierover was: waarom geen mondkapjes voor de mensen die risico lopen op een ernstig verloop? En...

De voorzitter:

Uw punt is duidelijk, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

... waarom niet oproepen tot ventilatie? Want het kan wel hier en daar in een richtlijn staan, maar het staat niet bij deze vijf belangrijkste punten. Het zijn twee hele normale vragen die ik heb gesteld en...

De voorzitter:

Dank u wel.

Mevrouw **Agema** (PVV):

... vervolgens word ik inderdaad «bedisseld» over terminologie.

De voorzitter:

Ik sta verder geen discussie toe. Ik kijk of de heer Van Dissel nog kort wil reageren. Anders ga ik naar de volgende spreker toe. De discussie zal echt plaats moeten vinden tijdens het debat en daar hebben we vanavond ruimschoots de gelegenheid voor.

De heer Van Dissel:

Nogmaals, ik wil benadrukken dat wij ventilatie uitermate belangrijk vinden. Dat kunt u ook in onze stukken terugvinden.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Marijnissen. Zij spreekt namens de fractie van de SP. Gaat uw gang.

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Mijn vraag gaat over de richtlijnen van het RIVM voor de inzet van beschermende middelen in de ouderenzorg. Mijn vraag is waarom de RIVM-richtlijn aanvankelijk zodanig was dat bij zogenaamd vluchtig contact in de ouderenzorg en verpleeghuizen beschermende materialen niet nodig zouden zijn, maar die nu volgens de richtlijn wel nodig zijn. Ik vraag dat tegen de achtergrond van onze vragen over de schaarste, want wij hebben vaak geïnformeerd of de aanwezige schaarste, het tekort aan middelen, van invloed was op de RIVM-richtlijn. Er is ons steeds verzekerd dat dat niet het geval is, dat de richtlijnen sec gebaseerd zijn op medisch-wetenschappelijke inzichten. Waarom is die richtlijn nu dan aangepast?

De heer Van Dissel:

Ik kan mij die vraag heel goed voorstellen na de ophef die dit gegeven heeft. Dat vinden wij ook heel vervelend. Mag ik u nog even meenemen in hoe de richtlijn tot stand is gekomen? Wat bij richtlijnen gebeurt – dat kan ook niet anders; dat kan ik u straks ook illustreren – is dat er een medisch-biologische afweging van risico's wordt gemaakt. Die risico's zijn gebaseerd op enerzijds kennis van overdracht en anderzijds gegevens vanuit de epidemiologie. Wat weten we bijvoorbeeld over de overdracht? Als in een huishouden iemand besmet blijkt met covid en er geen enkele maatregel wordt genomen, wordt van dat huishouden tot ongeveer 15% besmet, terwijl die personen dagen achtereen in intensief contact zijn met de aangedane persoon. Als iemand daar gedurende een bepaalde tijd een contact heeft gehad binnen de 1,5 meter, maar verder buiten dat huishouden is gebleven, dan daalt dat risico al in zeer belangrijke mate, namelijk tot ongeveer 5%. De derde groep is de groep die in zo'n huishouden is geweest, maar buiten de 1,5 meter is gebleven. Daar is de infectie dermate weinig frequent dat die bijvoorbeeld ook in het bron- en contactonderzoek niet wordt meegenomen, omdat dat gewoon onvoldoende oplevert.

Als dan een dergelijke maatregel moet worden opgesteld, kijk je naar het risicoprofiel van personen die in zo'n huishouden komen. Zoals u weet, is het enige wat veranderd is, iets wat geschrapt is, namelijk als iemand buiten de 1,5 meter treedt en vluchtig – dat is, achteraf, misschien een ongelukkige term geweest – iets moet aanraken of neerzetten binnen die 1,5 meter. Dat maakte desalniettemin dat het medisch risico als zeer gering werd beoordeeld. Dat is gewoon een beoordeling. Als je ervan uitgaat dat het gebruik van mondkapjes medisch gezien dan niet geïndiceerd is, is een volgende stap: wat is dan gepast gebruik, gegeven die risico-inschatting? Daarbij was de conclusie gewoon dat het op dat moment niet nodig was.

U vraagt, terecht, waarom het nu dan wel nodig is en of het verband heeft met de beschikbaarheid van die materialen. Dan is mijn antwoord toch «nee». Wat opviel, is dat er onrust was over deze richtlijn. Dat wil ik helemaal niet ontkennen, want dat was gewoon zo. Dat komt ook doordat men moeite had om vast te stellen wat nou eigenlijk wordt verstaan onder iets even «vluchtig» binnen die 1,5 meter doen. Bovendien – dat was ook wel een belangrijk gegeven om het uiteindelijk toch te schrappen – realiseerde men zich dat het onderscheid lastig was. Als je daar bent en even binnen die 1,5 meter zit, kan zo'n patiënt zeggen «je moet me ook even rechtop zetten», of iets dergelijks. Kortom, in de praktijk bleek dat het verrichten van verpleegkundige handelingen bij de patiënt, waarvoor het allemaal wel geïndiceerd was, en deze specifieke situatie niet goed uit elkaar te houden waren. Een tweede reden was dat duidelijk werd dat er in ziekenhuizen wel voor werd gekozen. Daar moet ik wel aan toevoegen dat patiënten in ziekenhuizen vaak vernevelingen krijgen, of zuurstof met een bepaalde snelheid, waarbij ook andere risico's spelen. Maar omdat daar in de beroepsgroepen naar verwezen werd en er onbegrip was voor waarom dat anders was, is die richtlijn aangepast.

Die richtlijn wordt, na aanpassing, rondgestuurd. Dan hoop je dat die gelezen wordt en dat men veranderingen oppikt, want daarom stuur je hem opnieuw rond. Wat, denk ik, een tekortkoming is geweest, is dat in die rondsturing niet expliciet genoemd is dat ook dit specifieke aspect veranderd was. Achteraf gezien was dat op z'n minst onhandig, om niet te zeggen fout. Dat is gewoon stom geweest. Dat had wel moeten gebeuren, denk ik, zeker terugkijkend. Maar zo is het gelopen.

De voorzitter:

Dank u wel. Wilt u nu ook uw tweede vraag stellen, mevrouw Marijnissen?

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Ja, graag, voorzitter. Ik begrijp wat de heer Van Dissel zegt, maar het heeft natuurlijk vergaande gevolgen, niet zozeer voor ons, als wel voor al die mensen die op pad zijn gestuurd door hun werkgever, die met de RIVM-richtlijn in de hand gedacht heeft: dit zou op een veilige manier moeten kunnen; immers, in de RIVM-richtlijn staat dat het kan. Als blijkt dat er nu toch een andere weging is of een andere inschatting wordt gemaakt en de richtlijn wordt aangepast, maar de beroepsgroep, de mensen die dagelijks vooropgaan voor ons om het virus onder controle te krijgen, de zorgverleners, daar niet actief over worden geïnformeerd, leidt dat niet alleen tot onbegrip, maar ook tot heel veel vragen. Het is natuurlijk niet voor het eerst dat hiernaar is gevraagd. Heel vaak is er door ons, maar ook door zorgverleners, gevraagd: hoe kan het nou dat dit in Nederland zo is? Want de WHO en het ECDC hebben geen uitzondering voor vluchtig contact. Ik zou de heer Van Dissel dus toch willen vragen of hij iets meer duidelijkheid kan geven.

In de berichtgeving wordt ook gezegd dat een telefoontje van de heer Kluytmans de reden zou zijn voor het aanpassen van die richtlijn. Is dat zo? Want het leidt bij ons natuurlijk wel tot veel vragen.

De **voorzitter**:

Helder.

De heer **Van Dissel**:

Of het alleen dat telefoontje is, kan ik u echt niet zeggen. Dat zal moeten worden nagekeken. Maar ik wil gewoon benadrukken dat er onrust over deze richtlijn was. Dat erkennen wij zonder meer. Ik begrijp ook dat dat tot ongewenste situaties heeft geleid. Dat neemt niet weg dat de beoordeling was zoals die was. We hebben het willen gelijktrekken met hoe het in ziekenhuizen was, ofschoon ik echt denk dat de situatie daar anders is en de risico's daar groter zijn. Maar ik begrijp dat het onrust geeft als er tussen zorgverleners verschillen komen die niet meteen evident zijn. Dat is de reden geweest om het te veranderen. Ik kan het niet mooier of anders maken dan hoe ik het vertel. We zullen het ongetwijfeld verder evalueren, maar dit is wat ik er nu van kan zeggen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Veldman. Ik zie de heer Asscher ook.

De heer **Asscher** (PvdA):

Ik wou de heer Veldman vragen of zijn vraag ook over exact dit punt gaat. Anders zou ik willen vragen of ik nu mag.

De **voorzitter**:

De heer Veldman heeft er geen probleem mee als u eerst gaat, begrijp ik. Gaat uw gang, meneer Asscher.

De heer **Asscher** (PvdA):

Zeer bedankt. Anders wordt er heen en weer gesprongen en wordt het zo warrig.

Ik hoor de heer Van Dissel zeggen: we vonden het veilig, want we hadden gezien dat in maar 15% van de thuisituaties besmetting plaatsvindt en als het kortdurend is en buiten de 1,5 meter, nog minder; bovendien is het onder de 1% als het nog minder wordt. Maar ik begrijp dat niet, want dit is een richtlijn uit maart en al die gegevens zijn pas opgebouwd na juni, toen er bron- en contactonderzoek werd gedaan. Als het gaat over patiënten die verdacht worden van covid, snap ik niet waarom je niet vanuit het voorzorgsprincipe zou zeggen: ook bij kortdurende, vluchtige contacten zijn er beschermingsmiddelen nodig als iemand daar ligt te hoesten. Waarop is de inschatting dan gebaseerd, behalve op toekomstige kennis, die er toen nog niet was?

De heer **Van Dissel**:

Dat er toekomstige kennis is, is echt niet juist. Want wij hebben vanaf het eerste geval in Nederland bijgehouden – dat was vanaf 22 februari of zo – hoe de verspreiding in de gezinnen was. We hebben dus al heel snel inzicht gekregen in hoe die verspreiding was. Het tweede is dat we natuurlijk ook vanuit ziekenhuizen inzicht kregen in risico's. Ik kan u misschien nog in herinnering roepen dat we in een van de eerste weekenden – het lijkt alweer een eeuw geleden – een patiënt hadden die een week op de ic van een ziekenhuis lag, zonder enige maatregel. Toen hebben we zeer ingrijpend ingegrepen. Uiteindelijk is niemand ten gevolge daarvan besmet geraakt. Dus het is niet zo dat het helemaal een-op-een is en dat we daar geen kennis van hadden, want die hadden we wel degelijk. U heeft er natuurlijk gelijk in dat het steeds verder is ingevuld, maar dat betekent niet dat we het niet al vanaf het eerste geval bijhielden en kennis opbouwden over wat de risico's waren voor gezinsleden en voor vluchtige contacten. Dat kregen we vanaf het eerste geval aangeleverd via het contactonderzoek, dat toen natuurlijk ook al liep.

Sindsdien hebben we natuurlijk veel geleerd. Ik weet niet precies wanneer dat was of op welke datum, maar we hebben geleerd wat je in ziekenhuizen doet, dat je uitzonderingen maakt voor het gebruik van mond-neusmaskers als je meer dan drie minuten binnen 30 centimeter komt. Al dat soort regels is natuurlijk ontwikkeld. Die geven allemaal aan dat je, als je het minder dan drie minuten doet, ook niet gebruikmaakt van mond-neusmaskers. Er is nooit nul risico mogelijk. Je probeert zo eerlijk mogelijk een inschatting te maken. Ik denk dat dat destijds gewoon integer gebeurd is. Dat betekent niet dat je dat niet later soms moet aanpassen. In retrospect denk ik dat er best aspecten aan zitten, ook in de communicatie, die anders hadden gemoeten. Dat zou je nu zeker anders doen. Maar dit is gewoon hoe het gegaan is. Ik kan het niet mooier maken, maar ook niet anders.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ook uw tweede vraag, meneer Asscher?

De heer **Asscher** (PvdA):

Ik wacht.

De **voorzitter**:

Prima. De heer Veldman? Nee, hij slaat over. Mevrouw Dik-Faber, gaat uw gang, namens de ChristenUnie.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

We zien een tweede golf op ons afkomen. We keken afgelopen week allemaal reikhalzend uit naar de persconferentie van dit kabinet. De maatregelen die toen zijn afgekondigd, betroffen vooral de sluitingstijden in de horeca. Ik hoor daar veel vragen over. De horeca zelf is er niet blij mee. Dat begrijp ik natuurlijk. Maar er is ook een heel grote groep van mensen – ik vind dat erg invoelbaar – die zeggen: «We herkennen een gevoel van urgentie. Er komt echt een tweede golf op ons af. En is dit het nu? Is dit de maatregel die genomen moet worden om het virus in te dammen?» Natuurlijk moeten we de basismaatregelen allemaal naleven, maar daarnaast sluit de horeca een paar uurtjes eerder. Ik vraag de heer Van Dissel in hoeverre hij kan schetsen wat de afwegingen zijn geweest binnen het Outbreak Management Team. Welke dilemma's hebben daar op tafel gelegen? Zijn er ook verdergaande maatregelen besproken? En zo ja, welke zijn dat dan? Waarom zijn die maatregelen niet voorgesteld? Ik hoop dat hij het een en ander kan schetsen. Dank u wel.

De heer **Van Dissel**:

Zeker. In wezen stelt u twee vragen, enerzijds over de horeca en anderzijds over eventuele andere maatregelen. Met betrekking tot het laatste kan ik kort zijn. We hebben vanuit het Outbreak Management Team een soort toolbox ontwikkeld. Een Engelse term, maar het is een soort mand met allerlei maatregelen die je lokaal zou moeten en kunnen nemen bij een bepaalde mate van infectiedruk. Die maatregelen kunnen soms de horeca betreffen, maar het kunnen ook heel andere zaken zijn. Als infecties met name spelen onder studenten, kunt u zich voorstellen dat je maatregelen treft op de sociale contacten van studenten. Die lijst is natuurlijk zeker niet uitputtend, omdat die heel erg afhangt van de duiding van de lokale situatie door de GGD in een bepaalde regio. De afspraak is: regionaal waar het kan en alleen nationaal als het moet. Dat is het beleid. Dus die toolbox, die mand met mogelijkheden, is er. Dan met betrekking tot de horeca. Ik begrijp uw vraag heel goed. Als je kijkt naar de belangrijkste momenten van overdracht, zie je dat het toch gaat om contacten met familie en kennissen. Ook het werk komt naar voren. Daarom heb ik net het belang van thuiswerken toch weer benadrukt, omdat we ook zien dat dit afneemt. Dat zag u ook aan de

getallen die ik heb laten zien. Maar in de horeca hebben we het de afgelopen weken wel zien toenemen, van zo'n 2% naar tegen de 6% nu. Het punt bij de horeca is dat het natuurlijk een samenkomen is van een groep mensen in een gelegenheid. Als iemand besmet is, maakt dit het mogelijk dat dit als een soort hub, een verspreidingshaard, werkt voor veel meer personen dan in een andere situatie het geval zou zijn, als er alleen een-op-een contact is. Neem bijvoorbeeld een kapper of een dergelijk contactberoep. Het gaat om dat soort argumenten, de toename die we daar in de afgelopen weken gezien hebben en het feit dat we ons realiseren dat het een potentiële hub is. Als de infectiegraad en de besmettelijkheid zo hoog zijn en je verwacht dat die personen ook in de horeca komen, dan kun je verwachten dat er weer meer clusters ontstaan. Dat zijn allemaal argumenten geweest om die maatregel te adviseren. Die is overigens ook weer beperkt, want die is gericht op het eerder sluiten.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan kom ik bij mevrouw Van Esch namens de Partij voor de Dieren. Gaat uw gang.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Er is al vaker over gesproken, maar ik blijf het interessant vinden. U gaf net weer aan: 15% van de mensen wordt besmet als iemand in hun huishouden corona heeft. Als iemand corona heeft, weet je dat vaak in eerste instantie niet. Ik kan me ook voorstellen dat er in huishoudens zeker geen 1,5 meter afstand wordt gehouden. Ik vind het besmettingspercentage dan eigenlijk niet eens zo heel hoog, als je bedenkt dat dus 85% van de mensen in zo'n huishouden niet besmet raakt. Ik ben vooral nieuwsgierig naar die 85% van de mensen. Wordt er onderzoek naar gedaan? Hoe komt het dat deze mensen, die 85%, niet besmet raken? Ik hoop dat er onderzoek naar gedaan wordt. Is er meer bekend over waarom deze groep schijnbaar niet zo vatbaar is? In ieder geval is dat mijn eigen interpretatie.

De heer Van Dissel:

Ik denk niet dat het iets te maken heeft met vatbaarheid. Ik denk gewoon dat het aantoont dat het virus zich niet dusdanig verspreidt dat het in een huishouden meteen iedereen besmet. Je moet dat toch zien als: hoe besmettelijk is dit virus nou? Als er in een huishouden waarin meerdere personen samenwonen een geval is... We weten dat er al overdracht is van presymptomatisch tot symptomatisch. Ik heb u de vorige keer laten zien dat het indexgeval, dus het eerste geval in een huishouden, zich pas gemiddeld na een dag of drie laat testen. Dat betekent dus per definitie dat de overige leden in dat huishouden zo'n dag of vier tot vijf al zijn blootgesteld aan potentiële overdracht, maar dat het virus daar blijkbaar niet toe in staat is geweest. Dus het is een maat – dat probeerde ik net ook aan te geven – voor de besmettelijkheid van het virus.

De voorzitter:

Tweede vraag, mevrouw Van Esch?

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Ik heb een korte vervolgvraag.

De voorzitter:

Daar hebben we helaas geen gelegenheid voor. Dan ga ik naar mevrouw Kröger namens de fractie van GroenLinks.

Mevrouw **Kröger** (GroenLinks):

Ook mijn vraag gaat over de inzet van persoonlijke beschermingsmiddelen in de thuiszorg en in de verpleeghuizen. Waarom is de richtlijn

pas zo laat aangepast? Heeft het RIVM er geen spijt van dat dit pas zo recent, half augustus, is gebeurd?

De heer **Van Dissel**:

Ik weet niet wat ik moet toevoegen. Ik heb al gezegd dat ik achteraf denk dat dit buitengewoon ongelukkig is en dat we beter hadden moeten communiceren over de verandering. Op een gegeven moment wordt dit opgemerkt. Er zijn ook ontwikkelingen in hoe het in de ziekenhuizen is geweest. Die richtlijn is aangepast toen hij is aangepast. Het is niet zo dat we elke dag alle richtlijnen door een naaldje halen om te kijken of ze moeten worden aangepast. Er is een aanpassing geweest. Dat komt omdat er opmerkingen waren over hoe het in ziekenhuizen was. Dat is ook al genoemd. Dat heeft geleid tot de afwikkeling zoals die al is besproken.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan kom ik bij mevrouw Van den Berg. Nee, zij slaat over. Mevrouw Diertens, gaat uw gang, namens de fractie van D66.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Er wordt natuurlijk heel veel gesproken over allerlei getallen, zoals 98% met weinig klachten, die allemaal wel weer getest moeten worden. In de vorige technische briefing, op 11 augustus, gaf u het belang aan van snel een uitslag krijgen van een test. En u zei dat snel testen juist nu heel belangrijk is. Toen zei u dat het gemiddeld 4,1 dagen duurt na de start met de eerste klacht voordat men weet of men ook echt besmet is. Mijn simpele vraag, die waarschijnlijk moeilijk te beantwoorden is, is hoelang het nu duurt.

De heer **Van Dissel**:

Hoe het nu exact is, weet ik natuurlijk niet, want we horen allemaal over de vertragingen. Maar ik denk dat het wel van belang is om ons te realiseren waar u precies naar vraagt. Wat ik de vorige keer heb geïllustreerd, is het volgende. Iemand krijgt klachten, waarna het even duurt voordat hij zich meldt en bemonsterd wordt. Vervolgens duurt het een relatief korte tijd totdat het monster is uitgewerkt, dus totdat we een uitslag hebben. Die moet dan terug naar de GGD en uiteindelijk terug naar de persoon. Wat je het liefst zou hebben, om het virus vóór te zijn, is dat dit belangrijk wordt bekort. Dat heb ik ook bepleit. Die bekorting is deels in het melden van een persoon, even los van de problemen momenteel met de teststraten. Het aanmelden zou je eigenlijk eerder willen. Je zou zo snel mogelijk, binnen een dag, de terugkoppeling willen van een testresultaat. Dat is een mening die ik hier steeds heb verkondigd. Het belang daarvan is domweg dat het virus een generatietijd heeft van drie tot vier dagen. Als het te lang duurt, betekent dat dat je in potentie – het zijn natuurlijk allemaal gemiddelden – eigenlijk continu achter het virus aan het aanlopen bent. Je wilt daar vóór komen om te zorgen dat de infectie tot stand wordt gebracht. Dat is gewoon het belang van vroeg testen. Daarom moet er nu ook alles worden gedaan. Zeker in de periode naar de winter toe wordt het natuurlijk alleen maar belangrijker om die periode gewoon zo kort mogelijk te maken en testen weer op korte termijn mogelijk te krijgen, omdat er dan naar verwachting meer virusbeelden gaan heersen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Uw tweede vraag?

Mevrouw **Diertens** (D66):

Nee, dit is geen tweede vraag. Ik heb geen antwoord gekregen. Ik vroeg wat nu de tijd is. Dat moet toch duidelijk zijn?

De heer **Van Dissel**:

Ik begreep dat straks iemand op de diagnostiek ingaat. Ik denk dat u het aan die persoon moet vragen. Ik weet niet wat vandaag de duur is tussen bellen en langskomen bij de teststraat, want dat verschilt gewoon ook in de regio's.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan ga ik nu in de richting van de heer Van der Staaij namens de fractie van de SGP.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Dank. Ik heb een vraag over – laten we het zo maar noemen – het snotneusadvies, als dat het advies is dat ten grondslag heeft gelegen aan het besluit. Dat gaat over kinderen tot 13 jaar. Het advies is om die niet meer te testen. Mijn vraag is of dat ook is ingegeven door schaarste en hoe dat zich verhoudt tot internationaal wetenschappelijk onderzoek, waar de relativering eigenlijk niet terug lijkt te komen die bij het vindpercentage waarnaar hier verwezen wordt, wel zichtbaar is. Kunt u dat nader toelichten?

De heer **Van Dissel**:

Ja. Dit heeft natuurlijk zeker met de vorige vraag te maken. Er is momenteel namelijk gewoon schaarste aan testcapaciteit. Aan ons is de vraag gesteld om kritisch te kijken of er groepen aan te wijzen zijn waarvan we weten dat het opbrengstpercentage daar gewoon lager is dan in andere groepen. Dat geldt voor deze groep. Er worden kinderen getest. Die zijn natuurlijk niet allemaal negatief, maar zij zijn in een veel lager percentage positief dan de overige groepen. Dat komt omdat er vaak ook andere virussen spelen bij deze groep. Een snotneus is op oudere leeftijd en ook bij kinderen die naar de crèche gaan, dus misschien vaker een voorbode van een coronavirusinfectie dan bij deze jonge kinderen. Dat is een reden waarom deze groep naar boven komt als de vraag aan het OMT is of het groepen kan aangeven die het minder zou prioriteren omdat het testen minder oplevert.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Van Otterloo namens 50PLUS. Gaat uw gang.

De heer **Van Otterloo** (50PLUS):

Dank u wel, voorzitter. Ik neem aan dat de data die door Google worden aangeleverd over wel of geen verandering in het gedragspatroon, ook in het OMT aan de orde zijn geweest. Als ik dan zie dat het thuiswerken blijkbaar weer uit het systeem is, ben ik benieuwd in hoeverre in het OMT ook is gediscussieerd over de maatregelen die daar genomen moeten worden. Want ik heb niet gemerkt dat dat nu in de boodschap zat, noch in die van De Jonge, noch in die van Rutte.

De heer **Van Dissel**:

Uiteraard. Van de groepen die ik net al noemde, is werken er dus één, want dat komt toch als een belangrijke factor naar voren bij de analyses. Dan geef je natuurlijk het advies om dat onder de aandacht te brengen. Dan moet vervolgens de communicatie, die natuurlijk niet primair door het OMT gebeurt maar van rijkswege, daarop inzetten. Of dat al gebeurt, moet u mij niet vragen, maar de advisering is natuurlijk helder. We hebben een aantal punten gezien die naar voren komen in clusteronderzoek en in bron- en contactonderzoek. Werken is er daar één van; dat komt naar voren als ongeveer 10%. Dat is dus toch een belangrijke. We zien dat ook gereflecteerd, niet alleen in het bron- en contactonderzoek en in de clusteranalyse maar ook in de analyse van bijvoorbeeld de data van Google Mobility. Je ziet dat dat inderdaad terug lijkt te vallen. Dan is dat

dus een belangrijk target. Als ik goed geluisterd heb, heb ik overigens wel horen zeggen dat ook het thuiswerken weer in de aandacht terug moest. Of dat dan voldoende is of dat dat in de komende periode nog meer moet worden benadrukt, laat ik graag bij het beleid.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Van Haga, gaat uw gang.

De heer Van Haga (Van Haga):

Dank u wel, voorzitter. Allereerst een opmerking. In de vorige technische briefing heb ik u gevraagd naar de totale foutenmarge bij de PCR-test. U heeft toen beloofd mij dat te sturen. Dat is niet gebeurd. Dat vind ik erg jammer. Ik vraag me dus af of u dat alsnog kunt doen, bijvoorbeeld in een brief of in een mailtje – dat maakt me niet uit – en misschien naar alle leden van deze groep. Want de betrouwbaarheid van de PCR-test vormt de grondslag voor al die coronamaatregelen, met de angst voor de tweede golf. Als er reden is om aan de betrouwbaarheid van die PCR-test te twijfelen, vind ik dat dat onafhankelijk onderzocht moet worden. Dus kunt u aangeven wat de cumulatieve onzekerheden zijn van bijvoorbeeld een lage prevalentie in combinatie met de standaardfoutenmarge en bijvoorbeeld de detectie van oude brokstukjes viraal RNA? En bent u dan bereid – dat is eigenlijk dezelfde vraag – om dit onafhankelijk te laten onderzoeken om de onrust in de samenleving hierover weg te nemen?

De heer Van Dissel:

Dat laatste is natuurlijk niet aan mij, want of je dat wel of niet doet, zou een beleidspunt zijn. Maar even met betrekking tot de PCR-test: sedert de vorige bijeenkomst heeft een uitvoerig stuk in NRC Handelsblad gestaan dat hier uitvoerig op inging. U heeft natuurlijk gelijk: als een test fout-positieve uitslagen heeft en ook als een test fout-negatieve uitslagen heeft – «PCR-test» is overigens weliswaar één naam, maar daar zitten meerdere dingen achter – heeft dat natuurlijk effect, met name als de prevalentie, het vóórkomen, laag wordt. Dat is een bekende instinker: iets wordt uitgezocht in een groep met een hele hoge mate van ziek zijn door de specifieke ziekte en als je het dan in de algemene bevolking doet, blijf je plotseling alleen maar fout-positieven op te pakken. De achtergrond is dus zeker bekend. Bij de PCR-test geldt wel dat die een hoge mate van specificiteit heeft. De PCR-testen die in Nederland worden uitgevoerd, richten zich – soms in tegenstelling tot elders – bovendien nog op meerdere delen van het moleculair van de genetica van het virus. Dat maakt dat de fout-positieven, doordat je ook op meerdere targets werkt, ook weer worden teruggebracht. Daarom gaf ik aan dat de ene PCR-test niet automatisch hetzelfde geeft als de andere PCR-test. Maar u heeft gelijk: soms zijn de reacties niet voldoende helder. In Nederland leidt dat ertoe dat je je vervolgens richt op een andere target om het al of niet te bevestigen. Dat is een belangrijke reden waarom je met verstand naar die uitslagen moet kijken en waarom je het niet zonder meer in alle gevallen kan aflezen. Ik denk dus dat dat in Nederland zorgvuldig gebeurt. Je zal altijd geringe marges hebben van fout-positief en fout-negatief. Dat kan soms niet anders.

Het tweede punt dat u noemt, is ook belangrijk. We realiseren ons natuurlijk dat een positieve PCR-test betekent dat je genetisch materiaal aantoot, maar dat betekent niet per definitie dat je levend virus aantoot en betekent dus ook niet per definitie dat je levend virus aantoot waar iemand ziek van werd. Daar heeft u dus volkomen gelijk in. Ook dat speelt natuurlijk mee in de interpretatie. Zoals u wellicht ook weet, heb je bij zo'n PCR zogenaamde cycle time. De reactie wordt dus steeds herhaald, waardoor het product uiteindelijk zichtbaar wordt. De mate waarin dat helemaal aan het eind of helemaal aan het begin van alle cycli is, zegt iets over de hoeveelheid. We weten ook uit onderzoek in Nederland, onder

andere uitgevoerd in het Erasmus in Rotterdam, dat daar een correlatie mee is. Met andere woorden: we hebben natuurlijk gekeken naar de correlatie tussen positiviteit en het al of niet hebben van een levend kweekbaar virus. Voor de duidelijkheid: kweekbaar in weefselkweken. Maar u heeft gelijk in die zin dat, als je een PCR-test doet zonder dat er een klinisch ziektebeeld is – met andere woorden: het testen van asymptomatische personen waarvan een deel ook asymptomatisch blijft en een deel vervolgens klachten ontwikkelt, waarna je het eigenlijk presymptomatisch testen noemt – met name bij asymptomatisch testen vaak moeilijk te interpreteren is wat er dan speelt. Uit getallen die uit Amerika terugkomen, maar in sommige gevallen ook wel uit Nederland, blijkt dat als je daar dan heel snel een test opzet die net iets anders doet, deze soms negatief kan uitvallen. Onze boodschap is dus dat je kritisch naar die testen moet kijken en dat we ons natuurlijk heel goed realiseren dat de prevalentie, die momenteel overigens niet zo laag is, van invloed is op het uiteindelijke terecht positief en fout-positief. Maar als die test gekoppeld is aan iemand die ziek wordt, net als met de hele andere diagnostiek die we binnen en buiten ziekenhuizen uitvoeren, dan ga je natuurlijk een relatie leggen met het feit dat je isoleert. Ik heb ook wel gehoord dat beweerd wordt dat alles wat wij testen gewoon fout-positief is, omdat het er helemaal niet is. Dan wil ik toch verwijzen naar het feit dat de ziekenhuizen vollopen, dat we ic-opnames zien en dat dat ook in het buitenland is. Voor het naar die zijde doorvoeren zou ik zeer willen waarschuwen. Maar dat dat probleem er op zich is, dat het wordt onderkend en dat we daar ook controles op uitvoeren, daar heeft u gelijk in.

De voorzitter:

Dank u wel. Tweede vraag. De heer Van Haga.

De heer **Van Haga** (Van Haga):

Allereerst dank voor dit antwoord. Ik zou het ontzettend op prijs stellen als dit nog in een brief aan ons kan worden toegestuurd.

De heer **Van Dissel:**

Ja.

De heer **Van Haga** (Van Haga):

Nu mijn tweede vraag. Het reproductiegetal R werd eerst bepaald aan de hand van het aantal ziekenhuisopnames, en nu op grond van positieve PCR-testen. Wat is hier nou statistisch gezien het gevolg van? Hoe is het ten eerste mogelijk dat het RIVM deze verschillende benaderingen in één grafiek presenteert? Ik weet dat netjes is aangegeven dat dat ik geloof op 11 september is veranderd. Maar wat is nou het gevolg voor het reproductiegeval R als de nauwkeurigheid van de PCR-test veel minder hoog blijkt te zijn dan nu aangenomen?

De heer **Van Dissel:**

Ik verwijs naar de schatting die ik heb gegeven. Wat ik u laat zien, is het getal gebaseerd op de Osiris-getallen. Maar op dezelfde manier rekenen we ook de R door op de ziekenhuisopnames en ook nog steeds op de ic-opnames, de hele periode door. Het is logisch dat je dan uiteraard een andere foutenmarge krijgt, want de aantallen zijn geringer. Maar het beeld dat zich daaruit opdringt, is echt exact hetzelfde. Ik zal u de grafieken waarop ik me baseer doen toekomen als u dat wilt, want ik wil wegnemen dat er niet naar gekeken wordt. Dat doen we wel degelijk, alleen was ik gelimiteerd in het aantal slides, zodat ik het hier niet heb laten zien. Maar we hebben ze wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Kuzu namens de fractie DENK.

De heer **Kuzu** (DENK):

In de eerste plaats wil ik de heer Van Dissel bedanken voor de presentatie en de informatie die hij hier met de Tweede Kamer deelt. Hij sprak over een tweede golf. Omdat er sprake is van een tweede golf in de woorden van de heer Van Dissel, ga je natuurlijk ook kijken naar de eerste golf. Als we de cijfers van de eerste golf vergelijken met die van de tweede golf, zien we inderdaad wat vandaag breed is uitgemeten, dat het aantal besmettingen aan het oplopen is, maar het aantal ziekenhuisopnames en het percentage overleden patiënten vergeleken met de eerste golf achterblijft. Hoe kan de heer Van Dissel dan verklaren dat de aanvullende maatregelen die afgelopen vrijdag tijdens de persconferentie zijn genomen, zo erg gericht zijn op jongeren, terwijl we in de ouderenzorg zien, waar de meest kwetsbare patiënten zitten, dat daar eigenlijk geen extra maatregelen zijn genomen? Als laatste zou ik willen weten wat de achterliggende factoren zijn voor het overlijdenspercentage van 30,8 bij de leeftijdscategorie van 90 tot en met 94 jaar.

De heer **Van Dissel**:

Kijk, we denken niet dat er nu iets principieel anders speelt dan in maart. Alleen hadden we in maart natuurlijk niet de mogelijkheid van de teststraten. We hebben in maart ook zeker die geschatte piek van bijna 300.000 besmettelijken niet gezien. Maar we weten wel – dat heb ik u ook vandaag laten zien – dat we wat betreft de aanwezigheid van antistoffen bij personen een miljoen Nederlanders hebben die gereageerd hebben met antistofvorming. En dat is ook de groep waar nu de infecties spelen. Met andere woorden, de groep die we nu zien, met minder infecties bij ouderen, is er toen ook geweest maar heeft zich gewoon aan de medische radar onttrokken. Die groep is maar weinig gerepresenteerd geweest in de ziekenhuisopnames. Wij denken dus dat er principieel niks anders aan de hand is dan destijds, alleen hebben we toen die hele groep jongvolwassenen die nu positief test en waarvan er gelukkig maar weinig in het ziekenhuis belanden, niet gezien, omdat ze toen ook niet in het ziekenhuis kwamen maar ook niet getest werden.

Wat wel een verschil is, is juist het tweede punt dat u noemt. We weten uit verschillende onderzoeken dat kwetsbaren over het algemeen... Ik wil niet zeggen dat ze aan preventieve zelfisolatie doen, maar ze zijn zich veel meer bewust geraakt van risico's dan de jongere groep. U kunt zich voorstellen dat als daar al een geringe mate van zelfisolatie is, je dat terugziet in het feit dat er minder ouderen besmet raken. Dat is iets wat we ook zien. Dat neemt niet weg dat je, ook in de grafieken die ik net toonde, toch ziet dat er ook in de oudere groepen weer een toename is van het aantal infecties. We zien ook een toename van het aantal infecties in woonzorgcentra en verpleeghuizen, terwijl daar nu toch een heleboel op orde is wat betreft maatregelen. Ook dat is deels het effect van gedrag. Maar de angst is natuurlijk dat er vanwege de toename, die nog doorgaat, een overloop komt naar de oudere leeftijdsgroep en vervolgens ook de ziekenhuisopnames toenemen. Ik denk dat ik u dat effect ook heb laten zien, maar dat loopt natuurlijk wel altijd wat achter.

Mevrouw **Van Kooten-Arissen** (vKA):

Ik heb nog een vraag over dat vluchtige contact. We zaten met z'n allen naar die persconferentie te kijken en tot mijn grote schrik zei Minister Hugo de Jonge: vluchtig contact, ja, hoe moet je dat duiden? Ik vind dat heel raar, maar als ik de heer Van Dissel beluister, is het risico blijkbaar verwaarloosbaar als je vier minuten lang bij een hoestende bejaarde coronapatiënt binnen 1,5 meter een handeling meerdere keren uitvoert. Maar de heer Van Dissel verwijst dan naar onderzoeken naar besmet-

tingen binnen het gezin. De mensen binnen dat gezin zijn veel jonger en lopen minder risico op besmetting of op ernstige klachten na besmetting. Ik vraag me dus af waar dat op is gebaseerd.

De heer Van Dissel:

Wat u noemt, is geen vluchtig contact. Een vluchtig contact is dat je in de ruimte aanwezig bent en bijvoorbeeld even een glas water aanreikt. Dat is een vluchtig contact. De regels waarnaar u verwijst, zijn afspraken die de ziekenhuizen onderling hebben gemaakt om te definiëren wanneer iemand, dus een verpleegkundige of arts, gebruikmaakt van mondneus-maskers als hij bijvoorbeeld patiënten onderzoekt of, zoals kno-artsen, handelingen in de keel moet doen. Dat is dus echt wat anders, want dat reken ik niet onder vluchtig contact.

De voorzitter:

Dank u wel. Uw tweede vraag ook, mevrouw Van Kooten?

Mevrouw Van Kooten-Arissen (vKA):

Nou ja, dan vraag ik hier maar even op door, want...

De voorzitter:

Neeneenee. Óf het is uw tweede vraag...

Mevrouw Van Kooten-Arissen (vKA):

Dan moet ik het maar als tweede vraag doen, jammer genoeg. Ik heb echt begrepen dat het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen ook in de ouderenzorg was gelinkt aan dat vluchtige contact, het even een kopje koffie aanreiken. Dat was een vluchtig contact. Maar de Minister zei: ja, vluchtig contact, hoe moet je dat duiden? Er was dus totale onduidelijkheid over en het wijkt ook echt af van de adviezen van het ECDC en de WHO en van de ons omringende landen. Ik vind dus dat de heer Van Dissel daar echt een hele goede onderbouwing bij moet leveren en niet moet verwijzen naar gezinnen en de besmettingen daarbinnen, waarbij de voorwaarden en de omstandigheden heel anders zijn.

De voorzitter:

Ik geef graag het woord aan de heer Van Dissel, maar u zou deze vraag ook tijdens het debat kunnen stellen. De heer Van Dissel, over de onderbouwing.

De heer Van Dissel:

Ik heb in eerdere antwoorden ook al even genoemd dat de term «vluchtig» achteraf gezien onvoldoende specificerend is gebleken. Het was ook heel duidelijk dat dat geen term is waaraan men kan herkennen wat men moet doen. Voor de duidelijkheid, als er verpleegkundige handelingen worden verricht aan iemand, moet dat gewoon gebeuren onder de persoonlijke beschermingsmaatregelen. Het ging dus letterlijk om het aanreiken van een kopje, waarbij je soms natuurlijk binnen de 1,5 meter komt. Dat werd eronder verstaan, en niet hele andere handelingen en zeker geen handelingen die je kan opvatten als verpleegkundige handelingen. Dan valt het namelijk gewoon onder het gebruik zoals dat ook in de richtlijn stond.

De voorzitter:

Dank u wel. Tot slot geef ik het woord aan de heer Asscher voor zijn tweede vraag. Gaat uw gang.

De heer Asscher (PvdA):

Ik heb nog even naar die grafiek gekeken met de schatting van het aantal besmettelijke personen, waarin je ziet dat die piek...

De voorzitter:

De vergaderbel gaat. Misschien moeten we even wachten. Het duurt één minuut.

De heer Asscher (PvdA):

Ik wilde even terug naar slide 9, waarop de grafiek staat van de schatting van het aantal besmettelijke personen. Die slide staat nu voor. Dan zie je dat het bij de piek in maart ging om naar schatting 270.000 personen, en we nu zitten op naar schatting 104.000 personen. Als ik die grafiek interpreteer, betekent die dat je eigenlijk nog anderhalve verdubbeling af bent van hetzelfde niveau als in maart, toen onze zorg onder grote druk stond. Bij de huidige verdubbelingssnelheden, die lager zijn dan die van toen, zou je daar, als ik het goed zie, nog in oktober belanden. Als we dat weten, zou je dan niet nu veel strengere, effectievere regionale maatregelen moeten nemen dan het schrappen van het laatste rondje in de kroeg, zoals vrijdag gebeurd is? Want volgens mij willen we daar niet weer terechtkomen.

De heer Van Dissel:

Ja, maar ik wil wel waarschuwen. Ik heb heel nadrukkelijk gezegd: dit zijn schattingen. Ik zeg opnieuw dat dit niet een getal is waar je direct dat soort consequenties aan moet verbinden. Maar het is helder dat het toeneemt. De heer Van Haga is net weg, maar ik kan aan de hand hiervan zijn vraag illustreren. Als je hetzelfde doet met ziekenhuisdata, kom je beduidend lager uit, maar zit je nog steeds op 50.000 of 60.000, wat nog steeds een hoog aantal is. Ik noemde al even dat ik dat getal vanochtend ook hoorde op een Engelse persconferentie. De getallen zijn redelijk vergelijkbaar. U heeft dus gelijk dat het toeneemt. Je moet je hierbij wel realiseren dat de samenstelling qua leeftijden anders is dan bij de bevingrafiek. Dat komt onder andere door het potentiële effect van zelfisolatie door ouderen. Als je naar de invulling van de piek zou kijken, verwacht je te zien dat er in maart, zoals u terecht aangaf, jongeren bij waren maar ook een heleboel ouderen, wat dus leidde tot de ziekenhuisopnames. Op dit moment zitten we letterlijk met een andere mix, maar met het risico dat die ziekenhuisopnames er wel gaan komen en er toch meer overloop komt naar de oudere groepen. Daarom willen we daar natuurlijk ook aandacht voor hebben.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan zijn we daarmee...

De heer Asscher (PvdA):

Sorry, voorzitter. Ik vroeg of dat dan niet moet leiden tot nadere maatregelen dan het schrappen van de laatste ronde. Misschien wil de heer Van Dissel daar niks over zeggen en dan respecteer ik dat ook, maar dat was de vraag.

De heer Van Dissel:

Ik denk dat wij ook proberen de advisering vorm te geven. We zien natuurlijk een toename. We zien dat die toename doorgaat. Het nadeel van maatregelen is natuurlijk dat we ongeveer aan een week vastzitten voordat we echt kunnen zeggen: er is eigenlijk helemaal geen effect geweest; we moeten veel meer doen. Of er kan toch sprake zijn van een kanteling, ook omdat zo veel van deze reactie ook afhangt van gedrag. Dat maakt het natuurlijk extra ingewikkeld om te beoordelen wat je nou wel of niet kunt verwachten als gevolg van bijvoorbeeld de aankondigingen. Als dat toch wordt opgepikt als een belangrijke wake-upcall, dan kun je daar misschien toch heel goed het effect van zien. Dat kan ook door het afschermen van kwetsbaren. En als dat helemaal niet zo zou zijn, dan denk

ik dat als je die curve ziet toenemen, dat op korte termijn weer moet leiden tot nadere advisering.

De voorzitter:

Dank u wel. Daarmee zijn wij aan het einde gekomen van deze eerste ronde.

Mevrouw **Kröger** (GroenLinks):

Voorzitter, zou ik toch mijn tweede vraag nu mogen stellen?

De voorzitter:

Zeker, zolang de heer Van Dissel hier nog zit.

Mevrouw **Kröger** (GroenLinks):

Ik wil toch nog een keer doorvragen over het gebruik van de persoonlijke beschermingsmiddelen in de thuiszorg en de verzorgingstehuizen. Dat is natuurlijk flink misgegaan. De vraag is eigenlijk de volgende. Er is op een gegeven moment, in het begin van de crisis, een richtlijn opgesteld waarin stond: bij vluchtig contact zijn er geen persoonlijke beschermingsmiddelen nodig. De vraag die eigenlijk de hele tijd rondzingt, luidt: op basis van welke wetenschappelijke onderzoeken, wetenschappelijke inzichten, is die richting toen opgesteld en waarom is die vervolgens aangepast?

De heer Van Dissel:

In Nederland hadden we bijvoorbeeld de Werkgroep Infectie Preventie. Zeker in het begin van zo'n crisis, waarbij overigens wel duidelijk was dat je met name met druppel- en contactinfectie te maken had, grijp je natuurlijk terug op vergelijkbare infecties waarbij je kennis hebt van wat effectief is in het bestrijden daarvan. Vroeger had je de Werkgroep Infectie Preventie die met name dat soort dingen uitwerkte. Die had ongeveer letterlijk de tekst staan die wij gebruiken hebben. Dus ook daar was toen een afweging wat de reële risico's zijn als je buiten de anderhalve meter blijft en soms heel vluchtig contact hebt. Ik heb net geïllustreerd wat «vluchtig» inhoudt en dat «vluchtig» niet betekent dat je verpleegkundige handelingen doet. Want dan zegt ook de richtlijn die we toen hanteerden, dat je gewoon wel gebruikmaakt van persoonlijke beschermingsmaatregelen. Maar die zei ook: als er vluchtig contact is, dan kan dat. Later is die richtlijn ook voor ziekenhuizen aangepast, omdat men zich realiseerde dat er in ziekenhuizen handelingen gebeuren in de zin van zuurstoftoediening, die nu eenmaal onder een bepaalde drukflow moet gebeuren waarbij er in potentie meer verspreiding is. Soms zijn er vernevelingen die daartoe aanleiding geven. Dat zijn eigenlijk de dingen die ik ook heb genoemd. We realiseerden ons ook – en dat is deels ook terugkoppeling uit het veld – dat als een zorgverlener zich buiten de anderhalve meter bevindt en iemand die zorg behoeft vervolgens iets vraagt, die zorgverlener al snel geneigd zal zijn om daar even hulp te bieden. En dat gaf gewoon onduidelijkheid.

Beter en anders kan ik het niet maken. Maar ik denk dat het een valide en integere afweging is geweest, die op grond van terugkoppeling van hoe het in het ziekenhuis gebeurt en onduidelijkheid in het veld gewoon is aangepast.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan rond ik deze eerste ronde nu echt af. Ik dank de heer Van Dissel nogmaals voor zijn presentatie en voor het beantwoorden van de vragen. Dan zullen nu de andere gasten worden opgehaald. Die zullen aan tafel plaatsnemen, maar dat gebeurt niet voordat alles gereinigd is.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

Ik heropen de bijeenkomst en heet de heren Boel en De Gouw hartelijk welkom. Ik wil graag de heer Boel als eerste het woord geven voor zijn presentatie. Als het goed is, staat zijn presentatie inmiddels klaar. Met de leden spreek ik af dat eerst beide presentaties worden gehouden en dat daarna de resterende vragen die de leden nog kunnen stellen, volgen. Het woord is aan de heer Boel. Hij spreekt hier als projectleider van het Landelijk Coördinatieteam Diagnostische Keten.

De heer Boel:

Dank u wel voor de uitnodiging. Er is mij gevraagd om iets te vertellen over de testcapaciteit. Dat wil ik graag doen. Even kijken hoe de apparatuur precies werkt.

De voorzitter:

Is er iemand om even toe te lichten hoe de afstandsbediening werkt?

De heer Boel:

Nee, dat hoeft niet. Ik heb het door.

Wij als LCDK begonnen op 13 april. Wat ik hier laat zien, is een mooi plaatje van hoe die structuur in elkaar zit. Het LCDK hangt onder de LCT, de Stuurgroep Landelijk Coördinatiestructuur Testcapaciteit. Het voorzitterschap van de LCT ligt bij VWS en in de LCT zitten vertegenwoordigers van alle partijen, dus van de GGD's, van het RIVM en vanuit de taskforces waarin met name de inhoudelijke deskundigen zitten. En ook Feike Sijbesma maakte deel uit van de LCT. Als LCDK hadden wij als opdracht het beleid van de Stuurgroep LCT uit te voeren, met als doel om het allemaal – de hele diagnostiekketen – soepeltjes te laten verlopen.

U ziet aan de onderkant lijntjes richting de GGD's, richting het labnetwerk en richting het LCH. Dat zijn de connecties die wij hebben. Dat zijn functionele connecties. Dat zijn geen aansturende taken. Dus wij werken samen met alle partijen, wij hebben daar geen aansturing.

Ik wil wat wij doen even kort toelichten aan de hand van deze misschien wat complexe dia. Daarin proberen wij uit te leggen wat wij aan het doen zijn. Wij zijn natuurlijk begonnen in een tijd waarin er eigenlijk niets bekend was. Het virus kenden we niet, we waren gewend om te werken in de regio's. Er was natuurlijk een uitvoerige samenwerking in de regio's op het gebied van infectieziekten, maar dit werd ineens heel groot en heel landelijk. U kunt op de dia zien wat wij doen. Wij gaan uit van het vraagmodel. Dus wij kijken naar de verwachte vraag per laboratorium en per GGD. We hebben wekelijks een uitvraag bij alle laboratoria. Wij vragen hoe het staat in het laboratorium, dus hoeveel machines ze hebben, of ze wat bij hebben geplaatst, of ze andere machines zijn gaan gebruiken en ook hoeveel mensen zij beschikbaar hebben, oftewel hoeveel ze kunnen draaien. En we vragen overigens ook altijd hoeveel ze gedraaid hebben.

We doen ook een uitvraag bij de leveranciers. Wij kijken naar wat zij uit gaan leveren en wat voor garanties wij hebben voor de toekomst. En wij kijken vervolgens naar alle mogelijkheden, combinaties van GGD's en laboratoria.

Dan kom je dus bij het vraagteken, waarbij we dan eigenlijk berekenen of dat allemaal gaat passen. We maken iets wat je een «stromenlandschap» zou kunnen noemen. En als dat past, dan is dat wat we met elkaar afspreken. Daarbij proberen we om die stromen zo consequent mogelijk tussen dezelfde GGD's en een laboratorium te doen, omdat het wisselen natuurlijk veel irregeltijd kost. En als dat niet zo is, dan gaan we kijken wat we kunnen doen. We kijken wat we kunnen doen door bijvoorbeeld materialen te heralloceren of door het verleggen van teststromen, om dan vervolgens te komen tot een nieuwe indeling van het stromenschema.

Wat wij daarbij steeds in het oog houden en hebben gehouden, is de testcapaciteit, de voorspelling van het RIVM. Dat is waar wij op varen. Daar staan een aantal elementen in. Ik kom daar later nog op terug. Wij hebben natuurlijk de covidvragen vanuit bijvoorbeeld de GGD's, maar er zijn meer vragen die invloed hebben op de totale testcapaciteit. Hoe is dat dan in de loop van de tijd gelopen? In eerste instantie, toen het virus verscheen, is er diagnostiek opgezet door de referentielaboratoria in Nederland, dus door het RIVM en het Erasmus MC. Toen dat goed uitgevogeld was, deden zij de diagnostiek en daarna is het uitgerold naar dertien opschalingslaboratoria, die eigenlijk al veel langer opgesteld stonden om op te schalen in geval van een uitbraak. Dat is eigenlijk al in het leven geroepen in 2009, na de Mexicaanse griep. Vervolgens is het verder uitgerold naar de medisch-microbiologische laboratoria. Dat is belangrijk, omdat die medisch-microbiologische laboratoria natuurlijk een functie hebben in de patiëntendiagnostiek. Bij elke patiënt die zich meldt bij een dokter – of het nou een huisarts is of in een ziekenhuis – moet natuurlijk de diagnostiek gedaan kunnen worden. Het is dus belangrijk dat er een uitgebreid netwerk is met mogelijkheden om te testen. Toen vervolgens de opschaling richting de GGD's werd gestart, is er in eerste instantie gebruikgemaakt van de bestaande netwerken tussen de GGD's en de laboratoria. Daar zat de kennis, daar zat de samenwerking en de partijen kenden elkaar. Dat leverde dus de mogelijkheid tot een snelle uitrol op. In diezelfde periode is er ook gekozen – vooruitkijkend, omdat de vraag natuurlijk groot zou kunnen worden – voor een achttal laboratoria waar meer capaciteit voorhanden was, de acht zogenaamde «pandemiellaboratoria». Dat zijn twee veterinaire laboratoria, eentje in Lelystad en eentje in Deventer, die gewend zijn te werken met uitbraken. Dat is weliswaar bij dieren, maar ze zijn gewend aan uitbraken. Het was Sanquin, een groot laboratorium in Amsterdam. Daarnaast waren dat de vijf HPV-laboratoria – die zitten door Nederland heen – die ten tijde van de coronacrisis geen HPV-diagnostiek deden. Hun is gevraagd of zij hun apparatuur wilden ombouwen om de covid-diagnostiek te kunnen doen. Wat hierbij belangrijk is, is dat we natuurlijk wel samenwerkten, laboratoria en GGD's, maar niet gewend waren aan zulke grote aantallen. Het was dus essentieel om daar ICT-ondersteuning voor te organiseren. Er is dus in korte tijd een ICT-systeem ontwikkeld om dat te ondersteunen, CoronIT. Dat is in korte tijd ontwikkeld en er zijn ook in korte tijd 25 GGD's en inmiddels 64 laboratoria op aangesloten. Dat is natuurlijk een ongelooflijk grote en ingewikkelde klus geweest, die ook veel tijd heeft gekost en die voor een deel het tempo van de uitbreiding van het aansluiten van laboratoria heeft bepaald. Hoe zijn we dan verdergegaan? Omdat er internationaal overal tegelijkertijd heel erg veel getest ging worden, ontstond er al heel snel schaarste en die schaarste was heel breed. Die was van allerlei zaken en het waren ook steeds wisselende elementen. Daarom is er in Nederland al snel voor gekozen om centraal in te kopen, ook de laboratoriumbenodigdheden, via het Landelijk Consortium Hulpmiddelen. Daarbij is toen ook speciaal gezant Feike Sijbesma aangeschoven, om waar mogelijk extra spullen te organiseren. We zijn bezig gegaan met het inzicht in data van de laboratoria vorm te geven. Ook dat was helemaal nieuw. Wij waren natuurlijk niet gewend, landelijk, om te weten wat er in de laboratoria gebeurde. Laboratoria waren niet gewend om die data te leveren. We hebben met elkaar moeten leren om elkaars taal te spreken om tot dezelfde conclusies te komen. Er is voor gekozen om snel te proberen het laboratoriumnetwerk op te schalen. We hebben dus voortdurend aan de laboratoria gevraagd om op te schalen, ook in tijden waarin de vraag echt nog heel erg laag was. Vanuit VWS zijn er initiatieven genomen, onder andere om machines in te kopen en om laboratoria te vragen om te gaan poolen. Poolen betekent dat je van vijf of zes patiënten gezamenlijk één test doet, zodat je veel minder

testmateriaal nodig hebt en je veel grotere volumes testen kunt verwerken. Er is ook nog een tweede ronde geweest van een aanbesteding waarin zowel machines als de bijbehorende testen zijn aanbesteed.

In die tijd – toen was de vraag nog niet zo heel groot – hebben we de buitenlandse laboratoria niet actief opgezocht. De vraag bleef achter – dat was een van de redenen – maar we waren natuurlijk ook bezorgd over de doorlooptijden. Het was niet helemaal duidelijk wat er mogelijk was met grenzen en overheden.

Bij het opbouwen zijn we wat tegenvallers tegengekomen. Om te beginnen bij de aanbesteding van machines die zijn geplaatst op allerlei laboratoria. Een deel van die machines bleek niet te voldoen. Een deel is zelfs teruggehaald, gerefurbisht en alsnog uitgedeeld. Daardoor hebben we niet alleen met vertraging te maken gekregen, maar ook met verlies in de voorspelde capaciteit. Ondertussen is er in een internationale markt door het LCH en door Feike Sijbesma heel hard onderhandeld over de materialen. Er zijn wel resultaten geboekt. Dat is heel mooi, maar de resultaten worden wel pas effectief in oktober.

De pooling, waarvan we eigenlijk veel verwachtten, is ook vertraagd. Ten eerste is het best wel ingewikkelde techniek. Ten tweede is op een gegeven moment door VWS besloten dat het nodig was om daar een aanbesteding voor te doen. Ook dat heeft vertraging opgeleverd. Als laboratoria opschalen, speelt bovendien mee dat niet alleen het aantal machines opgeschaald moet worden, maar ook het aantal mensen. Dat heeft tijd nodig. Dit betekent ook dat je, als de machines het aankunnen, heel veel moet organiseren om de samples te ontvangen en klaar te maken om ze vervolgens te kunnen testen in je machines. We zijn er ook tegen aangelopen dat de laboratoria in de praktijk minder capaciteit hadden dan verwacht. Dat is omdat de laboratoria natuurlijk vooruitkeken en dachten dat ze bepaalde dingen wel voor mekaar konden krijgen. Maar we liepen niet alleen aan tegen de materialen, maar ook tegen de mensen. De belasting van de mensen is groot geweest. Ze hebben vanaf het begin keihard gewerkt, extra shifts gedraaid, overuren gedraaid.

Bij alles hoort ook dat er logistieke verliezen zijn. Als je iets wilt testen, moet je controles doen. Soms gaat er een run niet goed. De machines werden zeer intensief gebruikt, dus die machines stonden ook weleens stil omdat er slijtage ontstond. Er zijn dus best wel wat verliezen ontstaan. Ook speelde mee dat de afspraken die we maakten met de hoogvolumelaboratoria er mooi uitzagen, maar de opschaling vaak minder snel ging dan afgesproken. Dit betekent dat er wel opgeschaald werd, maar dat het tempo lager lag dan wij gehoopt hadden. Er zijn zelfs een aantal laboratoria uitgevallen, omdat het gewoon niet vol te houden was, met name omdat de mensen het niet volhielden.

Dit plaatje laat iets zien over de ontwikkeling van de totale vraag. Ik laat het zien omdat er voor de GGD meer meespeelt dan alleen de vraag rond covid. In het plaatje is de testvraag voor de reguliere diagnostiek te zien. Daarmee bedoel ik de reguliere diagnostiek die draait op de machines waar ook de covid-diagnostiek op draait. We hebben vanaf het begin met elkaar afgesproken dat we het belangrijk vinden dat de reguliere diagnostiek kan doorgaan en dat ook de covid-diagnostiek, die in ziekenhuizen en bij patiënten plaatsvindt, voor en door moet gaan. Maar dat heeft ook capaciteit nodig.

In het rood ziet u de testvraag van de GGD's. U ziet dat de vraag heel snel oploopt, ergens in augustus. Met de stippellijn heb ik de duurzame testcapaciteit aangegeven. Die wil ik even toelichten. Wij hebben voortdurend geïnformeerd bij de laboratoria wat zij duurzaam zouden kunnen. Dat betekent: wat zij langer dan een week zouden kunnen volhouden. Als er een piek komt, houden ze het wel een week vol, maar het gaat erom dat zij het ten minste een maand zouden kunnen volhouden. U kunt zien dat de vraag dusdanig snel is opgelopen in de

afgelopen periode dat we eigenlijk meer capaciteit draaien dan duurzaam mogelijk is voor de laboratoria.

In deze grafiek wil ik laten zien hoe de testvraag is opgebouwd. De as helemaal aan de linkerkant toont specifiek de GGD-testvraag, de covidtestvraag voor de GGD's. Vervolgens staat er de testvraag die niet via CoronIT geregistreerd wordt. Dat is dus de testvraag die via de ziekenhuizen of in de laboratoria gedraaid wordt, maar niet via CoronIT geregistreerd wordt. Dat is veel via ziekenhuizen en huisartsen. Dat levert een totale covidtestvraag op. Daarnaast, in het grijze blokje, laat ik nog de niet-covidtestvraag zien die op dezelfde apparatuur draait. Dat leidt tot een totale testvraag voor de laboratoria.

Dan wil ik hier een plaatje laten zien van wat wij in Nederland zouden hebben als wij geen beperking van materialen zouden hebben. Want de beperking van materialen heeft ons echt parten gespeeld. De bovenste grijze balk zijn de medisch-microbiologische laboratoria. Dat zijn laboratoria van verschillende groottes. Er zijn best heel kleine laboratoria, die ook geen diagnostiek doen voor GGD-teststraten, maar er zitten ook heel grote laboratoria bij. Er zijn dus wel verschillende maten. Dat is al met al best een grote capaciteit. Dan de acht pandemielaboratoria zoals ik die heb laten zien. Daarvan wil ik wel aantekenen dat de vijf HPV-labs inmiddels weer overgegaan zijn tot hun reguliere diagnostiek. En ten slotte wat ik dan de «overige laboratoria» noem. Dat gaat over week 38. We hebben dus wel afspraken met die overige laboratoria om verder op te schalen, maar dit is de stand van zaken nu.

Dit is dan het plaatje dat u kent. Dat stond in de Kamerbrief van vrijdag. In de wat roze tinten ziet u wat er in de bestaande capaciteit is en wat er uitgebreid gaat worden, doordat er extra testmaterialen per oktober beschikbaar komen en doordat er extra machines zijn aangekocht met materialen. In het lichtblauw ziet u de oploop van de capaciteit doordat er gepoold gaat worden en dan de hoogvolumelabs in het groen, waar de capaciteit nog steeds verder op gaat lopen. Daarnaast zijn er verschillende initiatieven, vanuit VWS ondersteund, om te komen tot innovatieve testmethoden. Daar is zeker wat voortgang, maar die zijn nog niet zover dat ze nu heel veel bijdragen. Dat is dus meer een verwachting. In deze grafiek is ook de totale vraag weergegeven, dus inclusief de vraag in de ziekenhuizen en de vraag naar niet-coviddiagnostiek.

Dan de vraag waar we nu staan. De aanbesteding, de tweede aanbesteding, die ik noemde, die van de machines plus de materialen, is afgerond. Daar worden nu de handelingen gedaan om afspraken met de laboratoria te maken waar ze geplaatst gaan worden. De aanbesteding van de pooling is in de afrondende fase. Er is een beoordeling geweest van de ingediende plannen. Daar hopen we binnenkort meer van te weten. Er zijn contracten afgesloten met de buitenlandse laboratoria en, zoals gezegd, er staan innovatieve testen in de startblokken. Daarmee verwachten wij dat wij in oktober op het niveau zitten zoals dat voorspeld is door het RIVM, met als disclaimer dat de testvraag natuurlijk voor ons onvoorspelbaar is.

Dat was het.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik graag het woord aan de heer De Gouw. De afstandsbediening wordt even schoongemaakt. Ik vraag de heer Boel nog even om zijn microfoon uit te zetten. Het woord is aan de heer Gouw.

De heer De Gouw:

Van mijn kant een korte presentatie, voorzitter en commissie, over de voortgang van testen en traceren. Het is een proces waar we natuurlijk al maanden mee bezig zijn. U bent regelmatig op de hoogte gebracht van de nieuwe ontwikkelingen, dus ik ga nu met name beknopt in op een aantal

nieuwe ontwikkelingen. Ik denk daarvoor tien minuten nodig te hebben, zodat we nog tijd hebben voor de vragen. Het plaatje waar we altijd mee beginnen, is de agenda: eerst even kort over de eerste dag testen van de prioritaire groepen en wat onze ervaringen daarbij zijn, de ontwikkelingen in het BCO, het aantal risico's, wat is risicogestuurd BCO en dan toch nog een oproep om ervoor te zorgen dat we op de een of andere manier in staat zijn om het aantal BCO's en het aantal testen weer om te buigen in de komende maanden. De eerste dag prioritaire testen. Dat betekent dat alle zorgmedewerkers in essentiële functies en onderwijsmedewerkers in essentiële functies zich kunnen melden bij een apart telefoonnummer, dat die direct worden ingepland in aparte blokken in de teststraten in de verschillende regio's en dat die dezelfde dag nog de uitslag krijgen. Daarom zijn die blokken meestal in de ochtend, zodat we de tijd hebben om de laboratoria de testen te laten uitlezen. Als het goed gaat, gaat alles binnen 24 uur. Degenen die gisterochtend om 07.30 uur hebben opgebeld, zijn degenen die om 09.00 uur al in de teststraat stonden en gister om 17.00 uur de uitslag hebben gekregen. Maar die manier van werken was alleen mogelijk doordat we ons de afgelopen week hebben voorbereid door onder andere afspraken te maken tussen de regionale labs en de 25 GGD's. De heer Boel zei daar net al over dat het een regulier proces is om labs te koppelen aan GGD's. Maar voorheen speelde afstand daar een iets beperktere rol in, terwijl je nu een laboratorium zo dicht mogelijk in de buurt wilt hebben, en zeker niet in Duitsland, want dan ben je niet in staat om de uitslag nog dezelfde dag te leveren. Dat betekent dus dat er een herschikking van de capaciteit is geweest tussen GGD's en laboratoria. Dat betekent ook dat daar een bepaalde capaciteit aan is toegedeeld, niet meer en niet minder.

Vorige week woensdag en donderdag hebben we 400 callagents getraind, want onze ervaring is dat de gesprekken die gevoerd moeten worden met mensen die gebruik willen maken van de voorrangregeling, een aparte training vragen, evenals een rechte rug en helaas ook een erg dikke huid. Van de 450 mensen die zijn opgeleid, zijn er 150 per dag paraat. Gisteren hadden we na een uur al een kleine 2.000 telefoontjes gekregen. U kunt zich dus voorstellen dat de wachttijden in het begin opliepen. Vandaar de oproep aan iedereen om het later nog een keer te proberen. We hebben alle zorg- en onderwijsinstellingen geïnformeerd, waarbij we ontzettend goed hebben kunnen samenwerken met de koepelorganisaties, die echt hun verantwoordelijkheid hebben genomen. Dat heeft erin geresulteerd dat er in het onderwijs door de schoolleiding echt goed wordt gekeken of er sprake is van een essentiële functie, waarna een voorrangverklaring wordt ingevuld waarmee iemand zich kan melden.

De eerste dag zijn er al 6.700 afspraken gemaakt. We gaan ervan uit dat dat enigszins de boeggolf is, omdat niet alleen mensen in hun eerste ziekte dag, maar ook mensen die al een paar dagen ziek waren, zich die eerste dag hebben gemeld. Dat was ook onze ervaring op 1 juni, toen we op die manier begonnen. Toen ging het over 70.000 mensen. Vandaag zijn er tot 10.00 uur – want toen moesten we de presentatie inleveren – in ieder geval weer 2.000 gesprekken gevoerd, dus u ziet dat er best veel behoefte is aan deze voorziening.

Dat wat betreft het testen, los van de opmerkingen die daarover al zijn gemaakt door de heer Boel. Onze testcapaciteit is op dit moment beperkt tot 28.000 per dag, terwijl we per dag zo'n 38.000 tot 39.000 verzoeken krijgen. Daar zien we dus ook een boeggolf, in die zin dat je steeds verder vooruit moet gaan plannen. De komende weken krijgen we weer steeds meer ruimte door de toename van het aantal laboratoriummaterialen. Ik hoop dat de wachttijden daardoor weer teruglopen tot de gebruikelijke: binnen één dag testen en binnen één dag erna de uitslag.

Dan het aantal positieven. De rode lijn die u ziet, zijn de afspraken die wij met het ministerie hebben gemaakt en die we ook kunnen nakomen voor

wat betreft de BCO-capaciteit. U ziet die oplopen van iets meer dan 6.800 per week in week 36 naar meer dan 10.000 in week 41. Dat is allemaal nog in deze korte periode.

De voorzitter:

En BCO staat voor bron- en contactonderzoek, zeg ik even voor de mensen thuis.

De heer De Gouw:

Ja, excuses, dat is bron- en contactonderzoek.

Wij zien ook dat het aantal positieve patiënten veel sneller oploopt. Als we dat extrapoleren – premier Rutte heeft dat in zijn persmoment ook gedaan – betekent dit met een R van 1,33 dat er iedere acht tot negen dagen een verdubbeling is van het aantal positieve mensen per dag. Nu zitten we aan de 2.000 per dag, maar dan ga je dus naar 4.000, acht dagen later naar 8.000 en dan naar 16.000. Goed, u kent de parabel van het schaakbord en de zandkorrels; dan gaat het gewoon echt heel erg hard. Wat wij ook zien, is dat de kloof tussen wat wij aan BCO kunnen doen en wat wij verwachten dat er nodig is in de komende weken, echt gigantisch groot wordt. Dat was vorige week de reden om in een e-mail het ministerie te vragen om hier spoedig over te overleggen, want wat moet je doen als je met zo'n situatie wordt geconfronteerd? Ik moet zeggen dat dat bijzonder snel is gegaan. Een uur of zes na die e-mail hadden we al een intensief overleg met het ministerie, het RIVM, het LCDK, en de inspectie, met eigenlijk alle partijen, om over deze situatie te praten en om daar plannen voor te maken.

We zien nu dat het virus sneller opschaalt dan het snelste opschaalingsplan. We zouden klaarstaan voor die 1.500. Daar zijn we hard mee bezig, maar er zijn op dit moment al 2.000 besmettingen per dag en, zoals ik zei, het einde is nog niet in zicht. Wat ons beperkt in het opschalen, is niet het aantal mensen dat zich aanmeldt om het BCO te doen maar de opleidingscapaciteit, en dan met name het praktijkdeel in de opleiding. Wat ons nu ook parten gaat spelen, is de medische supervisie, want het BCO blijft een medisch proces. Dat betekent dat je infectieziektenartsen nodig hebt, zowel voor het proces, het opleiden en de medische supervisie als voor de analyse van de ingewikkelde clusters. We hebben nu eenmaal maar een beperkt aantal artsen infectieziekten in Nederland, dus we merken dat die ook... Iedereen binnen de GGD werkt al sinds maart diensten van meer dan 40 uur per week en op een gegeven moment merk je echt dat de rek eruit is, zelfs bij infectieziektenartsen, die gewend zijn om dat soort diensten te draaien.

Dat betekent dat we hebben moeten besluiten, in overleg met maar niet met toestemming van het RIVM, tot risicogestuurd BCO. Het uitgangspunt is dat er wel in alle gevallen bron- en contactonderzoek plaatsvindt. Iedere positief geteste persoon wordt dus gebeld, maar vanaf het moment dat je gaat bellen, doe je een triage. In die triage kun je kiezen voor verschillende werkwijzen, maar het resultaat is altijd hetzelfde, namelijk het zo snel mogelijk identificeren en informeren van de persoon en degenen met wie hij in contact is geweest. In dat gesprek stellen we vast of het voor die persoon mogelijk is om te zeggen: ik alarmeer zelf mijn contacten. Dan sturen wij materiaal met die persoon mee, waardoor hij of zij dat kan gaan doen. Ik zal een voorbeeld geven. In de omgeving van Leiden is er nu een volleybalvereniging met 24 teams, waarvan er in heel veel verschillende teams besmette personen zitten. Iedereen die besmet is en ons meldt «ik ben ook volleyballer», kunnen wij daartoe herleiden. Dat betekent dat je dan niet heel strikt hoeft na te gaan: waar bent u in de afgelopen tien dagen geweest? Wij hebben ook met het bestuur en de commissies van die vereniging afspraken. Het bestuur en de vereniging spelen een rol, met een juist quarantainebeleid, met het stoppen van wedstrijden, met het opnieuw plannen van wedstrijden en met het aanspreken van de

leden. Ze zorgen er ook voor dat de juiste personen in quarantaine gaan, op basis van het nauwe contact dat ze tijdens de wedstrijden hebben gehad. Op die manier leggen we meer verantwoordelijkheid bij individuen en ook bij organisaties.

We maken een onderscheid tussen hoge prioriteit en lage prioriteit. Dat ziet u in het linker schema. De zeven criteria voor hoge prioriteit ziet u rechts: een individuele kans op ernstig verloop, wonend in een zorgcentrum of een azc, werkzaam in de zorg, veel contacten langer dan vijftien minuten binnen 1,5 meter – dat heet «frequent en intensief» – een taal- of cultuurbarrière, werkzaam op een school of een kdv, of daar naar school gaand. In die situaties verandert er dus niets en blijven wij gewoon het BCO doen. Maar als het gaat om mensen die een lage prioriteit hebben, waarvan wij dus in de triage vaststellen dat zij minder risico lopen, dan proberen we om ervoor te zorgen dat de indexpatiënt zelf zijn contacten per brief of e-mail informeert. Wij hebben wel met het RIVM goed samengewerkt om vast te stellen wat nou precies die hoge-prioriteit-contacten zijn, want het is natuurlijk een medisch-inhoudelijke beoordeling.

Wat u duidelijk zal zijn geworden, is dat testen en bron- en contactonderzoek ook voor ons een belangrijk onderdeel blijft in de bestrijding van het virus en dat wij de afspraken daarover op basis van de cijfers van het RIVM en de verwachtingen die ook al door de heer Boel zijn gepresenteerd, op dit moment voor ons uitgangspunten zijn. Maar we zien ook dat, als het aantal besmettingen en de testbehoefte zo blijven toenemen, daar gewoon niet tegenop te werken is. Zoals collega Van Dissel al zei: het is cruciaal dat mensen de gemaakte afspraken naleven. Dus onderdeel van het gesprek dat wij hebben met het ministerie is dat vanuit de knelpunten, de ontwikkelingen bij het testen en het bron- en contactonderzoek en de onmogelijkheden die wij ervaren als zich dat doorzet, is dat we iedere keer blijven herhalen – daar wil ik mee besluiten: blijf thuis als je klachten hebt, houd 1,5 meter afstand en laat je bij klachten testen. In de metafoor leggen wij er iedere week een dweil bij, maar gaat de kraan iedere week twee keer zo hard open. Dat houdt je gewoon niet droog.

De voorzitter:

Hartelijk dank, beiden, voor uw presentatie. Ik stel voor om direct over te gaan naar de openstaande vragen. Allereerst geef ik het woord aan de heer Veldman namens de fractie van de VVD. Gaat uw gang.

De heer Veldman (VVD):

Voorzitter, dank u wel. Testen, traceren, isoleren, we kennen het rijtje zoals de heer De Gouw het ook noemt. Het bron- en contactonderzoek is een wezenlijk onderdeel van het hele palet aan maatregelen om het virus te kunnen indammen. We zien dat, zoals de heer De Gouw dat noemt, een zestal regio's inmiddels, zoals sommigen dat noemen, afgeschaald heeft. De heer De Gouw noemt dat risicogestuurd BCO. We zijn het volgens mij met elkaar eens dat dat suboptimaal is. De vraag richting het najaar is dan: als we nu ongeveer 30.000 testen per dag hebben en in het najaar worden 85.000 testen per dag voorzien, waar bereidt de GGD zich dan nu op voor? Ik kan me voorstellen dat, als je van vorige week naar deze week ziet dat het aantal besmette personen is gestegen van 3,9% naar 6,1%, je meer bron- en contactonderzoek moet doen dan je misschien hebt voorzien. Maar met welke aannames en uitgangspunten houdt u dan nu in het najaar rekening? Want afhankelijk daarvan zegt dat iets over de vraag of u het wel of niet aankunt, wat dan ook weer iets zegt over welke maatregelen we wel of niet moeten gaan treffen.

De heer De Gouw:

Een duidelijke vraag. Wat we in ons plan tot eind september hebben gepresenteerd, is dat we landelijk per week 275 mensen kunnen opleiden

en dat in de regio's, afhankelijk van de drukte die er is, ook nog mensen kunnen worden opgeleid. Dan moet je ook denken aan in ieder geval meer dan 100. In het vorige plan is dat dakpansgewijs weergegeven. Met dat plan kunnen we mensen opleiden. Dat kan dus week in, week uit gebeuren. Zoals ik al zei: er zijn genoeg mensen die zich melden. Maar dat is de capaciteit die wij kunnen leveren. Als we kijken naar de grafiek die in de presentatie van de heer Boel staat, zien we dat de prognose van het RIVM, die een paar maanden geleden al gemaakt is, op basis van 5% positieven binnen het aantal mensen wat zich meldt voor een test, de basis is voor de opbouw van de BCO-capaciteit. Dat betekent dat, als de verwachtingen daar sterk van afwijken, wij niet de capaciteit hebben om dat te gaan doen. We zijn nu op verzoek van het ministerie bezig met het uitwerken van het plan, want zoals gezegd was die trend al eerder aangegeven voor de rest van het jaar. Daarin komen die aantallen terug. Maar dan gaat het er ook over dat we nu eigenlijk iedere week een idee krijgen – dat heeft collega Van Dissel al goed laten zien – hoe dat verder stijgt en welke scenario's je daarbij nodig hebt. Die twee zaken moeten wij combineren om in ons plan te kunnen vaststellen of we BCO kunnen blijven doen zoals het in een optimale situatie nodig is. Of moeten we steeds vaker gaan werken met risicogestuurd BCO? Dat is natuurlijk voor de berekeningen en dus ook voor het plan en voor het aantal fte van belang, omdat risicogestuurd BCO betekent dat je meer BCO's kunt doen in een bepaalde periode. Dat gesprek moeten wij komende week gaan voeren. Zelfs op dit moment vindt er al een gesprek plaats met VWS, waar ik niet bij kan zijn omdat de Kamer in onze democratie natuurlijk belangrijker is dan het kabinet. Daar wordt op dit moment dus aan gewerkt.

De voorzitter:

Dank u wel. Tweede vraag van de heer Veldman.

De heer Veldman (VVD):

Mijn tweede vraag aan de heer Boel is een verhelderende. Volgens mij zei meneer De Gouw in een tussenzinnetje wat ik eigenlijk vroeg. Begrijp ik nou goed dat u uitgaat van een basispad van 5% besmettingen?

De voorzitter:

Stelt u uw tweede vraag gelijk.

De heer Veldman (VVD):

Mijn tweede vraag aan de heer Boel gaat over de uitvraag van leveranciers. De heer Boel zei: we hebben een beperking qua testmateriaal, en dat speelt ons parten, want daardoor kun je uiteindelijk minder testen. Nou hoor ik links en rechts mensen zeggen: er wordt nu al ingeteerd op de voorraad die er voor het najaar beschikbaar is. Is dat waar? Klopt dat? Wat betekent dat dan voor de testcapaciteit van het najaar? En als dat betekent dat die capaciteit dan naar verwachting minder is dan de 85.000 die we nodig hebben, betekent dat dan niet dat we versneld moeten inzetten op de sneltesten, die weliswaar minder betrouwbaarheid hebben, en bent u daar dan ook al mee bezig? Zijn die al in aankoop of in bestelling?

De heer Boel:

De vraag die gesteld wordt, is of wij aan het interen zijn op de materialen die er zijn. Dat zijn we inderdaad op plaatsen strategisch aan het doen, wetende dat wij per oktober meer materialen krijgen. Wij zijn dus aan het titreren om zoveel mogelijk testcapaciteit beschikbaar te hebben, maar we kijken wel heel nauwkeurig dat we niet uit de testcapaciteit lopen. Ondertussen wordt er natuurlijk allerlei capaciteit bijgeplaatst en bijgecontracteerd. Want er zijn nog laboratoria die verder gaan opschalen, we hebben nog het poolen wat gaat gebeuren, dus er wordt nog veel

opgeschaald. We zijn enigszins aan het interen, maar wij zien daarin geen risico voor het najaar.

De vraag over de sneltesten: daar wordt nu naar gekeken, het RIVM is daarmee bezig. Zodra duidelijk wordt dat er sneltesten zijn die betrouwbaar gevalideerd zijn, zullen we zeker kijken waar die een rol kunnen krijgen in het hele testpalet. Maar het is in eerste instantie aan het RIVM om daar een uitspraak over te doen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan misschien een korte reactie op het tussenzinnetje.

De heer De Gouw:

Ja. In de eerste plannen waren wij uitgegaan van 2% minimaal en 8% maximaal als percentage positieven. U heeft net van collega Van Dissel gehoord dat er op dit moment 1 miljoen mensen zijn geweest die het waarschijnlijk hebben gehad. Dus wij hebben ons bij de berekeningen gebaseerd op het feit wat je dan weet over de prevalentie in de bevolking en over hoe snel die stijgt. Daarom hebben we gezegd: als je kijkt naar 5% en 85.000 dan is dat het richtgetal. Als wij in staat zijn met de wekelijkse opschaling die wij kunnen doen, die dus gewoon echt geplafonneerd is, hoger te komen, dan doen we dat uiteraard. Dat is de reden dat we dat als richtsnoer hebben genomen voor de komende periode.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Dik-Faber, uw vraag.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Dank aan de beide heren voor de presentatie. Ik heb een vraag aan de heer Boel als het gaat over de capaciteit in de laboratoria. Ik heb hier inderdaad gezien dat er veel gebruik wordt gemaakt van de capaciteit van de microbiologische laboratoria, dat zat ook in de presentatie. Nu is er in de samenleving, ook gevoed door berichten vanuit de media, discussie ontstaan over de vraag of we niet veel meer gebruik zouden moeten maken van commerciële laboratoria. Doen we dat al? Gaan we dat doen? Hoeveel laboratoria zijn er en hoeveel testen kunnen er dan extra uitgevoerd worden? Kunt u daar het een en ander over toelichten?

De heer Boel:

De vraag naar de capaciteit en het gebruik daarvan: we gebruiken de medisch-microbiologische laboratoria omdat we ze ook in ziekenhuizen nodig hebben en daar waar nodig ook voor de GGD's. Wij zijn zeker ook bezig met commerciële laboratoria. Die zitten ook in de grafiek in de brief aan de Kamer. Daar hebben we behoorlijk veel capaciteit ingekocht, die in de komende periode steeds verder opgeschaald gaat worden. Daar maken we dus steeds meer gebruik van. Is dat een antwoord?

De voorzitter:

Dank u wel. Omwille van de tijd denk ik in ieder geval een antwoord op de vraag van mevrouw Dik-Faber. Kom ik bij mevrouw Van Esch. Gaat uw gang.

Mevrouw Van Esch (PvdD):

Dank u, voorzitter. Ik heb een vraag aan de heer De Gouw. Ik ben benieuwd hoe het testen in de vleessector, en specifiek in de slachthuizen op dit moment is vormgegeven vanuit de GGD. Dit naar aanleiding dat er de afgelopen tijd meerdere keren brandhaarden zijn geweest. We hebben ook in Duitsland gezien hoe het daar op dit moment gaat. Maar daar hebben we ook gezien dat er heel gericht getest wordt bij slachthuizen. Eind mei is door de Minister aangegeven dat dat ook in Nederland vaker

het geval zal gaan zijn. Ik ben benieuwd hoe wij dat doen en hoe het er op dit moment voorstaat.

De heer **De Gouw**:

Dat is ook een van de onderwerpen van de email: het risicogestuurd testen ter bestrijding van het virus. Er zijn ook verschillende adviezen gekomen van het OMT, nog vorige week, over het testen in verpleeghuizen naar aanleiding van het rapport van Hertogh. Wij volgen uiteraard de adviezen op die er zijn. Dat betekent dat wij in situaties waarin sprake is van verschillende positieve mensen en wij het idee hebben dat sprake is van een kwetsbare omgeving of situatie, risicogestuurd testen. Dat is bijvoorbeeld gebeurd in de vleessector, maar dat gebeurt ook in instellingen voor de ouderenzorg, en ook in de azc's die grotere uitbraken hebben. We proberen een deel van de capaciteit daarvoor te reserveren. Alleen wordt dat wel ingewikkeld. Die verschillende voorrangregelingen strijden met elkaar. Ook de pilots die bijvoorbeeld liepen op Schiphol en met de CoronaMelder om daar mensen zonder klachten te testen, zijn noodgedwongen even on hold gezet, omdat we in ieder geval de mensen met klachten, de voorrangsgroepen en de mensen zonder klachten met het grootste risico willen blijven testen. Tot nu toe lukt dat, omdat we een deel van de capaciteit daarvoor beschikbaar houden. Maar het beschikbaar houden zonder te gebruiken kan nooit te lang duren, omdat dan de wachttijden in de reguliere teststraten verder zouden oplopen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg, namens het CDA. Gaat uw gang.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dank u wel, voorzitter. We willen beide vragen graag stellen aan de heer Boel. De eerste betreft het rapport van de inspectie, dat eind vorige week is verschenen. Daarin staat bijvoorbeeld dat de medewerkers van de GGD allemaal volgens het protocol van de eigen GGD werken. De uitvoering van wat ik maar informatiefolders noem op testlocaties is niet eenduidig. Tussen de GGD's is veel variatie in de uitvoering van de testafname. Ik zou graag van meneer Boel willen weten: als je toch praat over een diagnostische keten, waarom is er dan tot dusverre geen uniformiteit? Dat is mijns inziens wel essentieel in crisistijd.

De heer **Boel**:

Het rapport van de inspectie spreekt inderdaad over wat er gebeurt in de teststraten. Daar is variatie, daar zijn veel afspraken gemaakt. Het advies is feitelijk om dat verder te verbeteren en om de laboratoria te betrekken, omdat ze feitelijk inderdaad een onderdeel zijn van de diagnostische keten. Ik denk dat dat een goed advies is, wat we ook met de laboratoria gaan bespreken om dat te gaan doen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Uw tweede vraag, mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Volgens mij was dat geen antwoord op mijn vraag. Ik vroeg namelijk wat de reden was waarom het niet gebeurd is in de afgelopen zes maanden. Misschien kan dat nog meekomen bij het tweede antwoord. Het andere wat mij opviel in de presentatie van meneer Boel is dat hij regelmatig over aanbesteding spreekt. En als er nou ergens een uitzondering is op de Aanbestedingswet, naast Defensie, is het wel bij dringende spoed: dan hoeft er niet te worden aanbesteed, wat een enorme verkorting van de procedure is. Dus ik vroeg me af waarom midden in crisistijd er toch aanbestedingsprocedures komen waaruit dan vervolgens de conclusie

wordt getrokken dat er problemen zijn met machines, omdat ze niet voldoen aan de vereisten.

De heer **Boel**:

Eerst even terugkomend op de vorige vraag: het is niet zo dat er helemaal niets gebeurd is. Er zijn zeker laboratoria die dat ook gedaan hebben. Alleen: we zijn natuurlijk bezig geweest om een heel palet in te richten tussen GGD's en laboratoria, waar meer dan 100 testlocaties zijn, die natuurlijk allemaal goed ingericht moeten worden. Daarnaast hebben we schaarste, wat betekent dat de combinaties tussen GGD's en testlocaties met enige regelmaat wisselen. We zitten dus in een niet-stabiele situatie, omdat we nog niet voldoende testcapaciteit hebben. Er is dus niet niks gebeurd, maar het is nog niet compleet afgekaart. Daar moet zeker aandacht voor zijn.

De tweede vraag gaat over de aanbesteding. Ik weet het eerlijk gezegd niet. VWS bepaalt op welke manier wij aankopen. Als VWS aangeeft dat het nodig is om een aanbesteding te doen, dan is dat de procedure die we volgen. Daar kan ik dus niks over zeggen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Diertens, uw tweede vraag. Gaat uw gang.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Ik heb een vraag aan de heer Boel. We zijn erachter gekomen dat we in Nederland een ander landschap hebben van laboratoria. Nederland is met vele kleine labs niet goed ingericht op een pandemie. Dat is een belangrijke reden waarom het testen nu niet duurzaam – dat woord triggerde mij heel erg – gestart of doorgezet kan worden. Dat is dus heel aanzienlijk anders dan bijvoorbeeld in Duitsland, dat ook meer test. Dit wisten we toch eigenlijk al langer dan vandaag? En wat hebben we hier dan van geleerd, zodat we wel duurzaam kunnen testen tijdens een tweede golf?

De heer **Boel**:

Ik ben het er niet mee eens dat Nederland niet goed is ingericht. Nederland is anders ingericht dan Duitsland. Nederland is regionaal ingericht. Er is heel veel samenwerking. Ik wil ook aangeven dat de medisch-microbiologische laboratoria geen kleine laboratoria zijn. Er zijn best wel kleine laboratoria bij, maar er zijn ook grote laboratoria bij. Het is dus echt een palet. In Duitsland is er een heel ander landschap. Daar zijn heel grote laboratoria die 25 ziekenhuizen bedienen, met ook een ander serviceniveau op het punt van infectieziektenbestrijding. Daar hebben we in het verleden ook de resultaten van gezien. Het is wel zo dat je in Duitsland met die grote laboratoria op het moment van een pandemie misschien beter voorbereid bent dan in Nederland. Dat is iets wat we feitelijk geconstateerd hebben. Op een pandemie waren we dus misschien niet optimaal voorbereid. Ik hoop dat dat een antwoord is. Wat wij nu aan het doen zijn, is feitelijk capaciteit bijplaatsen en groter maken en ook meer met een hoog volume laboratoria gebruiken door te poolen, door laboratoria aan te haken en door laboratoria te vragen om verder op te schalen. Dat is voor de periode van de pandemie. Er zal ook een periode post-pandemie zijn. Ik denk dat er een discussie zal moeten komen over hoe we het dan zouden willen inrichten.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Van der Staaij, uw tweede vraag. Gaat uw gang.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Dank u wel. Ik heb een vraag voor de heer De Gouw over het actuele beeld van de plek waar mensen besmet zijn geraakt. Thuis, op het werk en in de horeca zijn vaak genoemd. Wat is op dat punt nu de stand van

zaken? En in hoeverre wordt ook nagegaan of mensen de regels wel of niet hebben nageleefd om te zien of dat tot besmetting heeft geleid?

De heer **De Gouw**:

Dat is een mooie combinatie van twee vragen. Uw eerste vraag is hoe het gaat met het brononderzoek. Dat brononderzoek proberen we ook risicogestuurd uit te voeren. Ik noemde net al het voorbeeld van een volleybalvereniging. Dat betekent dat we niet bij iedereen nagaan of het mogelijk ook thuis, bij een groep vrienden of in een kroeg zou zijn gebeurd. Als wij erachter komen dat er een gemeenschappelijke bron is, dus als bijvoorbeeld een kroeg drie of vier keer wordt genoemd, dan gaan wij wel met die kroeg in gesprek om te kijken of het toevallig is geweest dat daar een persoon is geweest die een paar mensen heeft besmet of dat er sprake is van het structureel niet kunnen naleven van alle maatregelen die we hebben genomen, bijvoorbeeld – ik noem maar iets – doordat er karaoke wordt gezongen, wat natuurlijk tegen het zangverbod is. Wij kijken dus wel iedere keer naar de oorzaken die wij kunnen vinden. Wij adviseren de voorzitter van de veiligheidsregio dan welke maatregelen het meest passend zijn in zo'n situatie. Dat doen we bijvoorbeeld ook met studentenverenigingen. Daar maken we ook afspraken mee. We proberen het dus wel iedere keer te analyseren en te duiden, maar daarbij gaat het er met name om dat we een groot onderscheid maken tussen enerzijds situaties die zich hebben voorgedaan die eenmalig zijn geweest, zoals een bruiloft, een begrafenis, een examenfeest of een kennismakingsperiode, waarvan je denkt dat het toen is gebeurd maar waar je nu geen maatregelen voor hoeft te nemen, en anderzijds bronnen waar structureel sprake is van het niet kunnen naleven of van een hoger besmettingsniveau door een andere reden, bijvoorbeeld vanwege de ventilatie. Dat zijn met name de bronnen die we dan gaan aanpakken.

De **voorzitter**:

Dank u wel.

De heer **De Gouw**:

Dat was het antwoord op het eerste deel van de vraag. Of heb ik beide vragen beantwoord?

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Nou, zit er nog verandering in de volgorde, in hoe vaak het thuis, op het werk of in de horeca vóórkomt?

De heer **De Gouw**:

Wat we zien, is dat thuis nog steeds het grootste aandeel heeft. Er gaan nu wel weer meer mensen naar hun werk. Dat hangt ook samen met de presentatie die collega Van Dissel heeft gegeven. Het wordt daar dus drukker. Meer mensen gaan ook weer naar de kroeg. We zien dus ook een toename van het aandeel van de kroeg, maar dat zijn beperkte percentages ten opzichte van familie en gezin. Dat maakt het ook wel ingewikkeld.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De laatste vraag is van de heer Van Otterloo.

De heer **Van Otterloo** (50PLUS):

Dank u wel, voorzitter. Ik deel overigens de verbazing van mevrouw Van den Berg over het aanbestedingstraject, maar dat lijkt me meer een beleidsvraag dan een vraag die hier gesteld moet worden. Ik heb een vraag aan de heer De Gouw. Die vraag sluit ook aan bij de voorgaande vraag. Ik hoor ook verhalen dat het heel lastig is om de bron werkelijk vast te stellen. Je bent ook afhankelijk van de eerlijkheid van degene die de

infectie meldt over de vraag of er wel of niet afgeraden activiteiten – ik wil niet zeggen: verboden activiteiten – hebben plaatsgevonden. Ik ben benieuwd hoe accuraat de cijfers kunnen zijn als je zo afhankelijk bent van degene die zich meldt om zich te laten testen.

De heer De Gouw:

We zien wel dat er een grote bereidheid is, tenminste een bereidheid bij een groot deel van de bevolking, om vragen zoals «waar bent u geweest?» te beantwoorden. Dan krijg je dus een tijdlijn van veertien dagen. Dan zijn mensen in een kroeg geweest, naar een markt geweest, naar het strand geweest, op familiebezoek geweest, naar een bioscoop geweest. Dat zijn dus allemaal plaatsen waar iets kan worden opgelopen. Als we dan tien tijdlijnen hebben van mensen in elkaars omgeving en als we vaststellen dat twee of drie mensen in dezelfde kroeg of in dezelfde bioscoop zijn geweest, dan is dat een mogelijke bron van besmetting. Maar je zou iedere keer moeten typeren, dus echt terug moeten gaan naar het virus en kijken of het een beetje op elkaar lijkt om erachter te komen wat daadwerkelijk de bron is geweest. Omdat de capaciteit daarvoor beperkt is en omdat het een paar dagen duurt, moet je je afvragen in welke situaties je gaat typeren. Dat is bijvoorbeeld wel bij de slachthuizen en de verzorgingshuizen, maar dat zal niet snel gebeuren bij een kroeg. Dat betekent dat er altijd een mogelijke bron van besmetting is geweest, maar bij bijvoorbeeld een vriendenteam dat samen zaalvoetbalt, samen naar de kroeg gaat en ook samen naar een feestje gaat, kunnen we nooit uit die drie kiezen wat nou precies de uiteindelijke bron is. Maar in het algemeen is het wel zo dat mensen eerlijk zijn in wat ze zeggen, natuurlijk met uitzondering van situaties waarin het echt iets illegaals is geweest. Sommige mensen geven ook wel een andere duiding aan het geheel. Sommige mensen noemen een feest dan «een kennismakingsbijeenkomst». Wat dat betreft heb ik de afgelopen maanden heel wat verhullend woordgebruik geleerd.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan zijn we daarmee aan het einde gekomen van deze technische briefing. Ik dank de heer Van Dissel, die ons al heeft verlaten, de heer Boel en de heer De Gouw hartelijk voor hun komst naar de Kamer en voor de beantwoording van de vragen. Ik dank de Kamerleden voor hun inbreng. Ik dank de mensen die deze technische briefing op afstand hebben gevolgd, hartelijk voor de belangstelling. Ik geef u mee dat het begin van het plenaire debat over de ontwikkeling van het coronavirus vanavond rond 18.30 uur gepland staat. Ik verwijs u graag naar de Kameragenda voor de exacte aanvangstijd; hou die in de gaten, zou ik zeggen. Voor nu wens ik iedereen een fijne dag.

Sluiting 14.59 uur.