

Vergaderjaar 2019–2020

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 414

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 5 juni 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 20 mei 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 zeventien leden der Kamer, te weten: Agema, Asscher, Baudet, Van den Berg, Bergkamp, Van Brenk, Diertens, Dik-Faber, Ellemeet, Van Esch, Van Haga, Hijink, Van Kooten-Arissen, Kuzu, Lodders, Van der Staaij en Veldman,

alsmede de heer De Gouw, mevrouw Kaljouw en de heer Van Dissel.

Aanvang 9.30 uur.

De voorzitter:

Hartelijk welkom bij de vaste commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is een technische briefing over de ontwikkeling van het coronavirus. We hebben vandaag drie gasten, die ik graag van harte welkom heet. Aan mijn rechterzijde zit de heer Jaap van Dissel. De heer Van Dissel is directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. Hartelijk welkom. In de zaal hiernaast is mevrouw Kaljouw aanwezig. Zij is voorzitter van de raad van bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit. Ook de heer De Gouw, directeur Publieke Gezondheid van GGD Hollands Midden, is daar aanwezig. Zij kijken mee, dus ook tegen hen zeg ik: hartelijk welkom. Uiteraard ook een hartelijk welkom aan de Kamerleden. Dat geldt ook voor de mensen die deze technische briefing op afstand volgen: zeer welkom.

Ik gaf het al aan: we hebben vandaag drie gasten. De heer Van Dissel zal in zijn presentatie onder andere ingaan op de groepsimmunititeit, de exitstrategie en internationale vergelijkingen. Vervolgens zijn de twee andere sprekers aan de beurt. Mevrouw Kaljouw zal ons informeren over het opstarten van de reguliere zorg, waarbij zij tevens kort zal ingaan op de ggz. De heer De Gouw zal spreken over het testbeleid en het bron- en contactonderzoek.

De procedure voor de technische briefing is denk ik bij velen van u inmiddels wel bekend, maar voor de goede orde meld ik die nog even. Ik geef zo dadelijk eerst de heer Van Dissel het woord. Hij geeft een presentatie. Vervolgens is het woord aan de Kamerleden om een vraag te stellen. Dan hebben we een tweede ronde, gevolgd door een vragenronde. U kunt vandaag maximaal twee vragen stellen. Vanwege de tijd is er geen gelegenheid voor een verdiepingsvraag. Ik hoop dat we elkaar daaraan kunnen houden. De presentaties van onze drie gasten staan inmiddels op de website, dus de mensen die thuis meekijken en mee willen lezen, verwijs ik naar de website van de Tweede Kamer. Dan geef ik nu graag het woord aan de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Gaat uw gang.

De heer Van Dissel:

Dank u wel. Goedemorgen. Ik wil vandaag de onderwerpen die u net noemde kort behandelen, dus een korte update geven, ingaan op onze exitstrategie, een uitstapje maken naar wat andere landen doen en het een en ander toelichten over kudde-immuniteit, groepsimmunititeit. We lopen snel door de, denk ik, nu wel bekende dia's heen. U ziet hier het overzicht van bij de GGD gemelde patiënten, opgenomen patiënten en de leeftijdsverdelingen in de verschillende groepen. Het is duidelijk dat er een afname in het aantal meldingen is. U ziet er een patroon doorheen lopen. Dat zijn de weekenddagen versus de weekdays. U ziet dat dat bij de opnames natuurlijk minder geldt. Beide grafieken tonen een belangrijke afname in de afgelopen weken. Met betrekking tot de leeftijdscohorten ziet u rechtsboven van alle gemelde patiënten de man-vrouwverhouding en de leeftijdsverhouding. U ziet dat daar duidelijk meer vrouwen zijn. Dat hebben we vorige keer al even besproken: dat is

de selectie ten gevolge van het testbeleid, dat zich vooral richt op zorgverleners, die vaker jong zijn en die vaker vrouw dan man zijn. Vandaar dat het beeld wat vertroebeld wordt door die bias door het testen. De middelste en de onderste grafiek tonen de leeftijdsverdeling van de opgenomen patiënten. Die zijn duidelijk ouder dan de gemiddelde gemelde patiënt. De patiënten die komen te overlijden hebben een gemiddelde leeftijd van zo'n 80, 85 jaar; die zijn nog wat ouder. Daar zie je de man-vrouwverhouding min of meer recht trekken.

Op de volgende dia zien we de totale aantallen patiënten die gemeld zijn in het Osirismeldsysteem van de GGD. Dat zijn er inmiddels ruim 44.000. Ongeveer een kwart daarvan is opgenomen in het ziekenhuis. U ziet in totaal zo'n 5.715 overleden patiënten onder de gemelde patiënten, dus onder de patiënten waarbij de infectie bevestigd is. Ik kom zo even terug op het totale aantal dat misschien aan covid moet worden toegeschreven. Dat is één maat voor hoe de situatie in Nederland is.

Een andere maat is om te kijken naar de virologische bepalingen, dus de laboratoriumbepalingen gericht op het aantonen van het virus. U ziet dat inmiddels zo'n 300.000 bemonsteringen hebben plaatsgevonden. Daarvan was 15% positief over de hele periode. U ziet in de grafiek daaronder het verloop in de tijd. Aanvankelijk nam het percentage dat positief getest werd toe tot tegen de 30%. U ziet dat het eigenlijk al wekenlang dalende is. Inmiddels is het percentage positieve testen onder de 5% en worden nog zo'n 4.000 tot 6.000 à 7.000 testen per dag uitgevoerd. Het moge duidelijk zijn, en dat komt misschien ook straks bij de heer De Gouw aan bod, dat we momenteel een hogere capaciteit hebben dan het aantal dat getest wordt, maar dat van het aantal dat getest wordt slechts zo'n 5% positief is.

Hoe komt dat? De verklaringen daarvoor kunt u misschien deels aan de rechterzijde zien. Die geeft van de huisartsen peilstations weer wat het verloop is van het aantal personen met klachten aan de luchtwegen. Uit de bevolking gaan personen met luchtwegklachten naar de huisarts. Zo'n 40+ huisartsen documenteren dat, geven dat door en doen ook bemonsteringen onder die patiënten. Dat betreft zo ongeveer 1% van Nederland. En u ziet dat er na een aanvankelijke toename een afname is van het aantal meldingen bij de huisarts en van het aantal patiënten dat naar de huisarts gaat.

U ziet ook dat we sedert januari ook deels retrospectief hebben bepaald in hoeveel bemonsteringen het coronavirus werd gevonden. Dat zijn die donkerrode balkjes die erbovenop liggen. Nou, u ziet eigenlijk dat we pas na de periode dat ook de eerste patiënt was gemeld, patiënten aantreffen binnen Nivel huisartsen peilstations die het coronavirus hadden. U ziet dat in de onderste grafiek als percentage van het aantal bemonsteringen weergegeven. Dat loopt op. En u ziet dat het ook al geruime tijd aan het teruglopen is. Dus de indruk is dat de druk door de coronavirusinfectie momenteel aan het afnemen is, en dat zien we ook terug bij de ziekenhuisopnames. Dat vertaalt zich in het aantal patiënten dat naar de huisarts gaat, het aantal patiënten daarvan bij wie we corona aantonen en het aantal patiënten bij wie bemonsteringen plaatsvinden en bij wie de bemonsteringen absoluut gezien afnemen. Maar ook het percentage «positief» neemt af. Dat past allemaal bij een uitbraak die aan het afnemen is.

Op de volgende slide ziet u de verdeling over Nederland. Dan gaan we even uit van de opgenomen patiënten. Dat is dus de selectie van wat meer ziekere patiënten. Ik denk dat het beeld bekend is. Vooral Brabant, Limburg en delen van Overijssel en Zuid-Holland zijn getroffen. Dat vertaalt zich naar de grafieken aan de rechterzijde die het aantal per provincie weergeven. U ziet eigenlijk dat er in alle provincies sprake is van een sterke afname van het aantal patiënten, waar dat natuurlijk aanvankelijk toenam.

Als je die aantallen uitzet in een soort – wat wij dan noemen – hittemap, waarbij de intensiteit van de kleur de mate van infecties weergeeft, dan ziet u tussen 2 en 15 maart de toename. Dit zijn steeds, geclusterd over twee weken, de aantallen infecties, geprojecteerd op de gemeentes in Nederland. Van 16 tot 29 maart zit je in een hoge fase, en daarna ziet u het eigenlijk afnemen. Ook hier ziet u het verschil tussen de verschillende regio's in Nederland terug. Ik wijs met name op Brabant en Limburg. En als u naar de meest rechtse grafiek kijkt, die ongeveer de afgelopen twee weken beslaat, dan ziet u eigenlijk dat de verschillen in Nederland zo goed als gemarginaliseerd zijn, zij het natuurlijk dat er nog steeds pockets zijn met meer infectieactiviteit dan andere regio's. In bijvoorbeeld de noordelijke provincies, maar ook in Noord-Holland, ziet u dat er eigenlijk geen ziekenhuisopnames door COVID-19 meer zijn.

De totale grafiek ziet u dan rechtsboven geprojecteerd. Dat zijn de ziekenhuisopnames en de ic-opnames. Bij beide zien we de afgelopen weken natuurlijk een afname van nieuwe patiënten.

Als we het projecteren op een andere wijze, namelijk deels modelmatig en in de modeluitkomsten de actuele cijfers opgenomen – die zijn aangegeven met de dots, met de harde stippen – dan ziet u in het blauw-turquoise gebied het verloop van het aantal opnames op de ic's en rechts de totaal bezette bedden op de ic's. Nou, u heeft de piek, die correleerde met de piek die u net zag, en daarna eigenlijk een afname. Dat is een afname die momenteel nog steeds doorloopt. We hebben nu nog enkele patiënten die worden opgenomen op de ic, maar het is een fractie van wat het eind maart, begin april was. Dat vertaalt zich ook naar een afname van het totale aantal ic-bezettingen. Die afname loopt natuurlijk altijd achter, omdat er altijd patiënten zijn die nog langdurig beademd worden. Het aantal nieuwe patiënten is, zoals gezegd, zo tegen de vijf per dag en afnemende. Wij verwachten, inclusief de doorrekening van de maatregelen die op 11 mei al getroffen waren, dat het aantal patiënten nog verder afneemt.

Dan een update van de situatie in de verpleeghuizen. Wij hebben een toename gezien tot ongeveer 30%, 40% van de verpleeghuizen die ten minste één geval van COVID-19 hadden. U ziet dat dat de afgelopen weken ook belangrijk is afgenomen. Het is nog steeds niet het geval dat er geen nieuwe verpleeghuizen meer bij komen, maar u ziet dat de belangrijkste bulk, hoos, aan het begin is geweest. Dat vertaalt zich ook naar het aantal cliënten die positief getest worden in de verpleeghuizen. Vaak is dat één persoon en vervolgens zijn het meerdere personen op een afdeling. Ten slotte ziet u het meest rechts – houdt er rekening mee dat de Y-as wisselt wat betreft aantallen – dat het aantal overlijdens in de verpleeghuizen ook aan het afnemen is.

Dan het totale aantal personen die zijn komen te overlijden door COVID-19. Dat weten we natuurlijk niet absoluut zeker, voor de duidelijkheid. We kunnen kijken hoeveel bevestigde patiënten overleden zijn. U ziet dat dat zo'n 5.700 zijn. Dat zijn de patiënten die getest zijn en in het beloop zijn komen te overlijden. Aan de rechterzijde ziet u de totale sterfte die bij het CBS wordt gerapporteerd. Dat is de complete sterfte. Daar zit een hele kleine fractie in die achterloopt. Over het algemeen zijn dat goede, actuele sterftegetallen. U ziet dat er in de covidtijd, dus de afgelopen negen weken, een oversterfte was van ronduit 9.000 personen. Het is een vrij steile piek, die inmiddels weer daalt naar het gele gebied, dat wat schommelt. Dat zijn eigenlijk de achtergrondoverlijdens in Nederland.

U ziet, even ter vergelijking, de sterfte door het intensieve griepseizoen van twee jaar terug. De aantallen waren ongeveer gelijk, maar u ziet dat de piek een ander karakter heeft. Die is breder. Het aantal weken dat het seizoen speelde, was ook het dubbele van de periode tot nu toe met de covidinfecties. En een belangrijk verschil tussen beide uitbraken om ook mee te nemen is dat er tijdens het griepseizoen natuurlijk ook opnames

op de ic zijn, maar lang niet zo veel als tijdens de afgelopen periode, waarschijnlijk ten gevolge van covid. Deze piek, voor de duidelijkheid, kan deels gekleurd zijn door andere infecties die een rol hebben gespeeld. We weten dat er bijvoorbeeld ook nog influenza-activiteit was in die periode. Verder onderzoek zal in de toekomst nader moeten duiden hoeveel hiervan aan covid is toe te schrijven.

Dan hier nog even een grafiek die ik eerder heb geprojecteerd en waar ik helaas een fout in heb gemaakt. Die wil ik hierbij herstellen. U ziet hier een grafiek van de John Hopkinswebsite, die het aantal gemelde patiënten, de verdeling over de verschillende landen en de sterfte zeer actueel bijhoudt, waarbij ze ook vergelijkingen maken met andere landen. De grafiek rechtsboven – dat kunt u zich misschien herinneren – heb ik hier vaker laten zien. Alleen was foutief aangegeven dat er met die dichte rondjes niet alleen sprake was van Europese landen, maar dat het, zoals u aan de linkerkant kunt zien, in feite de landen betrof met initieel de hoogste sterfte. Daar bevindt Nederland zich, zoals u ziet, tussenin. Dus er was een fout gemaakt, die we hiermee hopen te herstellen. Maar wat deze grafiek toont, is eigenlijk genormaliseerd op aantal bevolking, per 100.000 van die bevolking, de sterfte ten gevolge van bevestigde covid. Het geeft een indruk van de verdeling over de verschillende landen.

Er zijn natuurlijk een heleboel caveats, zoals dat heet: dingen die maken dat deze grafiek niet eenduidig is te interpreteren, want u kunt zich voorstellen dat het aantal testen uitmaakt voor het percentage dat komt te overlijden. Er kunnen verschillen in demografie zijn tussen landen, bijvoorbeeld tussen een land met een relatief jonge bevolking en een land met een vergrijsde bevolking. Nou, dat soort factoren speelt er allemaal doorheen en is daar niet extra in meegenomen. Waar dit wel voor corrigeert, is de aantallen bevolking. In die zin vond ik dit een informatieve grafiek.

We komen in Nederland dan uit op 12,9%, maar we kunnen ook nog een schatting meegeven op grond van eerder onderzoek dat ik hier ook heb getoond. Dat is het zogenaamd sero-immuniteitsonderzoek. Sanquin is nagegaan hoeveel bloed- en plasmadonoren in antistof testen positief reageerden op het coronavirus. Dat was zo tegen de 3%. We hebben het ook in het zogenaamde PIENTER-onderzoek binnen het RIVM herhaald. Dat onderzoek trekt steekproefsgewijs bemonsteringen uit Nederland. Daarin hebben wij ook bepaald wat het percentage personen is die antistoffen heeft. Daar kwamen we op ongeveer 4% uit. Als je dat terugrekent naar de Nederlandse bevolking, dan kom je zo tussen de 600.000 en 700.000 personen uit. Dat is dan de groep die in ieder geval in aanraking is geweest met het virus. Ook daar kan je bijvoorbeeld het totale aantal overlijdens op berekenen. Dan kom je momenteel net boven de 1%. Dit blijft natuurlijk ook een schatting – dat wil ik benadrukken – maar het geeft een indruk van wat de invloed is van testbeleid op de percentages die je terugkrijgt. Uiteindelijk is die 1% waarschijnlijk dichter bij wat er gebeurd is dan die 12,9%.

De voorzitter:

En verduidelijkende vraag van mevrouw Agema, als het mag.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Is die plaatsing van Nederland, met die 12,9%, gebaseerd op die 5.715 overlijdens of op die 9.000 die er daadwerkelijk zijn?

De heer Van Dissel:

Nee, op de vijf.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dus dan zouden we ergens anders staan als we meer hadden getest?

De heer **Van Dissel**:

Kijk, als je meer test en je ervan uitgaat dat niet afhankelijk van de testen de personen overlijden, wat niet aannemelijk is, dan gaat het percentage uiteraard omlaag. Als je bij wijze van spreken het tegenovergestelde zou doen, alleen maar hele ziek mensen testen, dan vind je natuurlijk een veel hoger percentage overlijdens. Dat is wat dat bepaalt.

Dan naar de indicatoren die we volgen en even een beeld van hoe dat in de rest van Europa was. Dit toont een aantal dingen. We rapporteren regelmatig over het zogenaamde reproductiegetal: het aantal zieken ten gevolge van één besmette persoon. Als dat bijvoorbeeld twee is, zal elke zieke persoon twee nieuwe zieke personen veroorzaken en besmetten. Die krijgen dan de infectie. Dus een hoog getal betekent dat de infectie zich verspreidt. Een laag getal betekent dat de infectie uitdooft. En als het rond de een is, is de totale hoeveelheid geïnfecteerden stabiel.

Om even aan de linkerkant te beginnen, dat getal hangt uiteraard af van hoe men zich houdt aan de verschillende maatregelen die gesuggereerd zijn, zoals: vermijd drukte, blijf thuis, werk thuis. Dat ziet u vertaald in de getallen van het Google Mobility Report. Het heeft altijd een zekere vertraging voordat dat gerapporteerd wordt. U ziet dat de laatste gerapporteerde getallen van de eerste week van mei zijn. Dit geeft een redelijk constant beeld, waarbij de bevolking – dit is daar natuurlijk ook een bepaalde steekproef van – inderdaad gehoor geeft aan de verschillende maatregelen die gesuggereerd zijn. Dat vertaalt zich uiteindelijk naar een reproductiegetal dat tussen de 2 en de 3 begon en op grond van de maatregelen gedaald is onder de 1, en sindsdien een beetje wiebelt tussen 0,7 en 1,0. Die getallen berekenen we op grond van de ziekenhuisopnames. Dat is een relatief robuuste parameter. Van de ziekenhuisopnames wordt nagegaan wat de eerste ziektedag was. Dat ziet u in de rode lijn rechtsboven. Die rode lijn kunnen we vertalen naar een reproductiegetal. Dat ziet u aan de onderzijde.

Naarmate we korter terugkijken, bijvoorbeeld in de laatste week, weten we dat de getallen vaak nog wat gecorrigeerd worden. Dat komt gewoon omdat er narapportage is. Dat betekent dat we over de laatste periode – voor het reproductiegetal betreft dat ongeveer de afgelopen tien, veertien dagen – een onzekerheid hebben. Dat ziet u aan de toename van het onzekerheidsinterval en het niet doorgetrokken zijn van het gemiddelde reproductiegetal.

De **voorzitter**:

De heer Baudet, een verduidelijkende vraag.

De heer **Baudet** (FvD):

Hoe kan je nou een negatief reproductiecijfer hebben?

De heer **Van Dissel**:

Ik zie geen negatief reproductiegetal. Dit gaat tot nul, hè.

De heer **Baudet** (FvD):

Denemarken.

De heer **Van Dissel**:

Nee. U bent mij voor, dus misschien moet ik het eerst uitleggen. Wij wilden hier graag de reproductiegetallen van andere landen tonen. Die zijn er niet helaas. We hebben niet alle gegevens. Niet alle landen rapporteren zoals Nederland. Om u een indruk te geven hebben wij daarom voor de verschillende landen weergegeven waar hun piek lag ten opzichte van die in Nederland. Als je eenmaal over de piek bent, gaat de R door de 1. U ziet hier dat Denemarken ons daar pakweg twee dagen op voor was. Frankrijk loopt ongeveer gelijk, hoewel dat een ruwe schatting is. U ziet dat België en Duitsland iets later dan Nederland waren. Engeland

loopt achterop; dat beeld ontstaat ook wel uit de media. Zweden heeft eigenlijk nog niet echt een piek. Daar gaat het nog steeds wat heen en weer en zit men ten minste veertien dagen na Nederland, maar misschien neemt het daar zelfs nog verder toe. Dit was om enige vergelijking met het buitenland te schetsen. Dit gaat dus om de piek en niet om de R_0 , want die kan – daar hebt u helemaal gelijk in – niet onder de 0 komen. Dan wat over de exitstrategie. U heeft het stappenplan van het kabinet kunnen vernemen. Dat gaat ervan uit dat we bepaalde basisregels hanteren en dat er stapsgewijs versoepelingen mogelijk zijn. Ik wil hier niet in detail dat stappenplan doornemen, want dat gebeurt bij andere gelegenheden en op andere plaatsen. Ik wil u wel meegeven dat er een bepaalde filosofie achter dat stappenplan zit. De filosofie is dat je het aantal contacten, dat risico geeft, wil beperken. Hoe doe je dat? Dat doe je door een versoepeling te maken van individu naar groep en vervolgens van groep naar groep. Duidelijk moge zijn dat daarbij de kans op eventuele risicocontacten toeneemt, maar dat kan je dan observeren. Dus je begint voorzichtig en dan ga je van groep naar groep. Dat neemt dan toe. Hetzelfde geldt voor dat van buiten naar binnen gegaan wordt. Buiten geeft, zoals we weten, veel minder risico op besmettingen dan binnen. Dat komt gewoon door de verwaaiing. Dat zit ook in deze routekaart. Ten slotte zit er ook een component in van lokaal naar regionaal naar nationaal. U kunt zich voorstellen dat dit met name de impact van eventuele nieuwe uitbraakjes beïnvloedt. Ten slotte zit er ook nog in dat het element van noodzakelijke dingen wordt verruimd naar meer recreatieve dingen. Maar dat heeft niet zozeer een filosofie vanuit de infectieziektebestrijding en is natuurlijk een politiek besluit. Dit is de algemene achtergrond.

Over de situatie in andere Europese landen heb ik gedetailleerde schema's, mocht u die willen hebben, maar die kan ik niet projecteren omdat je dan al die individuele dingen uitgezet krijgt. Het komt erop neer dat alle Europese landen aan het versoepelen zijn en dat ze allemaal gebruikmaken van een gefaseerde aanpak, waarbij er een bepaalde periode wordt gerespecteerd om te kijken wat het effect van de versoepelingen is. Men probeert zo veel mogelijk een safety margin in te bouwen, een mogelijkheid om op de rem te drukken mocht het toch fout gaan. Aan de andere kant kan je op dit moment vaststellen dat het nog te vroeg is om versoepelingen die bijvoorbeeld in Denemarken, in Noorwegen en in de landen om ons heen hebben plaatsgevonden, goed te kunnen duiden. Daar is het domweg nog te vroeg voor. Je kan wel bijvoorbeeld in Denemarken zien dat het openen van de scholen eigenlijk geen belangrijke effecten heeft gehad. Daar putten wij natuurlijk ook moed uit. Zo kijk je natuurlijk ook naar de verschillende maatregelen in andere landen. Tegelijkertijd is het dus nog te vroeg om dat echt te duiden, maar de situatie is natuurlijk nog relatief stabiel. Tegelijkertijd zie je ook dat andere landen er rekening mee houden dat ze maatregelen eventueel weer moeten aanscherpen en dat je als het ware een route terug zou kunnen bewandelen. Ik kom er zo op terug wat daarvoor in Nederland wordt opgezet en wat we nodig achten.

De aanpak in Denemarken lijkt relatief dicht bij de aanpak in Nederland te liggen. Er zitten wel wat detailverschillen in. U heeft gisteren kunnen horen dat we in Nederland naar 30 als eenheid gaan, terwijl die in Denemarken nog 10 is en men daar pas in een later stadium, namelijk over enkele weken, overgaat naar 50 in plaats van 30. Dus zo zijn er verschillen tussen de landen, maar eigenlijk zijn die niet geweldig groot en kiest iedereen min of meer toch voor eenzelfde aanpak. In Denemarken worden ook sportscholen, het nachtleven en discotheken als laatste vrijgegeven. Dat is iets wat vooralsnog ook zo in de Nederlandse routekaart is opgenomen.

Dan het mondkapjesbeleid. Daar hebben we het al vaak over gehad. Ook daarbij zie je dat de meeste landen een beleid voeren conform wat er in

Nederland besloten is. Denk bijvoorbeeld aan het gebruik van niet-medische mondkapjes in het openbaar vervoer. In sommige landen moet dat ook in omstandigheden waar de 1,5 meter niet kan worden gerespecteerd, zoals in supermarkten. Die 1,5 meter is een basismaatregel, die je overal ziet terugkomen.

Dus grosso modo zien wij eigenlijk niet zo heel veel verschillen tussen de verschillende landen. Iedereen probeert het gefaseerd te doen. Verder zie je ook dat we allemaal ongeveer dezelfde periode bezig zijn om deze versoepelingen door te voeren.

Dan komt de vraag: als je rekening houdt met mogelijke aanscherping, hoe stuur je dan eigenlijk? Dat sturen is wel een ingewikkeld proces. Dat heet: driving by the rear mirror. Wat proberen we in feite te doen? We hebben een voorruit, die helemaal beslagen is. We kijken in de achteruitkijkspiegel en we proberen onze koers af te leiden uit de manier waarop de persoon achter ons stuurt. Dat is een ingewikkelde manier om weer de weg vooruit te vinden, maar dat is wel een beetje de situatie. Daar willen we natuurlijk verandering in brengen. We willen het zekere; ik kom zo terug op wat we daaraan kunnen doen. Maar dit gaat zo, omdat we dat reproductiegetal als een belangrijk getal zien om ons te sturen. Tegelijkertijd realiseren we ons dat er een belangrijke periode is, een delay, een vertraging, voordat we dat met juistheid kunnen bepalen.

Hoe is de cyclus? Kijk nog even naar de piramide van infecties, waarbij een deel zich onder de medische radar – dat is de stippellijn – afspeelt, wat het ook weer ingewikkeld maakt. In de ogen van veel experts maakt dat het onmogelijk om zo'n infectie helemaal kwijt te raken. Wat betreft de infectie die je oppikt, weten we dat er ongeveer vijf dagen zitten tussen enerzijds besmetting, het krijgen van de infectie, en anderzijds het krijgen van klachten. Dan duurt het gemiddeld ongeveer een week voordat die klachten bij de huisarts komen. Daarna duurt het nog een week voordat ze bij het ziekenhuis komen. Zoals ik u net heb laten zien, zijn ziekenhuisopnames eigenlijk de belangrijkste mogelijkheid om die R te bepalen. Maar die R doet dan natuurlijk een uitspraak over de infectie die ruim twee weken daarvoor heeft plaatsgevonden. Dat is dat effect van de achteruitkijkspiegel.

Ziekenhuisopnames leiden tot ic-opnames. We zien dat het eigenlijk een heterogeen beeld is. Bij sommige patiënten is er blijkbaar snel een toename van de ernst van de klachten; zij komen dan na zo'n negen dagen – dat is de gemiddelde periode – op de ic terecht, al dan niet na een korte ziekenhuisopname. Dus vandaar dat ziekenhuisopnames als vast punt geschikt zijn om te gebruiken om zo'n reproductiegetal te bepalen. Maar – die metafoer is al gebruikt – het is een beetje sturen, terwijl je in de achteruitkijkspiegel kijkt.

Wat kunnen we dan doen? Allereerst is het van belang om vast te stellen wat de doelen zijn van je beleid. Die neem ik over zoals de politiek ze heeft vastgesteld. Het gaat om het beschermen van kwetsbaren, het intact houden van kwalitatief goede ziekenhuiszorg, wat betreft covidopnames maar natuurlijk ook nadrukkelijk wat betreft overige zorg, en het zicht houden op en inzicht krijgen in het gedrag van het virus en de verspreiding daarvan. Daar moeten we een aantal systemen voor optuigen. Die zijn inmiddels gelukkig zo goed als klaar of functioneren al. Wat we in wezen hebben, is het model dat u rechtsboven geschetst ziet. We hebben een piek van infecties gehad. Ik denk dat eigenlijk niemand weet waar het precies naartoe gaat. Gaan we bijna naar nul? Eindigen we op een zekere endemiciteit? Dat zou je wel verwachten op grond van die hele brede basis van de piramide, omdat je gewoon niet alle infecties in beeld krijgt. Dat is natuurlijk ook wat we nu zien gebeuren in Singapore en in Zuid-Korea, landen die eerst dachten ervan af te zijn, terwijl er toch nog een veenbrand lijkt te woeden, soms in gemarginaliseerde groepen binnen de samenleving, die ertoe leidt dat de infectie terugkomt. Ik denk dat voor Nederland de situatie is: kijken in een kristallen bol. Maar we

willen het natuurlijk – daar kom ik zo op terug – zo beheersbaar en laag mogelijk houden.

Wat kunnen we dan doen om niet steeds naar die R_0 te hoeven kijken, maar om zo veel mogelijk eerder geïnformeerd te zijn? Daar zijn een aantal systemen voor opgezet. Die kan je onderscheiden in een earlywarningsysteem en een surveillancesysteem. Bij het earlywarningsysteem kijk je in wezen naar parameters, naar karakteristieken van wat de bevolking doet, van haar gedrag. Dat gedrag heeft invloed op het aantal contacten dat de bevolking heeft. Ik zal u een voorbeeld geven. We doen samen met de GGD gedragsonderzoek. Dat heb ik hier eerder geïllustreerd, ik dacht de vorige keer. 60.000 Nederlanders worden bevroegd op hun gedrag: hoe goed houdt u zich aan «geen handen schudden», «was uw handen vaak» en «loop op 1,5 meter afstand», en waar geeft het problemen? Dat soort onderzoek geeft ons indicaties van waar de kwetsbare plekken zitten.

Dan heb je de nalevingsmonitor. Dat is eigenlijk een verzameling van observaties, vaak van het lokale gezag, dat ingrijpt als bijvoorbeeld een winkelstraat te druk wordt. Als we een database bouwen van wanneer dat gebeurt en we later in zo'n stad uitbraken en het sein daarvan zien, gerelateerd aan zo'n winkelstraat, kunt u zich voorstellen dat we leren over de situaties waarin we kwetsbaar zijn.

Een ander element is dat we kijken of we verplaatsingsgegevens van de telefoon kunnen gaan monitoren. Dat kan volledig AVG-proof, zoals dat dan heet. Het gaat er niet om dat we individuen volgen; het gaat erom dat we in steden kijken hoeveel telefoons uit andere steden op dat moment aanwezig zijn. Nogmaals, dat hoeft niet gekoppeld te worden aan personen. Het is gewoon een maat van verplaatsing. Die maat kunnen we prospectief, dus naar de toekomst, gebruiken, maar we kunnen er ook mee terugkijken. We kunnen kijken of we de afgelopen veranderingen die we hebben gezien in de R_0 en in de ziekenhuisopnames daar alsnog mee kunnen correleren. En we kunnen zien hoe voorspellend die zou kunnen zijn, zodat we het ook kunnen gebruiken voor voorspellingen voor de toekomst.

Dat zijn een aantal earlywarningsystemen, die zich met name richten op het vaststellen van risicogebeurtenissen die zich vertalen naar meer infecties.

Dan hebben we ook een surveillancesysteem, waarmee we infecties zelf oppakken. Dat kan heel vroeg, bijvoorbeeld met de infectieziektenradar. «Infectieradar» heet dat officieel. Dat is een website die het RIVM bijhoudt, waarop men eens per week kan opgeven of er klachten zijn. Ik zal u dat zo laten zien. U kunt zich voorstellen dat als een belangrijk deel van Nederland dat zou doen, je eigenlijk heel vroeg een indruk van klachten krijgt. Als we dan even terugkijken, hebben we risicovolle momenten in beeld met de early warning. Met vroege surveillance krijgen we die klachten in beeld. Dan zit je natuurlijk veel eerder op de infectie dan wanneer je helemaal moet wachten tot er ziekenhuisopnames zijn. Dat is er één.

We doen ook aan rioolwatersurveillance. Je kunt zeggen dat je daarmee als het ware van een dorp of een stad een indruk krijgt van de infectiedruk. Zo vertaalt zich dat ongeveer.

Er is al een surveillance gaande van zorgmedewerkers. Zij worden laagdrempelig getest. We weten dat zij de infectie vaak in de bevolking oplopen, dus niet zozeer in het ziekenhuis als wel buiten het ziekenhuis. Dat is dus ook een proximaat voor infectiedruk.

We hebben de Nivel-huisartsen peilstations al benoemd. Die gaan we de komende periode verdubbelen, zodat we beter geïnformeerd zijn en eerder geïnformeerd worden over eventuele toenames, met name ook regionaal.

En we hebben natuurlijk het systeem via de GGD. Het systeem via de GGD – daar zal de heer De Gouw zo op terugkomen, denk ik – berust met name

op het drempelloos gaan testen van personen met klachten in die teststraten. Als men daar al met weinig klachten naartoe gaat, geeft dat een hele snelle indruk van hoeveel infecties er onder de bevolking spelen. Dat zijn dus allemaal systemen om inzicht te krijgen in het gedrag van het virus en in de risicovolle gebeurtenissen, zodat je daar vervolgens wellicht door nieuwe maatregelen maatwerk op kunt leveren, zonder dat je de rem hoeft in te drukken voor heel Nederland.

Dan zijn er altijd nog specifieke maatregelen voor de ic's en voor de verpleeghuizen. Daar kom ik zo op terug. Dan wil ik u even meenemen in het nadenken over waar we ons dan op moeten voorbereiden of niet. Hier nog even de Infectieradar. Nogmaals, dat is een systeem om vroeg klachten in beeld te krijgen. Als voldoende personen meedoen aan dit systeem, krijgen we een goede indruk van wat de klachten zijn in Nederland met betrekking tot luchtweginfecties. Het kan ook dienen als vroeg teken van mogelijke verheffingen. Op die wijze kunnen we natuurlijk ook tijdiger gaan ingrijpen.

Hoe komen we tot de juiste scenario's met betrekking tot de ic? U ziet even een complex plaatje. Ik wil het rustig met u doornemen. U moet de getallen die u ziet niet als absoluut gaan interpreteren. U mag ze narekenen, maar ik zou het niet doen. Dit is indicatief. Wat wil ik hier weergeven? Allereerst neem ik u mee naar rechtsonder. Daar ziet u de R_t aangegeven. Uitgaande van een situatie waarin het aantal patiënten op de ic stabiel is, levert dat een R_t op van, laten we zeggen, 1. U ziet op de grafiek daarboven 210 als voorbeeld aangegeven, wat heel stabiel is: tot het tijdstip 0 zit het gewoon op 210. In de praktijk zal het natuurlijk een beetje schommelen, maar het is hier even ter illustratie. Ik heb u net aangegeven dat we die R_t kunnen bepalen met een terugkijksysteem van ongeveer twee weken. Dat wil zeggen dat zich wat kan voordoen onder de bevolking, terwijl wij nog steeds geen verandering zien: het blijft 210. Ik laat hier als het ware zien wat er gebeurt als die R_t toeneemt. Dan is die een tijdje verhoogd. Plotseling zie je dan vanaf tijdstip 0 een toename van het aantal nieuwe ic-opnames. Hoeveel ic-opnames u vervolgens kan verwachten, ziet u weergegeven in de slingerende, toenemende grafieken. Die corresponderen met de verschillende reproductiegetallen die eraan staan.

Ik zal een voorbeeld noemen. Stel dat een reproductiegetal van 1 – daarbij is de influx, het aantal patiënten dat wordt opgenomen, stabiel – naar 2 gaat, en dat dat gebeurt onder de aanname dat we dat niet zien. Dan moet je, vanaf het moment dat je ziet dat de ic-opnames plotseling gaan toenemen, toch nog altijd 2.000 nieuwe ic-patiënten accommoderen, ook al heb je de rem – dat is dat pijltje omlaag, waarbij u ziet dat die R_t traps-gewijs omlaaggaat – adequaat ingedrukt. Dat is natuurlijk een geweldig aantal. Die periode van twee weken representeert drie infectiecycli, dat is van -3 tot 0. Dit gebeurt allemaal terwijl je nog geen veranderingen ziet op de ic. Dus dit geeft aan hoe complex het is om via die achteruitkijkspiegel bijvoorbeeld voorspellingen te doen met betrekking tot de ic-bedden over enige tijd.

Aan de linkerkant ziet u hoe je die aantallen kan vertalen naar nieuwe opnames. 10 ic-opnames per dag bij een ligduur van ongeveer drie weken betekent een stabiel getal van 210, want $10 \times 7 \times 3 = 210$. Dat verhoudt zich weer tot ziekenhuisopnames als ongeveer 1 op 4, dus dat zijn 40 ziekenhuisopnames per dag. We weten dat ongeveer 0,3% van de personen met een infectie uiteindelijk op de ic komt. Op die manier kan je de incidentie, het aantal gevallen onder de bevolking per dag, uitrekenen. Dit is gewoon een rekenvoorbeeld. Neem het niet te letterlijk. U kunt zich voorstellen dat wij hierop modelleren en op die manier kunnen vaststellen wat de buffercapaciteit op de ic moet zijn om eventuele veranderingen op te vangen.

Hier ziet u een vrij droge berekening. We kunnen dat ook wat meer dynamisch simuleren. Er komen mensen op de ic. Sommigen komen

misschien snel te overlijden, anderen liggen er een langere periode; dat is in de vorige grafiek allemaal niet meegenomen. Maar dit is een voorbeeld waarin dat wel is gemodelleerd met de huidige kennis met betrekking tot opnametijd. Opnieuw ziet u een stabiel beeld van rond de 200. U ziet dat er blijkbaar in dit geval een R_t -stijging tot 1,5 is opgetreden. Die duurt enige tijd. Dan ziet u dat die lijn begint op te lopen. Dat wordt natuurlijk opgemerkt. Op dat moment, als het een bepaalde drempel bereikt, kan je gaan voorspellen dat er nog een hele hausse gevallen achteraan komt. Dan wordt er op de rem gedrukt. Dat stukje rood in de blauwe lijn is de periode dat het verhoogd is tot 1,5. Dan zie je in dit rekenmodel dat je, ondanks het feit dat je het daarna weer snel terugbrengt naar 0,9, je toch weer eenzelfde aantal ic-opnames kan verwachten als we de afgelopen periode hebben gezien. Voor de duidelijkheid: dit doet zich voor als we uitgaan van 200 per dag en gedurende twee weken een R -stijging, tot 1,5. Dat is allemaal niet zo hoog als we bedenken dat de R -stijging in Brabant tussen de 2 en 2,5 lag. Dit geeft gewoon aan, althans voor ons – ik hoop dat dat overkomt – dat het systeem kwetsbaar is en dat het noodzaak is om zo vroeg mogelijk op de monitoring van de infecties te gaan zitten. Tegelijkertijd moet je er natuurlijk rekening mee houden dat je soms met een onverwachte gebeurtenis geconfronteerd wordt. Ook al reageer je dan op het moment dat je een toename van het aantal ic-opnames ziet, je loopt altijd nog die hausse van twee weken achter. Je hebt dan twee weken plus ongeveer één periode van generatietijd van zo'n vijf dagen om op de rem te trappen. Dat betekent dus vier generaties van het virus en dat is voldoende om weer dit soort aantallen te maken, aantallen die vergelijkbaar zijn met wat we net achter de rug hebben en waar we liever niet naar terug willen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Mag ik een verhelderende vraag stellen?

De heer **Van Dissel**:
Natuurlijk.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Zit in deze modellering ook de signaalwaarde die we hopen te krijgen over het aantal positief geteste patiënten? Want dat verandert natuurlijk de modellering ten opzichte van hoe we het eerder hebben gedaan.

De heer **Van Dissel**:
Nee, die zit hier nadrukkelijk niet in. Wat ik hier wil laten zien...

De **voorzitter**:
Een moment. U hoort nu de aanvangsbel voor de vergadering in de plenaire zaal en die duurt een minuut. Ik stel dus voor om het antwoord even vast te houden.

De heer **Van Dissel**:
U vroeg of alle systemen die we opzetten, hierin zijn meegenomen. Het antwoord is «nee», want die moeten deels nog worden geëffectueerd. Maar dit geeft hopelijk wel de noodzaak aan om dat te doen. Daar werken we ook aan. Want als je in de achteruitkijkspiegel twee weken terugkijkt, zie je dat je toch aan kan lopen tegen onverwachte verrassingen die je eigenlijk niet wilt tegenkomen. Dit is hetzelfde, maar dan nog even in een tabel weergegeven. Het is domweg opnieuw voor ons bedoeld, als indicatief rekenvoorbeeld; het gaat wat mij betreft niet om de letterlijke getallen. Op welk aantal ic-bedden moet je ongeveer rekenen en moet je je voorbereiden om de ic-zorg weer te kunnen laten toenemen? U weet dat er ook gesprekken gaande zijn om na te gaan wat dan het gewenste aantal ic-bedden is.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Voorzitter, mag ik een verhelderende vraag stellen?

De **voorzitter**:

Ja, als het een verduidelijkende vraag is, maar ik wil wel proberen om dat te beperken. U bent dus de laatste die een verduidelijkende vraag mag stellen, anders halen we het niet binnen de tijd. Gaat uw gang, kort.

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

Heel kort. Ik heb de heer Van Dissel een aantal keren horen zeggen: op de rem trappen. Maar wat is «op de rem trappen»? Is dat het terugdraaien van maatregelen?

De heer **Van Dissel**:

Dat is misschien ook een vraag voor straks, maar «op de rem trappen» betekent het volgende. Je probeert natuurlijk een diagnose te stellen: wat is er aan de hand? Dat kan lokaal iets zijn. Dan probeer je daar natuurlijk op in te grijpen. Maar het kan ook heel generaal blijken te zijn. Vandaar dat we al die surveillance- en earlywarningsystemen nodig hebben. Laten we een voorbeeld nemen. Stel dat Nederland zich niet meer houdt aan de 1,5 meter; dat gaat natuurlijk effect op heel Nederland hebben. Maar je kan je ook voorstellen dat er lokaal iets gebeurt waardoor er verspreiding plaatsvindt en dat dat de reden voor zo'n toename is. Dan kun je lokaal kijken naar wat er is gebeurd zonder dat je meteen maatregelen voor de rest van Nederland neemt. Het zal dus echt afhangen van de duiding van de toename. Dit zijn voorbeelden, want ik denk niet dat het heel waarschijnlijk is dat het in heel Nederland naar 1,5 gaat, maar voor de potentieel noodzakelijke ic-capaciteit wil je die berekeningen wel uitvoeren, om er rekening mee te kunnen houden.

Dan was mij gevraagd om nog iets over groepsimmunititeit te zeggen. Dit is een plaatje uit The New York Times, dat volgens mij ook de Volkskrant heeft gehaald. Daarin zijn een aantal verschillende verlopen van de uitbraak geschetst, die eigenlijk allemaal gekenmerkt zijn door het nemen van hobbels: door maatregelen probeer je de infectiedruk omlaag te brengen en door versoepelingen krijg je misschien weer een hobbel. Daarbij kunnen ook externe factoren, zoals het seizoen, wellicht een rol spelen. Het middelste scenario, waarin er een geweldige piek ontstaat, is dan het scenario waarin het bijvoorbeeld samenvalt met een intensief griepseizoen, iets wat het natuurlijk meer complex maakt om vast te stellen wie nou covid heeft en wie nou griep heeft. En de griep kan zelf natuurlijk ook weer een belasting voor de zorg betekenen.

Met betrekking tot de groepsimmunititeit hopen we dat er uiteindelijk een vaccin beschikbaar komt zodat we iedereen kunnen immuniseren. We hopen dat het vaccin en de immunisatie dan effectief zijn, om te voorkomen dat men daarna een coronavirusinfectie krijgt. Het is de vraag of dat gaat gebeuren, maar het is in ieder geval de hoop. Voor sommige infecties is het ook de realiteit gebleken. Tegelijkertijd weten we natuurlijk ook dat voor sommige infecties vaccins maar een bepaalde periode werken. Denk bijvoorbeeld aan het griepvaccin. Dat kan dus best nog complex liggen, maar dat zou uiteindelijk de mogelijkheid bieden om in Nederland voldoende immuniteit op te bouwen om de circulatie van het virus tegen te gaan.

Wat u hier ziet, is een artikel van de groep van Marc Lipsitch uit Harvard. Die heeft het ontstaan van groepsimmunititeit op grond van het circuleren, het domweg aanwezig zijn, van het virus, gemodelleerd. Elke infectie leidt ertoe dat iemand immuun wordt, want die klaart het virus. En als die immuniteit enige tijd duurt, draagt dat natuurlijk bij aan de weerstand van de hele bevolking. Het is een vrij technisch verhaal, maar hij toont het belang aan van het opbouwen van die groepsimmunititeit en het effect daarvan op de circulatie van het virus.

Hier is het virus weergegeven met een vrij puntige zaagtand in de rode lijn, waarbij in de grijze periode extra op de rem wordt getrapt en waarbij het virus zich in de open periodes weer kan verspreiden. Dit is een modelmatige illustratie van wat er gebeurt in een situatie als het virus veel meer onderdrukt is en wat op en neer gaat. Die groepsimmunitet is dus een vergezicht. Dat is niet iets wat we op korte termijn denken te bereiken, tenzij we een vaccin beschikbaar hebben. Het belang van dit stuk van de groep van Harvard is, denk ik, dat ze laten zien dat je in de situatie waarin er geen vaccin zou zijn, iets waar je in theorie natuurlijk ook rekening mee moet houden, nog zo'n twee jaar te maken zal hebben met de aanwezigheid van dit nieuwe coronavirus. Uiteraard is ook de mate van de intensiteit van belang. Het zijn allemaal keuzes die je maakt als politiek: in welke mate wil je het onderdrukken en in welke mate heb je eventuele earlywarning- en surveillancesystemen opgezet om het vroegtijdig te detecteren? Dan kun je, natuurlijk veel specifiekere dan hier gesuggereerd, de boel onderdrukken tot er een vaccin is.

Rechtsboven nog even de situatie met betrekking tot het laatste onderzoek van Sanquin onder bloeddonoren. Daarin zie je dat de gebieden die in Nederland getroffen zijn geweest door intensieve uitbraken ook de gebieden zijn waar het percentage bloeddonoren dat antistoffen tegen het virus heeft, het hoogst is. U ziet dat dat nogal wisselt in Nederland, want het Noorden heeft weinig virus gezien, dus daar is het percentage laag, en in het Zuiden is dat veel hoger. Je kan verwachten dat iedereen die afweer heeft opgebouwd, weerstand tegen het virus heeft en op die wijze als het ware een bijdrage levert. Dat moet dan op een gegeven moment voldoende zijn om het virus te onderdrukken.

Dan nog even kort de versoepeling van de maatregelen. Ik heb net al gezegd: dat gaat van individu naar groep, van buiten naar binnen en van lokaal naar regionaal. Dat vertaalt zich – dat kunt u hier lezen – naar meer contacten, wellicht ook meer contacten met onbekende risico's. Dat vertaalt zich, ook in de modellering, natuurlijk altijd in een zekere toename van de onzekerheid over bijvoorbeeld ziekenhuisopnames. Middelbare scholen hebben ook een andere werking dan lagere of primaire scholen, basisscholen, omdat ze vaak een regionale functie hebben en dus ook een eventuele regionale verspreiding mogelijk maken. Zo zijn er allemaal mogelijkheden die je meeneemt in de modellering.

Ten slotte wilde men zich bij social distancing met name richten op het minder isoleren van de ouderen. Hier nog even een illustratie: de maatregelen hebben inderdaad tot gevolg gehad dat de ouderen geïsoleerd werden. Als u de tabel van 2017 vergelijkt met die van 2020, ziet u dat het aantal contacten dat ouderen hebben, in belangrijke mate is teruggedaan, namelijk van rond acht naar anderhalf. We weten dat van die anderhalf 85% met zorgverleners is en niet langer met familieleden. Die ouderen zijn inderdaad geïsoleerd geweest. Dat geeft natuurlijk allerlei gezondheidsschade en eigen problematiek. Vandaar dat ook het versoepelen van de richtlijnen is meegenomen in de modellering.

U ziet hier de resultaten van de modellering, in dit geval uitgezet als het aantal bezette ic-bedden en het aantal ic-opnames per dag. U ziet linksboven in beide kwadranten de situatie zoals die nu is, met de oude maatregelen. De voorspelling was dat de uitbraak helemaal onderdrukt zou worden. Rechtsonder in het kwadrant ziet u de situatie na doorrekenen van alle maatregelen. U ziet dat we voorspellen dat het aantal ic-bedden uiteindelijk toch weer gaat oplopen, maar het is met name van belang om te realiseren dat er onzekerheid ontstaat met betrekking tot de juistheid van de modellering en dat we er dus ook rekening mee moeten houden dat er toch weer een belangrijker toename van het aantal ic-bedden is. Dit is natuurlijk zonder doorrekening van alle earlywarning- en surveillancesystemen.

Dan ben ik bij de conclusie gekomen. Met het huidige pakket zitten we nog onder de 1. De versoepeling van de maatregelen zal naar verwachting

ertoe leiden dat er een stijgende incidentie van ziekte is, dus dat er meer personen per dag ziek zullen worden. Dat betekent dat bron- en contactonderzoek erg belangrijk gaat worden om de toename van de R te compenseren en dat het erg belangrijk is dat contactonderzoek snel uitgevoerd wordt, zonder dat er belangrijke vertragingen zijn tussen naar de dokter gaan en een test doen en dergelijke. Dat hopen we te effectueren door teststraten te maken, waarop Sjaak de Gouw zo zal ingaan. Als dat allemaal goed werkt, wat natuurlijk belangrijk is, kunnen we daar een deel van de stijgende infectiedruk mee compenseren en daarmee zorgen dat het uiteindelijk toch stabiel blijft.

Ik denk dat dit de belangrijkste boodschappen voor nu zijn. Dank u wel.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Ik dank u namens alle Kamerleden voor de uitgebreide presentatie. Dan geef ik graag als eerste het woord aan mevrouw Agema. Zij spreekt namens de fractie van de PVV. Gaat uw gang.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Half februari was er patiënt 31, een mevrouw in Zuid-Korea door wie 300 mensen besmet raakten. We hadden het koor in de Verenigde Staten, waar 52 van de 61 koorleden besmet raakten of ziek raakten en er twee zijn overleden. We hebben het Amsterdams Gemengd Koor, waar 102 van de 130 mensen ziek zijn geworden en er één koorlid en drie partners overleden. Dus vier doden in ons eigen Amsterdams Gemengd Koor. Ik las afgelopen week in de krant de reactie van het RIVM, dat zei: «Of er een extra risico is op besmetting met het coronavirus bij zingen in een koor is nog niet bekend.» En dan lees ik ook het laatste OMT-advies, dat zegt: «Het OMT stelt dat op basis van de huidige wetenschappelijke inzichten er onvoldoende bewijs is dat aerogene transmissie een rol speelt in de verspreiding van SARS-CoV-2.» Ik wil daar de volgende vraag over stellen. Dit heeft een enorm effect op de R: R_1 , R_2 . We kunnen een hoop stellen, maar als in één keer 300 of 50 of 60 mensen zomaar besmet kunnen raken, is er een totaal andere situatie. Hoe kun je als RIVM nou advies geven voor beleid dat hout snijdt als je zulke evidente karaktereigenschappen van het coronavirus negeert?

De voorzitter:

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

De heer Van Dissel:

Ik weet niet precies waar u wil dat ik antwoord op geef. U vraagt naar het proces, maar ook naar zingen. Waar wilt u antwoord op?

Mevrouw Agema (PVV):

Het RIVM negeert heel duidelijk de situatie zoals die zich voordoet: één mevrouw besmet 300 mensen, de genoemde 52 besmette koorleden en in Amsterdam zelfs 102 besmettingen en vier overleden mensen. En dan zegt het RIVM: nou, of er een extra risico is op besmetting met het coronavirus bij zingen in een koor is nog niet bekend. In uw laatste advies staat dat er op basis van de wetenschappelijke inzichten onvoldoende bewijs is voor een dergelijke transmissie. Hoe kan het nou dat u dat allemaal negeert, terwijl het effect van zingen in een koor dus heel erg groot is? Hoe kunt u tot beleid komen als u dit negeert?

De heer Van Dissel:

We negeren het allerm minst. Waar u naar verwijst, zijn de zogenaamde superspreading events. Die zijn bekend; dat komt voor. Dus dat zijn gebeurtenissen of situaties waarin in plaats van een R van 2 – ik wil benadrukken dat dat een gemiddelde is – het er plotseling bijvoorbeeld 30 of soms zelfs nog veel meer zijn. We hebben ook een voetbalwedstrijd

gehad waarbij men niet zingt maar, zo neem ik dan maar aan, schreeuwt. Dat was in Noord-Italië, waarna de hele stad Bergamo erdoor besmet leek. Er zijn dus situaties, waarbij er zogenaamde superspreading, dus grote verspreiding, plaatsvindt die veel hoger is dan dat gemiddelde. Want wat wij tonen met die R zijn gemiddelden voor de bevolking. Dus dat is één. Houden we daar rekening mee? Ja, daar houden we absoluut rekening mee. Dat zit in alle modellen.

Het tweede waarnaar u vraagt is of het RIVM al of niet rekening houdt met koren, met zingen, met schreeuwen et cetera. Er staat een duidelijke zin – naar mijn idee althans – in onze OMT-brief dat we dat onderzoeken. Als je kijkt naar de invloed van aerosolen, dus ten opzichte van druppelinfectie, dan verwacht je hele andere karakteristieken van de infectie, die ik hier niet allemaal wil opnoemen, maar die in het OMT natuurlijk allemaal de revue gepasseerd zijn. Daarmee is niet uitgesloten dat er specifieke situaties zijn, die we juist goed willen identificeren om daar goed advies over te kunnen geven. Dus ik deel niet uw mening dat we dat negeren. Integendeel, we geven zelfs aan dat we daar apart advies over uitbrengen. Tevens wil ik wel zeggen dat je altijd erg moet uitkijken met zogenaamde retrostatistiek: iets wat nou eenmaal gebeurd is, moet je niet interpreteren als dat het dan altijd gebeurt. In principe zijn het gelukkig zeldzame gebeurtenissen, maar je wilt weten wat de waarde of betekenis is voor de verspreiding van de uitbraak. En dat moeten we echt gewoon nog vaststellen om goed advies te kunnen geven over bijvoorbeeld de vraag of groepen kunnen zingen of schreeuwen. Dat zijn activiteiten die wellicht ook weleens in de horeca kunnen plaatsvinden. Daar moet gewoon een gedegen wetenschappelijk oordeel over zijn. Dat kan je niet ophangen aan individuele anekdotes. Dat wordt dus onderzocht en er komt een apart OMT-advies over uit. Ik denk dat we daarmee het probleem juist heel adequaat adresseren.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Diertens namens de fractie van D66. Gaat uw gang.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Dank u wel weer voor uw betoog en uw uiteenzettingen. Ik heb wel een vraag over die regionalisering. In hoeverre kijken we naar de verspreiding van het virus om zo snel mogelijk die brandhaard weer de kop in te drukken? In Groningen hebben ze van begin af aan toch een iets andere weg gekozen in vergelijking met de rest van het land. U heeft in een van de eerste briefings gezegd: wij proberen zo veel mogelijk bron- en contactonderzoek te doen, maar uiteindelijk moeten we het een keer loslaten. In hoeverre, als u nu weer in de achteruitkijkspiegel kijkt, heeft u geleerd van de ervaringen in Groningen? Wat betekent dat dan voor de toekomstvisie die u net heeft geschetst?

Ik heb nog een praktische mededeling: in verband met het debat moet ik straks...

De voorzitter:

Ik ga dat straks herhalen bij de wisseling.

De heer **Van Dissel**:

Groningen had een andere situatie dan de rest van Nederland, want het werd niet geconfronteerd met die geweldige toenames, die voor de GGD te hoog gingen. Dat betekent dat Groningen dat contactonderzoek heeft kunnen handhaven, waar andere regio's dat niet konden doen. Ik zie dat dat goed gebeurd is, want in Groningen zijn relatief weinig introducties geweest. Dat heeft men kunnen opsporen. Dat model is het basismodel. Wat de heer De Gouw straks zal illustreren is dat dat geweldig wordt opgeplust, om dat in de toekomst voor heel Nederland mogelijk te maken. Nu is de situatie al dat dat in heel Nederland weer gebeurt, want de druk

in Nederland is teruggelopen. Dus alles wat u hoorde over earlywarning- en surveillancesystemen is erop gericht om dat bron- en contactonderzoek op de juiste plaats te zetten, namelijk om het zo succesvol mogelijk te laten zijn infecties zo snel mogelijk op te sporen, en diagnoses te maken van wat er aan de hand is geweest, zodat we ook leren en een portfolio ontwikkelen van risicovolle gebeurtenissen, om die vervolgens de kop te kunnen indrukken.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Veldman. De heer Veldman spreekt namens de fractie van de VVD. Gaat uw gang.

De heer Veldman (VVD):

Ik heb een vraag over het dashboard waar de heer Van Dissel het net ook over had. De Minister vergeleek dat gisteren bij de persconferentie met een dashboard in de auto. Nou weet ik vrij zeker dat als de snelheidsmeter in mijn auto behoorlijk vertraagd is, ik aan het eind van een trajectcontrole tegen een boete aanloop, want waarschijnlijk heb ik dan te hard gereden. Er zijn een aantal indicatoren op dat dashboard waarvan we weten dat die niet beïnvloedbaar zijn in de snelheid van het weten. De ic-opnames en ziekenhuisopnames zijn allemaal vertraagd. De enige variabelen die echt beïnvloedbaar zijn, zijn de snelheid van testen en de snelheid van het beschikbaar hebben van de uitslag van die testen. Wat zou die doorlooptijd moeten zijn volgens de heer Van Dissel? Ik begrijp uit de brief van de Minister dat die nu op 11,9 dagen ligt. Wat zou die doorloop-snelheid moeten zijn voor de heer Van Dissel om te kunnen stellen dat dat dashboard betrouwbaar is?

De heer Van Dissel:

Dit is iets wat we in alle realiteit gewoon zullen moeten leren. Ik denk dat er een heleboel onbekend is aan dit virus. We leren nog steeds. We zullen al doende proberen om dat dashboard zo effectief mogelijk te maken. Als men klachten rapporteert, bijvoorbeeld aan Infectieradar, en men vroeg naar de teststraat gaat, dus met een vertraging van maar een paar dagen, en wij koppelen dat aan bijvoorbeeld telefoongegevens met betrekking tot de mobiliteit, dan verwacht je toch een veel completer beeld te krijgen, waardoor je er heel vroeg op kan zitten. Dat vroeg erop zitten, is allemaal bedoeld om te zorgen dat we de overbelasting van de zorg niet meer tegemoet hoeven gaan. Wij willen ook niet dat er weer te veel risico's ontstaan voor bijvoorbeeld kwetsbaren in verpleeghuizen. Ik denk dus dat die periode aanzienlijk korter zal zijn. Hoe kort dat exact zal zijn, zal gewoon moeten blijken.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is nu de heer Hijink voor zijn vraag namens de fractie van de SP. Gaat uw gang.

De heer Hijink (SP):

Ik heb een vraag over de mondkapjes. In het advies van het OMT wordt gezegd dat zelfgemaakte mondkapjes mogelijk enigszins werken op die plekken waar de 1,5 meter niet gehaald kan worden. Volgens mij wordt er een heel kunstmatig onderscheid gemaakt tussen de medische maskers en de niet-medische maskers, terwijl je volgens mij het onderscheid moet maken tussen of iets wel beschermt, of dat het een fopkapje of katoenen lapje is dat misschien ook iets doet. Nu zijn er heel veel mensen die met het ov gaan reizen en die zich er zorgen over maken dat je straks niet meer met een goedwerkend masker in de trein, de bus, of de metro mag zitten. Mijn vraag aan de heer Van Dissel is eigenlijk: als nou bijvoorbeeld chirurgische maskers, of andere maskers met een CE-markering, beschikbaar zijn, moet dan de voorkeur niet zijn om dat type maskers in

het openbaar vervoer te gebruiken, in plaats van dat iedereen zelf achter de naaimachine gaat zitten?

De heer **Van Dissel**:

Ik denk het niet, vanuit de wetenschap geredeneerd. U noemde al dat wij een aantal maatregelen, zoals de 1,5 meter, hebben genomen die maken dat de toegevoegde waarde van welk masker dan ook gewoon beperkt is. Maskers hebben ook een risico. Ik keek gisteren toevallig naar het journaal en ik zag beelden uit Duitsland. Er was een beeld uit een kroeg waar men maskertjes op had en probeerde bier te drinken. Dat gaat natuurlijk niet, dus iedereen pakte dat masker met de hand vast. Dat betekent dat alle besmettingen alle kanten op gaan. Vervolgens pakken ze de bierfles vast en daarna doen ze het masker weer omhoog. Dat zijn allemaal precies de dingen waar wij voor hebben gewaarschuwd. Er zijn ook onderzoeken die tonen dat als je onvoldoende gedisciplineerd gebruikmaakt van maskers in de publieke ruimte, je zelfs verhoogde risico's loopt. Ik denk dus dat in het beleid zoals wij dat propageren, namelijk dat we de basismaatregelen in acht nemen in een situatie waarbij er momenteel ook nog eens weinig infectiedruk is – je doet aan risicoreductie – maskers geen toegevoegde waarde hebben, wat ons betreft.

De heer **Hijink** (SP):

Sorry, voorzitter, maar dit is geen antwoord op de vraag. Ik vraag niet naar het effect van maskers. Ik vraag: als er een plicht is tot het dragen van maskers, bijvoorbeeld in het openbaar vervoer, moet dan de voorkeur niet zijn om te kiezen voor maskers die werken, in plaats van maskers die niet werken?

De heer **Van Dissel**:

U bent misschien niet tevreden met mijn antwoord en dat kan ik mij wel voorstellen, maar ik geef het antwoord vanuit het OMT geredeneerd en niet hoe er uiteindelijk besloten is. Ik denk ook dat u dit in de vorige OMT-brief zo kunt teruglezen.

De **voorzitter**:

Helder. Mevrouw Ellemeet slaat over. Dan kom ik bij de heer Kuzu namens de DENK-fractie. Gaat uw gang.

De heer **Kuzu** (DENK):

Het CBS heeft volgens mij alweer vijf dagen geleden de sterftecijfers bekendgemaakt. Daarbij werd geconstateerd dat mensen met een westerse of niet-westerse migratie-achtergrond relatief vaker kwamen te overlijden, namelijk 47% of 49% meer. Is daar een verklaring voor?

De heer **Van Dissel**:

Dat is een belangrijk punt dat u noemt. Die verklaring hebben wij nog niet. Het CBS geeft natuurlijk de cijfers zonder er duiding bij te geven, maar die zullen wij zeker moeten zoeken. We zien natuurlijk in onderzoeken vanuit het buitenland, met name de Verenigde Staten, dat er een belangrijk verschil is tussen verschillende bevolkingsgroepen. Dat zou natuurlijk kunnen komen door verschillen in sociaal gedrag. Het kan ook erfelijkheid zijn. Ik denk dat dit een punt is dat onderzocht zal worden.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan ga ik in de richting van de Asscher, Partij van de Arbeid. Gaat uw gang.

De heer **Asscher** (PvdA):

Dank u wel. Er komen allerlei systemen om in de gaten te houden hoe het virus zich ontwikkelt, maar die zijn nog niet, of in ieder geval niet allemaal,

in werking op 1 juni. Mijn vraag is dus: met hoeveel extra ic-opnames en sterfgevallen wordt rekening gehouden en hoeveel worden er acceptabel geacht? Dat duidt op de vraag wat de strategie is: willen we proberen het aantal ic-opnames naar nul te brengen of is er een strategie om binnen de capaciteit te blijven?

De heer **Van Dissel**:

Bedoelt u in de periode tot de systemen wel op orde zijn?

De heer **Asscher** (PvdA):

Ja, per 1 juni nemen we een zeker risico, zou ik me kunnen voorstellen. Ik ben benieuwd hoe dat is ingeschat. Maar het gaat ook om daarna, ook omdat u die zaagtand liet zien. Ik denk dat we liever een zaag hebben zonder tanden.

De heer **Van Dissel**:

Zeker. Ik gaf al aan dat die zaagtand de modelmatige interpretatie is. Je wilt het zo gering mogelijk maken omdat je je realiseert dat je toch voor het vaccin moet gaan. Hoeveel ic-bedden er zijn en hoe dat zich dan vertaalt naar morbiditeit en sterfte, is een besluit dat de politiek neemt. Die geeft de opdracht terug naar wat voor streefgetallen je moet gaan. Als u mij vraagt wat het OMT denkt over de vraag hoe het virus zich gedraagt, heb ik aangegeven dat ik niet verwacht dat iemand met zekerheid kan voorspellen hoe we uit gaan komen. Het zou best kunnen, en dat verwachten we, dat het nog verder daalt, ook al doen we deze veranderingen, ook vanwege de vertraging en de mogelijkheid om tijdig bij te sturen. Maar in alle eerlijkheid zeg ik dat we dat gewoon nog niet weten omdat er zo veel karakteristieken van het virus nog onbekend zijn en het natuurlijk ook erg afhangt van hoe het buitenland opereert omdat we straks weer een open land zijn, neem ik aan, waardoor we ook weer eventueel import krijgen. Het hangt van zo veel punten af dat we daar vanuit de wetenschap nu niet een eenduidig beeld over kunnen geven anders dan dat we denken dat we met alle maatregelen en alle systemen die worden opgetuigd er vroeg bij kunnen zijn en we de variatie zo gering mogelijk kunnen houden.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De bel die we af en toe horen, zo zeg ik ook voor de mensen die thuis meekijken, is vanwege een schorsing of het einde van een debat in de plenaire zaal. Het is geen brandalarm, merk ik op voordat we daar vragen over krijgen.

Een vraag van mevrouw Van den Berg namens het CDA. Gaat uw gang.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik dank meneer Van Dissel weer voor zijn heldere presentatie. Aan het eind gaf hij aan dat het om de R te compenseren heel belangrijk is om snel te kunnen testen. Nu hoor ik een paar dingen uit het veld. Ten eerste hoor ik bijvoorbeeld uit het onderwijsveld dat het vijf dagen duurt voordat er een testresultaat is en dat er lang wordt gedelibeereerd of iemand überhaupt voor de test in aanmerking komt. Ik hoor ook dat er onvoldoende mondkapjes zijn om iedereen daarin te voorzien voor het openbaar vervoer. Nu hebben we vannacht natuurlijk ook gezien dat er sprake van is dat een nerts een mens zou hebben besmet. Ik heb dus de volgende vraag aan meneer Van Dissel. Vindt hij niet ook dat a, de maatregelen meer moeten worden gefaseerd en b, de huisdieren van besmette mensen altijd getest zouden moeten worden?

De heer **Van Dissel**:

Dat zijn twee vragen. De vraag over het testen is iets voor de heer De Gouw, want hij regelt de testen. Hij zal u daar zo een briefing over geven.

De bedoeling is juist om dat zonder drempel en zelfs zonder triage van een arts meteen mogelijk te maken, dus om alle vertragingen die u noemt, uit te sluiten.

Het verhaal van de huisdieren en de nertsen is complex. Ik denk dat we daar nog een keer apart op terugkomen als u dat goed vindt. Er is nu bij een nertsenbedrijf één geval geweest waarbij een persoon besmet is geraakt in de periode dat het allemaal nog niet bekend was. Dat is niet een generaal beeld. Datzelfde geldt voor eventuele huisdieren. Het ligt wel heel complex om dat nu heel uitvoerig te bespreken. Er is ook een uitspraak over van het OMT-Zoönosen, dat zegt dat bepaalde maatregelen nodig zijn voor huisdieren in een huishouden waar gevallen zijn. Die kunt u daarin terugvinden. Er zijn dus protocollen, richtlijnen geschreven voor wat er dan moet gebeuren.

De voorzitter:

Dank u wel. De Kamer is inderdaad afgelopen nacht geïnformeerd over het voorval. De Minister heeft ook aangeboden een technische briefing te organiseren. Ik meen dat dat verzoek ook gedaan is. Althans, ik kan zeggen dat dat verzoek gedaan is.

Dan geef ik nu graag het woord aan de heer Van der Staaij van de SGP.

De heer Van der Staaij (SGP):

Dank u wel, voorzitter. Mijn vraag is wat er nu precies is onderzocht en wat er nog wordt onderzocht als het gaat om de gelegenheden of omstandigheden waardoor het virus extra wordt verspreid. Ik heb iets gehoord over ventilatiesystemen. Mevrouw Agema had het over zingen, maar ik lees ook wel over blaasinstrumenten. Eerder werden ook kerkdiensten genoemd, maar onderzoek in Sommelsdijk relativeerde dat juist. Wat is daar nu de stand van zaken?

De heer Van Dissel:

U geeft het eigenlijk al precies aan: je moet niet te vroeg concluderen. Daar ben ik het natuurlijk helemaal mee eens. Wij vonden dat er iets meer tijd nodig was om daar ook de hele literatuur op te scannen en van de collegae in andere landen te horen hoe hun opvattingen hierover precies zijn. We vonden het te kort dag om dat nu mee te kunnen nemen. We hebben daar gewoon ietsje meer tijd voor nodig. Dat betekent dat we alle literatuur die daarover beschikbaar is – of die nog beschikbaar moet komen, maar wel al bekend is bij verschillende RIVM-achtige instellingen in andere landen – daarin zullen meenemen. We zullen u daarover zo snel mogelijk rapporteren. Dat komt dus terug. Maar het gaat dus vooral om het bijeenzoeken van beschikbare literatuur over verspreiding, over afhankelijkheid van bijvoorbeeld luchtverversing en over de rol die ander gebruik van de stem dan het gewone praten heeft op de vorming van druppels en dergelijke.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Van Brenk van 50PLUS.

Mevrouw Van Brenk (50PLUS):

Dank u wel, voorzitter. Er is terecht veel aandacht voor de verpleeghuizen, maar ik ben benieuwd of het RIVM ook adviezen heeft voor de andere woonvormen waarin ouderen en andere kwetsbaren zelfstandig wonen.

De heer Van Dissel:

Het antwoord is ja. We hebben bij wijze van spreken een paar duizend adviezen op de website staan. Je hebt natuurlijk verschillende vormen. Je hebt vormen voor verstandelijk gehandicapten, je hebt zorgcentra. Er zijn allemaal verschillende vormen waar hulp geboden wordt. Voor al die individuele vormen zijn richtlijnen beschikbaar met betrekking tot gebruik

van persoonlijke beschermingsmiddelen en hygiëadviezen. Want ik denk dat u daarop doelt.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Van Esch van de Partij voor de Dieren.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Dank, voorzitter. Ik snap dat er volgende week een technische briefing komt, maar de Partij voor de Dieren wil toch nog kort ingaan op de uitspraken van het RIVM tot nu toe over nertsen en mogelijk katten die besmet zijn met het coronavirus. Het RIVM geeft op dit moment aan dat de kans dat een kat een mens zou besmetten, bijvoorbeeld heel klein is. Er werd ook gezegd dat de kans heel klein was dat een nerts een mens zou besmetten, maar toch zitten we nu in een situatie waarin dat waarschijnlijk het geval is. Vooral bij nertsen hebben we het wel over het feit dat die niet binnen een bedrijf blijven. We hebben in Nederland miljoenen dieren die getransporteerd worden. We zien wel degelijk het risico dat dit een gevaar voor de volksgezondheid zou kunnen betekenen. Ik ben vooral benieuwd hoe nu wordt beoordeeld dat dat risico op besmetting van dier op mens klein zou zijn.

De heer Van Dissel:

Er zijn een aantal bedrijven waar nertsen zijn gevonden die besmet bleken te zijn. Dat heeft al geleid tot verschillende acties, bijvoorbeeld het verzamelen van bemonsteringen uit de verschillende stallen versus het verzamelen van bemonsteringen op afstand. Daaruit is naar voren gekomen dat een aantal van die monsters binnen de stal positief zijn, waarbij je het virus kan aantonen op stofdeeltjes, terwijl dat buiten de stallen niet zo was. Je zou dan kunnen denken dat er een zeker risico is binnen de stallen. In een tweede onderzoek, waar ik zo op terugkom, is gekeken of er een bepaalde volgorde is met betrekking tot gevallen binnen de gezinnen en gevallen onder de dieren. Tot nu toe bleek eigenlijk altijd dat er eerst gevallen binnen de gezinnen waren. Als je genetisch naar het virus kijkt, dus de genetische volgorde van het virus onderzocht bij de bevolking en bij die personen en bij de nertsen, blijkt er een volgorde te zijn van mens op nerts.

Alleen bij één persoon is nu een virussequentie aangetoond die suggereert dat hij het van een nerts heeft opgedaan. Dat is bij een van de verschillende groepen die nu zijn gedaan. Het feit dat dat gebeurt maakt dat het type infectie anders beoordeeld wordt en dat er nu meer onderzoek kan worden uitgerold, ook naar andere nertsbedrijven. Dat zijn er nog zo'n 140 in Nederland. In die bedrijven zal dus worden gekeken of er sprake is van aanwezigheid van het virus. Tot nu toe was dat eigenlijk in bijna alle gevallen ook gekoppeld aan het hebben van klachten van de dieren. Dan kan je dat natuurlijk op die manier oppakken. Er vindt nu dus een veel grotere inventarisatie van de risico's plaats. Tegelijkertijd is Nederland natuurlijk geen eiland. We kijken altijd naar wat er bekend is, ook bij al deze risicobeoordelingen. Soms zijn dingen bekend uit een dierenexperimentele setting, maar het gaat met name om de vraag of het elders, in andere landen, ook geconstateerd is. Dan is het toch helder dat dit tot nu toe een uniek geval lijkt te zijn, op basis van wat we nu weten. Al dat soort dingen maakt dat je op dit moment zo'n risicobeoordeling doet, maar dat betekent niet dat je daarna stopt met verder kijken. Dat verdere onderzoek is, denk ik, iets wat misschien in een volgende briefing kan worden benoemd.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Van Kooten-Arissen. Zij spreekt namens de Groep Krol/van Kooten-Arissen.

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

Voorzitter, dank u wel. Ik wil graag mijn twee vragen aan de heer Van Dissel stellen, als dat goed is. Mijn eerste vraag is: kan de heer Van Dissel reageren op het onderzoek van het Erasmus MC waaruit blijkt dat het hooikoortsseizoen een relatief grote invloed heeft op het coronavirus? Dat komt enerzijds doordat bloem-, boom- en graspollen het immuunsysteem verder activeren – er is zelfs sprake van een toename van 50% – en anderzijds doordat pollen zelf antiviraal werken. Mijn vraag aan de heer Van Dissel is: welke invloed hebben die bevindingen op het advies ten aanzien van de versoepeling van de maatregelen?

De heer **Van Dissel**:

Dit is een van de vervolgonderzoeken die lopen. We zien dat er inderdaad aanwijzingen zijn dat zo'n pollenseizoen, door reacties die het in de long oproept, de long misschien «primet», ofwel meer gevoelig maakt voor een COVID 19-infectie. In sommige gevallen zouden bepaalde receptoren waar het virus misschien ook gebruik van maakt, dan omhooggaan ten gevolge van bijvoorbeeld de allergie. Dat wijst misschien ook op een mogelijke manier om dat te bestrijden. Dit zit echt nog in de beginfase van associaties, waarbij de causaliteit verder moet worden uitgewerkt, ook om duidelijk te maken wat je er eventueel aan moet doen. We hebben natuurlijk het gegeven van een pollenseizoen en het gegeven van de aanwezigheid van het virus. Uiteindelijk is dat een van de vele factoren die meespelen. Maar er gebeurt wel het nodige aan onderzoek daarnaar.

De **voorzitter**:

Uw tweede vraag, mevrouw Van Kooten.

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

Ik krijg ontzettend veel mailtjes van bezorgde mensen die bang zijn voor die aerosole besmettingen. De heer Van Dissel heeft daar het een en ander over gezegd. Hij heeft onder andere gezegd dat grote hoest- en niesdruppels kunnen verdampen en daardoor in de ruimte blijven zweven. Wordt daar aanvullend onderzoek naar gedaan? En wat is eigenlijk de invloed van de luchtvochtigheid en de warmte? Is het daadwerkelijk zo dat je buiten minder kans hebt op een besmetting?

De heer **Van Dissel**:

Dat laatste is zeker waar. In een onderzoek uit China wordt ook genoemd dat van enkele duizenden besmettingen relatief gezien eigenlijk maar een handvol buiten heeft plaatsgevonden. Nu moet je natuurlijk altijd uitkijken dat daar niet een geweldige selectiebias in zit. Ik weet dus niet of we dat nou meteen moeten geloven. Maar het is in elk geval zo dat er buiten over het algemeen wind is. Er is gewoon meer mogelijkheid tot verspreiding en verdunning. Buiten kan er ook sprake zijn van de invloed van zonlicht, van uv-licht dat het virus inactieveert. Er zijn veel dingen te verzinnen die daar invloed op hebben. Ik denk dus dat daar zeker sprake van is. De invloed van aerosolen hebben we onderzocht. Dat is de afgelopen keer ook besproken in het OMT. De conclusie van alle aanwezigen was uiteindelijk dat de aerosolen een geringe rol spelen bij de verspreiding van het virus, als ze al een rol spelen. Het rapport dat daarover geschreven wordt, komt binnenkort op de website beschikbaar. Dus dan kunt u dat allemaal nalezen, met alle wetenschappelijke referenties.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Van Haga. Gaat uw gang.

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

Dank u wel. Ik heb een vraag over de anderhalvemetersamenleving. In verschillende landen worden verschillende afstanden gebruikt. Bij de

exitstrategie is dit een belangrijke parameter. De Wereldgezondheidsorganisatie beveelt 1 meter aan. Het OMT heeft toen op een gegeven moment 2 meter geroepen. Het RIVM heeft gekozen voor 1,5 meter. Daar gaan we nu naartoe. Dat is 50% meer. Dat is toch enorm. Een land als Oostenrijk houdt gewoon 1 meter aan. Mijn vraag is: waarom nemen we niet gewoon het advies van de Wereldgezondheidsorganisatie over? Moeten we bij die 1,5 meter niet differentiëren tussen binnen- en buitensituaties?

De heer **Van Dissel**:

Die 1,5 meter is niet iets wat we afgelopen februari uit de lucht plukten. Er liggen adviezen aan ten grondslag van de Werkgroep Infectie Preventie. Op grond van jarenlange ervaringen, ook in ziekenhuizen, weten we dat dit een veilige afstand is om te werken voordat je in een ziekenhuissetting persoonlijke beschermingsmaatregelen moet gebruiken. Sommige groepen kiezen voor andere eenheden, maar dan zult u toch daar moeten informeren wat dan het verschil maakt. Het is mij niet altijd helder waarom een ander instituut 1 meter adviseert.

We moeten ons natuurlijk wel realiseren dat het allemaal risicoreductie is. Het is niet absoluut. We weten dat de meeste infectieziekten, met name die van respiratoire aard, waarbij we druppels verantwoordelijk achten voor de overdracht, op 1,5 meter effectief zijn te voorkomen. Dat betekent niet dat je niet ook een paar infecties voorkomt als je op 1 meter bent. Het is ook een relatieve keuze die je op een gegeven moment maakt. Het is niet zo dat er een absolute drempel is, van: het gaat tot hier en geen centimeter verder. Daar zit dus ook een afweging bij die misschien andere invloeden kent die maken dat je tot 1 meter besluit. Het kan natuurlijk ook een gelegenheidsargument zijn dat maakt dat het korter is. Maar die 1,5 meter is toch iets wat wij als deskundigen, vanuit de meeste clubs en de meeste landen, zeer herkennen als de afstand die men over het algemeen aanhoudt.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Baudet namens de fractie van Forum voor Democratie. Gaat uw gang.

De heer **Baudet** (FvD):

Ik vroeg me af of we al voorzichtig iets kunnen zeggen over hoe gevaarlijk dit virus is voor de gehele populatie. Er is niet een hele brede steekproef gedaan. Er is niet een hele brede test gedaan voor de hele bevolking. Maar we kunnen natuurlijk wel kijken naar de mensen die sterven en de mensen die op de intensive care terecht komen. Dat zijn eigenlijk allemaal mensen die ernstige onderliggende kwalen hebben. Dan kun je daaruit afleiden dat blijkbaar het grootste deel van de bevolking misschien helemaal niet ontzettend veel gevaar loopt door corona. Op basis daarvan zouden we dan misschien een bepaalde risicoanalyse kunnen maken, bijvoorbeeld dat mensen onder de 50 veel sneller weer normaal het leven kunnen leven, enzovoorts.

De heer **Van Dissel**:

Ik begrijp uw vraag. Die heeft het OMT ook vaak gepasseerd. Ik denk dat het antwoord is, zoals wij dat zeggen: een infectieziekte heb je nooit alleen. Het persoonlijke risico zal zeker differentiëren, van hoog naar laag. Daar refereert u aan. Dat zien we natuurlijk ook terug in de gemiddelde leeftijden van de personen die komen te overlijden en in het al of niet hebben van onderliggende medische problematiek. Maar uiteindelijk vraagt de bestrijding van een infectieziekte zoals deze ook om solidariteit. De vraag is of je dan voldoende een scheiding kunt maken en kunt voorkomen dat je vanuit de groep die misschien minder last heeft van het virus, uiteindelijk toch de kwetsbaren in de samenleving, die er veel

moeijker mee om kunnen gaan, te veel belast. Dat maakt dat het in de praktijk eigenlijk nauwelijks mogelijk is om dat te scheiden. Kijk daarbij bijvoorbeeld naar de mate waarin er sprake is van griepvaccinatie bij enige mate van onderliggende medische problematiek. U weet waarschijnlijk dat bijna een derde van de bevolking in aanmerking komt voor de griepvaccinatie. Dat is natuurlijk toch een hele substantiële groep. Daar zitten ook jongeren bij. Hoe kun je die allemaal scheiden van de groep die dan eigenlijk weinig risico loopt? Het wordt gewoon heel erg ingewikkeld om dat te realiseren. Ik denk dat het uitgangspunt toch ook is: zorg dat je zelf de infectie niet krijgt maar zorg er ook voor dat je het niet doorgeeft. Als we ons te veel gaan richten op de groep die er relatief weinig klachten bij heeft en misschien minder kans heeft om op de ic te komen, dan zul je daar toch ook rekening mee moeten houden om de bevolking uiteindelijk als geheel te beschermen.

Het tweede wat ik erover wil zeggen, is: als een infectie veel voorkomt – en dat geldt ook voor covid – dan zul je toch zien dat lang niet iedereen die bijvoorbeeld in het ziekenhuis komt en op de ic terecht komt, een onderliggend medisch probleem heeft. Dan blijkt gewoon dat er een heleboel andere dingen – een voorgeschiedenis met verkoudheidsvirussen die misschien enige kruisbescherming geeft; in ieder geval talloze andere factoren – mede een rol spelen bij de vraag of je al of niet op de ic terecht komt. Dus het idee dat je de bevolking zo zou kunnen opsplitsen dat de infectie in een groep zou kunnen spelen zonder dat dat ic-belasting geeft, is volgens mij onjuist. Dat is veel relatiever dan u nu misschien in eerste instantie suggereert. Dat zult u zelf natuurlijk ook weten. Maar dat onderscheid is gewoon minder absoluut. Dus dat betekent toch dat je die luxekeuze om dat te kunnen onderscheiden, eigenlijk niet makkelijk kunt maken.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Dik-Faber namens de fractie van de ChristenUnie.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de heer Van Dissel voor de zorgvuldige presentatie. Het OMT zegt in het advies dat er een beperkte ruimte is voor versoepelingen, omdat het effectieve reproductiegetal vlak onder de 1 ligt. Ik heb een heel kort citaat: «Een toename van het reproductiegetal kan waarschijnlijk deels gecompenseerd worden door effectief bron- en contactonderzoek. Op dit moment is echter nog niet bekend hoe effectief het uitgebreide testbeleid en de geïntensiverde bron- en contactopsporing zullen zijn.» Mijn vraag is: is naar het oordeel van de heer Van Dissel nu in voldoende mate voldaan aan de voorwaarden om tot verdere versoepeling over te gaan? Er is immers nog onduidelijkheid over het testbeleid en het contact- en brononderzoek.

De heer Van Dissel:

Ik heb deze vraag eerder gekregen. Toen antwoordde ik dat je het als wetenschapper nooit zeker weet. Maar dan gebeurt er nooit wat. En als dokter moet je toch een besluit nemen over hoe je een diagnose stelt en hoe je een patiënt behandelt. En dat moet je hier ook doen. We kunnen niet wachten tot alles zo op orde is dat je het 100% zeker weet. Dat weet je dan nooit, want dan is het systeem ook niet getest. Het gaat uiteindelijk om de vraag of je ook vanuit de wetenschap gezien voldoende vertrouwen hebt dat de systemen werken. Dat doe je op grond van wat erover bekend is en op grond van ervaring.

Het tweede is dat we de huidige voorspellingen over het verloop in de komende periode ook meenemen. Dat maakt allemaal opgeteld dat we er vertrouwen in hebben dat we het op deze manier moeten aanpakken. Vandaar ook dat ons advies positief was. Tegelijkertijd – dat heb ik de

anderen ook geantwoord – moeten we leren, want we kunnen niet alles voorspellen. Het is deels ook kijken in de kristallen bol. Dat doen alle landen momenteel. Dus je probeert de juiste weg te kiezen en tijdig op de rem te drukken als je ziet dat het misgaat. Daarom hebben we al die systemen nodig om dat te kunnen monitoren. En geeft ons dat dan vertrouwen dat dat goed gaat, ook met de verbetering van de contactopsporing? Het antwoord daarop is op dit moment: ja.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de eerste ronde van deze technische briefing. Ik dank nogmaals de heer Van Dissel voor zijn bijdrage. Ik schors voor een enkel moment, zodat de andere twee gasten aan tafel kunnen plaatsnemen. Wij zien u graag een volgende keer weer terug.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

Ik heropen deze technische briefing. Hartelijk welkom, zeg ik nogmaals tegen onze beide gasten, die aangeschoven zijn. Ik ga graag het woord geven aan mevrouw Kaljouw als eerste. Er is voor de leden een presentatie uitgedeeld, maar er wordt zo meteen een nieuwe versie rondgedeeld, heb ik begrepen. Dat gaat nu gebeuren. Dat is ter informatie van de leden. De goede presentatie staat op de website van de Tweede Kamer. Mevrouw Kaljouw, mag ik u als eerste het woord geven voor uw presentatie? Gaat uw gang.

Mevrouw Kaljouw:

Dank u wel, voorzitter. Goedemorgen, dames en heren. Ik ga u meenemen naar de omvang van de achterstand van de urgente planbare zorg op dit moment. Op deze dia ziet u het zogenaamde stuwmeer in de medisch-specialistische zorg aan de linkerkant en aan de rechterkant in de ggz, de geestelijke gezondheidszorg. Als u goed kijkt, ziet u een stippellijn in het midden van de dia. Die geeft aan dat het daar 12 maart is van dit jaar. Op dat moment geeft onze Minister-President een persconferentie. De volgende dag ziet u die zalmroze lijn – dat is het aantal verwijzingen in de medisch-specialistische zorg – met een enorme snelheid dalen tot bijna nul. Dat gaat zo door. Op deze dia ziet u ook dat het aantal verwijzingen weer aan het toenemen is. De blauwe stippellijn is de referentielijn. Dat is het aantal verwijzingen dat we eigenlijk zouden verwachten. De referentie is 2019. U kijkt dus naar de totale omvang van het aantal verwijzingen in de medisch-specialistische zorg. Als u kijkt naar de rechterkant van de dia, dan ziet u hetzelfde patroon, maar dan in de geestelijke gezondheidszorg. Als u in de lijnen hier en daar wat uitdrukkelijke dips ziet, dan kijkt u naar vakantieperiodes of hele korte weken.

Het doel is natuurlijk het opstarten van de reguliere planbare zorg. De opdracht die we kregen, was om daar als NZa de coördinatie op te voeren, maar vooral ook om dat in nadrukkelijke samenwerking te doen met het veld. De uitgangspunten zijn geformuleerd in een brief aan uw Kamer, zoals het handhaven van het bewaken van kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid en solidariteit. Maar ook: zorgaanbieders en verzekeraars in the lead en alleen de coördinatie door de overheid; eerst de urgente planbare zorg en dan pas de planbare zorg; aandacht voor het borgen van initiatieven en creativiteit die in deze periode ontstaan voor vernieuwing; en covid en non-covid naast elkaar.

Als NZa hebben wij met partijen een aantal voorwaarden gesteld. Een van de eerste voorwaarden is: gebruik bestaande structuren. Dat is de reden waarom wij voor een regionale structuur hebben gekozen, in het bijzonder de ROAZ-structuur. Die is bedoeld voor de acute zorg, dus we hebben hem ROAZ-plus genoemd. De plus staat uiteindelijk alleen maar voor

planbare zorg. We hebben ook gezegd: we gaan gebruikmaken van een urgentielijst. Die lijst is gemaakt door de medisch specialisten, de wetenschappelijke verenigingen van de federatie, en is getoetst door het Zorginstituut. Het is van groot belang dat er samengewerkt wordt en afgestemd wordt binnen ROAZ-plus-niveau. We gaan dus opschalen op basis van urgentie, maar we hanteren ook nog een risicoclassificatie die plaatsvindt door professionals in de instellingen zelf. Daarmee bedoel ik: je kunt wel dezelfde diagnose hebben, maar de ene patiënt met dezelfde diagnose is de andere niet. Er moeten natuurlijk voldoende beschikbaar personeel zijn, voldoende beschikbare beschermingsmiddelen en voldoende capaciteit.

Als u kijkt naar de tijdlijn van ons programma, dan ziet u dat we in de week van 3 april de opdracht kregen en in de week van 13 en 20 april onmiddellijk zijn begonnen met het aanpassen van de regelgeving. Die regelgeving is gericht op de bekostiging, zowel in de msz als in de langdurige zorg, van extra kosten die gemaakt worden voor bijvoorbeeld beschermingsmiddelen of apparatuur, maar ook gederfde inkomsten. Die regelgeving is klaar. Alle aanbieders kunnen zich wenden tot zorgverzekeraars of zorgkantoren om de benodigde financiën te verkrijgen. Op 20 april komt de eerste publicatie. Dan de tweede, de derde en de vierde. Vandaag is de vijfde publicatie, en die presenteer ik u.

Als u kijkt naar de cijfers in de medisch-specialistische zorg, en we kijken op ROAZ-regioniveau – de eerste drie weken hebben we dat namelijk op provincieniveau gedaan, maar dat doen we nu op ROAZ-regioniveau – dan ziet u in iedere regio hetzelfde patroon. U ziet de week van 12 maart, u ziet het aantal verwijzingen helemaal teruglopen en u ziet ook dat het weer oploopt. Het goede nieuws is dat er nauwelijks een daling te zien is geweest in de spoedverwijzingen. Die zijn gewoon doorgegaan. De semispoedverwijzingen zijn weer bijna op het oude niveau. Dat is goed nieuws.

Als u kijkt naar het aantal spoedverwijzingen in de msz per specialisme, dan ziet u weer hetzelfde patroon. U ziet een daling, maar ook weer een stijging. We zitten nog steeds naar het aantal verwijzingen te kijken.

Als u kijkt naar het aantal behandelde patiënten, dan wordt het interessant. Ik moet daar de aantekening bij maken dat dit niet real-time is. De verwijzingen worden ons iedere week aangeleverd door ZorgDomein. De behandeldata worden ons iedere maand aangeleverd door Dutch Hospital Data. Dus hier kijkt u naar een vertraging. We hebben voor deze bijeenkomst een kleine steekproef gedaan bij vier, vijf ziekenhuizen om te kijken hoe het in de ziekenhuizen gaat. Daar zien we dat de stijging van het aantal behandelingen aan het toenemen is, net als het aantal verwijzingen. Dat is ook goed nieuws.

Als u dan kijkt hoe het eruitziet per ROAZ-regio, dan ziet u ongeveer hetzelfde patroon als landelijk. Ook daar zijn weinig tot geen verschillen te zien. Als u kijkt naar het aantal behandelde patiënten per specialisme, dan is dat ook min of meer vergelijkbaar. Die patronen blijven hetzelfde. Let op: ook hier zit een delay op. Over een paar weken kunnen we laten zien dat die stijging echt relevant is en bijna vergelijkbaar met het aantal stijgingen van de verwijzingen.

Kort en goed, bij de msz kijken we op dit moment naar een stuwmeer van zo'n 690.000 mensen, waarbij ik opnieuw aanteken dat de spoedverwijzingen door zijn gegaan en de semispoed bijna op orde is. Maar goed, de groep is groot. De stijging wordt wel iedere week kleiner.

Kijken we naar de ggz, dan kan ik u alleen de verwijzingen laten zien. Ik zou u willen vragen de blauwe lijn even achterwege te laten, want die staat voor 2018. In 2018 leverden nog niet alle instellingen hun data aan bij ZorgDomein. Het zijn dus de twee andere lijnen die u kunt vergelijken. U ziet dan weer hetzelfde patroon. Ook de ggz is druk bezig om weer op het oude niveau terug te komen.

Dat zien we ook per diagnosegroep. Daar zijn twee dia's van. Er zijn geen afwijkende patronen. Er is een dip geweest van ongeveer 49.000. Dat is – oneerbiedig gezegd – het stuwmeer, naast het aantal wachtenden van voor de coronatijd, namelijk 35.000 mensen, in de gespecialiseerde ggz. Dit is mijn laatste dia. Ik moet daar een excuus voor maken, omdat daar een fout in staat. Die fout staat onder de ggz. Daar staan de verkeerde cijfers. Daar staat volgens mij nog 60.000 verwijzingen. Dat moet 49.000 zijn. Er staat ook een ander getal voor het aantal wachtenden. Dat moet 35.000 voor. Mijn excuus hiervoor. We zullen dat herstellen.

Als we kijken naar de langdurige zorg, dan loopt dat voor een groot deel door. We zijn van plan om in kaart te brengen wat de leegstand is in de verpleeghuizen. Als we kijken naar de wijkverpleging is het voor ons moeilijk om de data helemaal duidelijk te krijgen. Daar zijn we nu druk mee. De huisartsen zijn erg druk met het opnieuw opschalen en het verwijzen. Dat gaat hard. De mondzorg is inmiddels weer gestart, evenals de fysiotherapeuten. We hebben nog wat extra aandacht voor de revalidatie, omdat we weten dat de covidpatiënten die uit het ziekenhuis ontslagen worden, over het algemeen revalidatie nodig hebben. Daar zullen we aandacht aan geven.

Ik dank u wel.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Even voor de zorgvuldigheid: in de sheets die zijn rondgedeeld, is de omissie hersteld. Ook in de presentatie op de website zijn de juiste cijfers opgenomen. Dus de fout waarover u sprak is ten tijde van uw presentatie hersteld.

Dan geef ik nu graag het woord aan de heer De Gouw voor zijn presentatie. Gaat uw gang.

De heer De Gouw:

Dank, voorzitter.

De voorzitter:

We moeten nog even de afstandsbediening schoonmaken, maar u kunt vast beginnen.

De heer De Gouw:

Dank u wel voor de gelegenheid om u bij te praten over de uitdagingen waar we nu voor staan als GGD's gezamenlijk voor het testen en het bron- en contactonderzoek, wat we natuurlijk al geruime tijd doen in opgeschaalde vorm, maar niettemin niet in de aantallen die van ons worden verwacht per 1 juni. Ik wil u meenemen niet zo zeer in wat we de afgelopen tijd hebben gedaan, maar in wat we de komende tijd gaan doen om de opdracht na te komen die we van het ministerie hebben gekregen – eigenlijk een verzoek van de samenleving – om ervoor te zorgen dat we door testen en bron- en contactonderzoek de vrijheid weer kunnen terugbrengen in de samenleving en daardoor bijdragen aan een snellere vermindering van de lockdown en een versoepeling van de maatregelen. Wat wij gaan doen vanaf juni, is iedereen met klachten testen en bij iedereen die positief is, een bron- en contactonderzoek uitvoeren. Ik wil even meenemen hoe het testen precies in zijn werk gaat en hoe wij de testcapaciteit opschalen. Vervolgens leg ik uit hoe bron- en contactonderzoek in zijn werk gaat en hoe we de capaciteit daarvoor opschalen. Dan eindig ik met het schetsen van de landelijke coördinatiestructuur, want dit is natuurlijk niet iets wat iedere GGD afzonderlijk doet. We richten op landelijk niveau een stevige programmastructuur in. Daarmee geven we gevolg aan de moties die een paar weken geleden zijn ingediend om meer landelijke coördinatie en regie op dit thema te realiseren.

Als we kijken naar de huidige testen die wij uitvoeren, dan ziet u dat dat er in de eerste helft van april bijna 10.000 waren. Dat is langzaam maar zeker

gedaald, tot 7 mei, tot een kleine 5.000 testen. Daarna ziet u dat het weer enigszins is toegenomen in de afgelopen weken. Dat heeft te maken met de nieuwe doelgroepen die zijn toegevoegd aan het testbeleid. Dat betreft mantelzorgers, professionals in het onderwijs en de kinderopvang, medewerkers BOA, medewerkers openbaar vervoer, politiemedewerkers en medewerkers DJI. Dat zijn allemaal groepen waarvan het kabinet heeft besloten, op advies van het OMT, dat die in de huidige periode waarin ze weer hun werkzaamheden hervatten, getest gaan worden. U ziet ook terug dat waar er eerst vooral sprake was van medewerkers in de zorg, we in de laatste weken een meer gemixt beeld zien van het aantal testen dat we hebben uitgevoerd.

Per juni gaan we iedereen testen en, zoals de Minister in de Kamerbrief schrijft, we hopen dat dat 1 juni kan. Daarvoor hebben we veel extra capaciteit nodig. De capaciteit die we op dit moment hebben als GGD's, samen met ziekenhuizen en zorginstellingen, is ongeveer 17.000. De «coronadrives» zijn zo ingericht dat wij 17.000 testen kunnen doen. Zoals u ziet, doen we die op dit moment nog niet. Dat betekent dat we nu overcapaciteit hebben, maar we hebben wel goed kunnen leren hoe je op een effectieve en efficiënte manier in een korte tijd veel testen kunt doen. U ziet hier een aantal cijfers van juni tot en met september. We beginnen met 34.000 in juni. Dat is eigenlijk de berekening van het RIVM. Wij willen iedere keer, iedere twee weken, op basis van de laatste gegevens van het RIVM, vooruitkijken welke testcapaciteit in de periode daarna nodig is. U heeft de heer Van Dissel uitgebreid horen praten over het dashboard, waarmee we ook wat meer naar voren kunnen sturen. Dit is daar een onderdeel van. Dat betekent dat de cijfers die in het plan stonden, zijn bijgesteld aan de laatste cijfers, die van 23 april van het RIVM. Dus daardoor wijken ze iets af. Maar op korte termijn komen er weer nieuwe cijfers. Die verwerken we dan weer en dan stellen we onze plannen daarop bij. Dat kan dus in beide richtingen zijn, zowel naar boven als naar beneden.

U ziet daar een rode lijn. Dat is het aantal bron- en contactonderzoeken. Voor de rode lijn zelf hebben we ons gebaseerd op het percentage testen dat op dit moment positief is. U heeft van de heer Van Dissel gezien en gehoord dat dat rond de 5% ligt, dus daar zijn we van uitgegaan. Maar de getallen die genoemd zijn, zijn de onder- en bovengrens van 2% en 8%. Die hebben we zelf berekend en geschat op basis van de vraag welke marge je moet hanteren binnen die 5% die op dit moment positief wordt getest. Aan de ene kant kan het zijn dat je, doordat je nu ook mensen met lichtere klachten gaat testen, een daling vindt van het aantal positief getesten. Aan de andere kant kan het zijn dat het maatschappelijk verkeer zo op gang komt dat je weer iets hoger zou kunnen testen. Daarom hebben we die bandbreedte voor de manier waarop we onze opdracht gaan invullen, zo genomen.

Hoe gaat het nu? Vanaf 1 juni is er een landelijk telefoonnummer. Eind juni is er online ook een webportal. Dat is op zich al gebouwd. Alleen zijn de eisen die daaraan worden gesteld op het gebied van veiligheid en privacy, zodanig dat er een aantal testen moet worden gedaan. Ik heb me laten influisteren dat er ook een pentest en een hacktest – mij onbekend – moeten plaatsvinden. Daar is gewoon een bepaalde termijn voor nodig. Dat betekent dat we beginnen met een landelijk telefoonnummer waar iedereen zich kan melden. Daarna wordt diegene digitaal of telefonisch doorverwezen naar een GGD voor het maken van een afspraak in de teststraat. Uiteraard gaan we dat zo goed mogelijk automatiseren, zodat mensen zelf met één klik een afspraak kunnen inplannen. Wij vragen dan ook een aantal gegevens van mensen om ervoor te zorgen dat wij weten dat we de juiste personen hebben en zodat we in onze administratie alvast een dossier kunnen gaan aanmaken. Voor wat betreft de verdeling verwachten we dat zo'n 80% van de mensen bij de GGD komt. We zien nu ook dat ziekenhuizen en grotere zorginstellingen hun eigen medewerkers

testen. Ook huisartsen testen mensen. Wij staan dus niet voor de hele 34.000 aan de lat, maar voor zo'n 80%.

Op het moment dat er getest is, zorgen wij dat de test zo snel mogelijk naar een laboratorium gaat om de bepaling te doen. In de Kamerbrief heeft u kunnen lezen over het omvormen van die stromen. Je hebt een aantal laboratoria waarmee alle GGD's samenwerken, waarbij er ook afspraken gemaakt worden over administratie, registratie en ontsluiting van gegevens. We weten nu dat hiervoor ook andere laboratoria worden ingezet. U heeft in de Kamerbrief kunnen lezen dat daarvoor een systeem wordt ingezet dat CoronIT heet. Wij krijgen de melding dat de uitslag bekend is en geven die zo snel mogelijk door aan degene die getest is. Als de melding negatief is, gebeurt dat via een appje of een sms. Als de melding positief is, gaat dat via de telefoon en later via de webportal, waardoor iemand blijvend beschikt over dat gegeven. Vervolgens gaan wij met de betrokken patiënt, als de uitslag positief is, in gesprek. Over het algemeen doen we dat telefonisch en als het nodig is ook fysiek. Daarbij proberen we na te gaan welke huisgenoten er zijn, met wie iemand volgens een bepaalde definitie nauw contact heeft gehad, en met wie diegene nog meer contact heeft gehad; die groep beschouwen we als overige contacten. Die uitvraag gebeurt deels door de GGD zelf en deels door een landelijk callcenter dat onder onze regie en verantwoordelijkheid gaat werken.

Zoals ik al zei, gebeurt het aanmelden voor testen zelf door telefonische melding bij een callcenter. Dan geven wij een instructie over de procedure, inclusief tijd en locatie voor afname van de test. Dat doen wij omdat mensen af en toe nogal schrikken van de test zelf. Ik weet niet of u de test al heeft gehad of gezien, maar als het jonge kinderen betreft of iets dergelijks, is het goed om te weten dat men diep de neus in moet om de test goed uit te voeren. Daar schrikken mensen nogal van. Wij vinden het dus wel verantwoord, of ten minste nodig, om van tevoren goede instructie te geven zodat mensen weten wat ze kunnen verwachten.

Vervolgens wordt de test op een testlocatie in de buurt afgenomen. Uiteraard proberen wij te streven naar een zo goed mogelijke spreiding. We hebben nu een aantal coronadrive-ins. De nieuwe betreffen voor een deel een uitbreiding van de huidige drive-ins, omdat die nog niet op volle capaciteit werken, maar voor een deel proberen wij ook op andere plaatsen coronadrive-ins in te zetten of mensen op een andere manier de mogelijkheid te geven om zich te laten testen in fysieke gebouwen. De uitslag hebben wij dan zo snel mogelijk – in ieder geval binnen één dag – en die geven wij onverwijld door aan de betrokkene.

De procedure die er nu is – daar werden net al vragen over gesteld – kent de tussenkomst van een arts, want op dit moment is het vaak arbobeleid en werkgevers willen dat ook de bedrijfsartsen daarbij betrokken zijn. Dat is de reden waarom wij hebben gezegd dat de indicatie is na een arts. Per 1 juni is dat niet meer zo. Dan is de drempel laag en kunnen mensen zich direct bij de GGD melden. Wij werken dan een korte vragenlijst af.

Natuurlijk, als ook maar enigszins duidelijk is dat de klachten op corona wijzen, dan nodigen wij de mensen uit om zich te laten testen.

Over het opschalen van de testen hebben wij het zojuist al even gehad. Dat is niet de grootste klus waar wij voor staan. Eén testlijn kan 240 testen per dag doen, uitgaande van een achturige werkdag. Dat betekent dat er landelijk 125 testlijnen nodig zijn, verdeeld over 25 GGD's. Natuurlijk heeft de ene GGD er meer dan de andere. Afhankelijk van het aantal inwoners zijn dat dus vier tot acht testlijnen per GGD. De bemensing is zes personen per testlijn, aan de voorkant voor de administratie, de logistiek en het afnemen van het monster. Bij zeven dagen per week betekent dit dat er tussen de 25 en 50 mensen per GGD nodig zijn. Uiteraard zijn die mensen al opgeleid. U heeft in de Volkskrant van vandaag ook kunnen lezen dat dat op dit moment nog steeds gebeurt.

De voorzitter:

Ik wil even vragen of de heer De Gouw zijn presentatie afmaakt en of de leden de vragen even willen bewaren tot na de presentatie. De heer De Gouw.

De heer De Gouw:

Daarbij gaan we natuurlijk wel uit van een voldoende beschikbaarheid van testmateriaal, maar wij zijn goed aangesloten bij de stuurgroep onder leiding van de heer Sijbesma. Op dit moment hebben we er alle vertrouwen in dat dat gaat lukken.

Bij het bron- en contactonderzoek dat wij vervolgens doen, vragen we aan elke patiënt waar hij of zij denkt de infectie te hebben opgelopen. Dat heet dan de index. Daarbij zijn we alert op een bijzondere clustering van cases. Daar is zojuist ook al even over gesproken. We maken dus ook onderdeel uit van het dashboard. Als we een verhoogde infectiedruk zien op basis van de andere indicatoren in het dashboard, dan zijn wij natuurlijk extra alert en dan vragen we ook door, want dan zijn mogelijk al bepaalde bronnen bekend waar mensen de infectie kunnen hebben opgelopen. Dat zijn regionale bronnen. Op basis van nader onderzoek kunnen wij dan ook bijdragen aan het stoplichtprincipe, waarbij je zegt: wacht even, in deze regio gebeurt nu meer dan wij eigenlijk verantwoord achten. Het brononderzoek is dus een essentieel deel van het bron- en contactonderzoek.

Daarnaast is er het contactonderzoek. Aan iedereen die positief is, vragen we: met wie woont u samen, met wie heeft u langer dan vijftien minuten op een afstand van minder dan 1,5 meter contact gehad en met wie heeft u op een afstand van meer dan 1,5 meter of korter dan vijftien minuten contact gehad? Daarmee verdelen we de mensen in «huisgenoten», «overige nauwe contacten» en «overige niet-nauwe contacten». Volgens de nieuwe richtlijn worden alle huisgenoten, de nauwe contacten en de patiënt zelf gebeld op dag één, dag zeven en dag veertien. Op dag één proberen wij ook uit te vragen of mensen er behoefte aan hebben om vaker gebeld te worden. Het gaat er niet zozeer om dat wij iedere dag gaan controleren, want dat is met mobiele telefoons niet echt zinvol. Wij willen mensen vooral de mogelijkheid geven om vragen te stellen, om zorgen te uiten en om in gesprek te blijven als zij de eenzaamheid van een quarantaine ervaren of zich gewoon ongerust maken.

Dan de opschaling. Hier ziet u de cijfers die ook al in de eerder getoonde dia stonden. In de minimumvariant gaat het om 500 en in september om 740. In de maximumvariant gaat het ongeveer om 2.700 à 2.800. Dat zijn dus die 8% en die 2%, maar zoals ook de heer Van Dissel zei: op dit moment blijven de aantallen achter bij de modellering die we hebben gemaakt. Maar goed, het is heel simpel: het gaat niet om wat wij verwachten, het gaat erom wat het RIVM berekent, en dat we op basis daarvan gewoon zorgen dat we er klaar voor zijn. Dit betekent dat wij in het ondergrensscenario 800 fte's nodig hebben. U moet er rekening mee houden dat een fte staat voor iemand die 36 uur per week werkt, terwijl wij in de praktijk zeven dagen werken. Er is dus een verschil tussen het aantal personen dat je nodig hebt en het aantal fte's, maar om dat niet te veel door elkaar te laten lopen, hebben wij hier overal het aantal fte's gebruikt. Daarvan zijn er reeds 670 opgeschaald. Deze week zijn wij bezig om de laatste 130 personen die daarvoor nodig zijn niet zozeer te werven, want ze zijn vaak al in huis of ze zijn al bij ons bekend, maar wel om ze op te leiden voor het bron- en contactonderzoek.

Bij een maximale vraag in het bovengrensscenario hebben we in het opschalingsplan gekozen voor een grote landelijke organisatie – daar worden op dit moment de afrondende besprekingen mee gevoerd – in de vorm van callcenters. We maken daarbij afspraken over belscripts en over registratie. Daarbij is er ook een e-learning, een instructie. Het zijn op zich mensen die al getraind zijn om in de zorg te werken. Wat er dan gebeurt,

is het volgende. Bij de ontvangst van een positieve melding wordt door de GGD bekeken: is er sprake van een bijzondere omstandigheid waardoor wij deze casus zelf moeten gaan afhandelen – het betreft bijvoorbeeld mensen in een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking; ik noem maar iets – of betreft het gewoon een reguliere burger waarbij wij het bron- en contactonderzoek laten uitvoeren door het landelijk centrum dat door ons allemaal in de arm is genomen? Op die manier zorgen we ervoor dat we zelf altijd de ondergrens kunnen doen en zelf altijd de complexe cases kunnen doen, maar ook klaar zijn om een maximale capaciteit in de benen te krijgen. U kunt zich voorstellen dat bij heel veel callcenters normaal al sprake is van snelle opschaling. Nou, wij hebben dus nu de afspraak dat die opschaling binnen 24 uur kan plaatsvinden tot de bovengrens die in dit plan is aangegeven.

Nog een laatste opmerking over de landelijke coördinatiestructuur. Er zijn 25 GGD-regio's, die in het algemeen niet altijd precies hetzelfde doen – ik moet niet zeggen «redelijk autonoom zijn» – maar van oudsher op het gebied van infectieziekten gelukkig wel. U kunt zich voorstellen dat de landelijke samenwerking in deze crisis sterk is versterkt. Als portefeuillehouder infectieziektenbestrijding heb ik van al mijn collega's het mandaat gekregen om namens iedereen te spreken.

We hebben ook een landelijk programmateam samengesteld; de samenstelling daarvan wordt waarschijnlijk vandaag bekendgemaakt. Dat is een forse groep mensen en die hebben een zestal taken op het landelijk bureau. Ten eerste is dat de realisatie van de landelijke capaciteit en alles wat daarvoor nodig is. Dat betreft de inrichting van de logistiek, maar ook het beschikbaar stellen van registraties, zorgen dat er voldoende licenties zijn, zorgen dat aan de AVG wordt voldaan en dat de goede instructie wordt gegeven. Ik noem ook de regie op de benutting van die capaciteit. Dat heeft er met name mee te maken dat we iedere twee weken van het RIVM nieuwe gegevens krijgen, zoals ik net zei. We kunnen dus iedere keer vooruitblikken en aan het landelijk centrum laten weten hoeveel mensen wij denken nodig te hebben.

Verder noem ik de coördinatie van de inzet van vrijwilligers. Wij denken hierbij ook aan de gesprekken over eenzaamheid of angst die je normaal via SOS-lijnen zou voeren. Er zijn in Nederland heel veel vrijwilligers, bij het Rode Kruis en bij de telefonische hulpdiensten, die zeggen: dit is ons werk en daar zijn wij goed in. Waarom zou je daar geen gebruik van maken?

Daarnaast is het programma verantwoordelijk voor de landelijke samenwerking met het ministerie en het RIVM op een dagelijkse basis. Wij monitoren de landelijke gegevens. Alle gegevens van alle testen en alle bron- en contactonderzoeken worden uiteraard anoniem landelijk verzameld en daarmee ook onderdeel van het dashboard.

Ten slotte is de opdracht om te zorgen voor eenduidige communicatie, zodat de informatie die op de RIVM-website en op alle GGD-sites te vinden is, uniform is. Dat geldt ook voor de handelingsinstructie die wij meegeven en voor de brief die wij aan iedereen sturen. Dat doen wij naast het telefonisch contact, zodat mensen het nog eens kunnen nalezen. Wij denken dat wij er op die manier klaar voor zijn.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan wil ik mevrouw Kaljouw en de heer De Gouw namens de hele commissie hartelijk danken voor hun presentaties. We gaan gauw over naar het stellen van vragen. Ik geef als eerste het woord aan mevrouw Agema namens de PVV. Gaat uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik dank beiden voor hun presentaties. De afgelopen jaren is de ziekenhuis-capaciteit nogal afgebouwd. Er zijn veel ziekenhuizen op locatie gesloten: Slotervaart, de IJsselmeerziekenhuizen. Er zijn ook sluitingen op handen,

zoals de sluiting van het Bronovo. We zien nu een enorm stuwmeer in de acute zorg. We weten ook dat corona niet zomaar weg is en dat het zomaar weer op kan laaien. We zien ook dat het staand beleid van het kabinet is – ik verwijs naar pagina 13 van de begroting – om de ziekenhuiscapaciteit de komende jaren nog veel verder af te bouwen. Ik heb wat dat betreft nog geen wijziging van beleid gezien. Ik zou mevrouw Kaljouw willen vragen of zij dat nou verstandig vindt. Vindt zij het verstandig dat het kabinet daaraan vasthoudt, of vindt zij dat een grotere capaciteit in de curatieve zorg, in de medisch-specialistische zorg, aangehouden moet worden?

Mevrouw Kaljouw:

Het valt niet te ontkennen dat er nu een stuwmeer is. Daar heeft u volkomen gelijk in, maar dat is niet een stuwmeer van acute zorg. Dat is een stuwmeer van alle zorg die achterblijft bij wat we verwacht hadden ten opzichte van 2019. De NZa staat aan de lat voor de toegankelijkheid van de hele zorg. We zullen dus capaciteit moeten hebben voor alles wat nodig is in dit land. Vooral nog heb ik toch stellig de indruk dat de capaciteit – zeg maar voor corona – voldoende was. We zullen tijdens en na corona moeten bekijken hoe de vlag erbij hangt. Daar kan ik nu nog niks over zeggen. Ik begrijp uw zorg.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Diertens heeft zich laten vervangen door mevrouw Bergkamp, vanwege andere verplichtingen in dit huis, zo heb ik begrepen. Mevrouw Bergkamp namens de fractie van D66. Gaat uw gang.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Dank u wel, voorzitter. Honderdduizenden patiënten hebben natuurlijk niet de zorg gekregen die zij nodig hadden, met mogelijk gezondheidsschade tot gevolg. Mijn vraag is of u zicht heeft op de omvang van die gezondheidsschade. Hoe verhoudt zich dat met de totale gezondheidsschade van de coronapatiënten? Wat betekent dit als er mogelijk een tweede coronagolf aankomt?

Mevrouw Kaljouw:

Wij hebben op dit moment geen zicht op de gezondheidsschade, maar die is er natuurlijk wel. Het RIVM gaat hier onderzoek naar doen. We hebben wel wat signalen en die signalen zult u ongetwijfeld ook herkennen. Een lange tijd durfden patiënten niet naar de huisarts. Dat is nog steeds aan de gang, hoewel het een stuk minder is. Ook als zij een vlekje of een plekje hadden en je eigenlijk graag zou willen dat ze juist wél naar de huisarts gingen, zijn ze niet gegaan. We weten niet hoeveel mensen dat zijn. We weten ook niet precies wat daarvan de gezondheidsschade is, maar je mag wel veronderstellen dat er een groep mensen zal zijn die je graag eerder had willen laten zien. Dat zien we ook bij de cardiologie. Er worden wat signalen afgegeven. Die krijgen wij ook te horen van mensen die bijvoorbeeld hartklachten krijgen, maar dan toch niet naar de huisarts gaan. Daar moeten we echt iets aan doen en daar doen huisartsen ook wat aan. Mensen die echt klachten hebben, moeten naar de huisarts. Daartoe moeten we hen echt gaan oproepen. Dan worden ze ook geholpen. Die capaciteit is er ook gewoon.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Veldman namens de fractie van de VVD. Gaat uw gang.

De heer Veldman (VVD):

Voorzitter, dank u wel. Op basis van voorgaande jaren: 690.000 verwijzingen hebben nu niet plaatsgevonden. Het is goed om te horen dat men

voor wat betreft de spoedvragen weer op niveau is en wat betreft de semispoed bijna op niveau. Nou hoor ik verschillende deskundigen inzake die aantallen zeggen dat een bepaalde zorgvraag verdampt. Die zorgvraag was er eigenlijk misschien eerder wel, maar is misschien niet nodig. Nou is het wel interessant om te weten of we dat kunnen achterhalen. Als verwijzingen achteraf gezien niet nodig blijken – die zorgvraag is zeg maar verdampt – dan creëert dat ook weer capaciteit voor de vraag naar zorg die wel nodig is. Gaat de urgentielijst hierbij helpen, of zijn er ook nog andere methoden om inzichtelijk te maken welke vragen niet nodig zijn gebleken maar eerder wel iedere keer zijn bediend?

Mevrouw Kaljouw:

Wat je eigenlijk altijd ziet, is dat een deel van de vraag verdampt als je het aanbod weghaalt. Dat is ook in de zorg zo. Wij weten niet hoeveel dat is en wij weten ook niet precies wat dat is. Het is wel heel belangrijk dat we dat gaan achterhalen. Dus lopende de periode die nu volgt, gaan we dat ook absoluut proberen. Dat zullen we natuurlijk doen in samenspraak met professionals een aanbieders. Het is bezijden deze vraag, maar we zien ook een enorme toename van digitale zorg en zorg op afstand. We zien huisartsen daarin excelleren, maar ook zorginstellingen. Dat zal de vraag niet doen afnemen, maar wel anders doen beantwoorden. Ik denk dat dat ook heel veel gaat helpen. Ik hoop dus dat we dat kunnen behouden.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan de heer Hijink namens de fractie van de SP.

De heer Hijink (SP):

Ik zou graag aan de heer De Gouw willen vragen wat nu precies het doel en de strategie is van het werk dat de GGD op dit moment aan het doen is. In interviews zegt u: we willen het virus zachtjes laten landen; we willen de ic-capaciteit kunnen blijven benutten; het reproductiegetal moet net onder de 1 blijven. Dat wekt bij ons toch de indruk dat het doel niet het maximaal indammen van het virus en het maximaal beperken van het aantal nieuwe besmettingen is, maar dat het doel toch veelmeer het oude idee, dat we hier in maart al hebben besproken, van de groepsbescherming is. We zien dat er in het buitenland veel meer gestuurd wordt op het echt beperken van het aantal nieuwe besmettingen, ook door veel intensiever bron- en contactonderzoek dan wij op dit moment in Nederland doen. Mijn vraag is waarom er niet ook in Nederland voor die strategie wordt gekozen. Hier blijft toch het gevoel hangen, ook door de uitspraken die u doet, dat wij die groepsbescherming nog zeer hoogachten in plaats van dat we veel intensiever inzetten op bron- en contactonderzoek om het aantal besmettingen echt – ik snap wel dat je nooit helemaal naar de nul kunt – zo dicht mogelijk naar de nul terug te brengen.

De heer De Gouw:

Het nadeel van uitspraken die je doet is dat de context waarin uitspraken worden gedaan niet altijd helemaal tot zijn recht komt. Wat ik heb geciteerd, is het standpunt dat in Nederland een afweging wordt gemaakt tussen enerzijds maatschappelijke en economische belangen en de maatschappelijke noodzaak om een aantal maatregelen te versoepelen, en anderzijds de volksgezondheidsaspecten en de ankerpunten zoals die door Minister De Jonge zijn genoemd. Zoals ook de heer Van Dissel al zei: dan moet je rekenen op een R_0 tussen de 0,7 en 1. Het mag in ieder geval niet boven de 1 uitkomen. Wat wij met onze bron- en contactonderzoeken en ons testen doen, is eigenlijk hetzelfde als wat er nu ook in alle andere landen gebeurt: wij testen iedereen, en wij doen bij alle positief geteste mensen bron- en contactonderzoek. Daarin onderscheiden wij ons niet.

Daarmee dragen wij zo maximaal mogelijk bij aan de vermindering van het virus en de vermindering van de verspreiding van het virus in Nederland. Meer kunnen wij niet doen.

De richtlijn voor bron- en contactonderzoek is nu aangescherpt tot drie gesprekken, die we telefonisch met iedereen hebben, met een duidelijke instructie. We adviseren mensen die zich niet lekker voelen al voordat ze klachten hebben hun temperatuur te meten. Ook adviseren wij de nauwe contacten om veertien dagen thuis te blijven. Dat zijn gewoon de beleidslijnen zoals die ook in andere landen gelden. Dus wij doen dat op dit moment maximaal, maar ik heb eerder gezegd dat wij een opdracht krijgen om een bepaalde teststrategie te volgen. Afgelopen tijd, tijdens de lockdown, is besloten: we hoeven niet iedereen te testen, want we zien dat de lockdownmaatregelen werken, maar we gaan vooral testen in de zorg en bij extra kwetsbare personen. Een testbeleid is altijd een gevolg van een strategie die je voert. Nu is gekozen voor een strategie van versoepeling met een aantal ankerpunten. Daar past de test- en bron- en contactonderzoeksstrategie bij, die we vanaf 1 juni gaan uitvoeren.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan kom ik nu bij mevrouw Ellemeet. Zij spreekt namens de fractie van GroenLinks. Gaat uw gang.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel. Dank aan beide sprekers. Ik heb nog twee vragen. Ik wil er een aan de heer De Gouw stellen en een aan mevrouw Kaljouw. Mijn vraag aan de heer De Gouw sluit aan bij die van de heer Hijink. Ik denk dat er wel wat verwarring gecreëerd is door eerdere uitspraken. Als je zegt dat niemand heeft kunnen uitleggen wat het nut is van intensief bron- en contactonderzoek, dan roept dat wel wat vragen op, nog even los van de context. Maar goed, we zien nu het huidige plan van het kabinet. De heer De Gouw zegt: we gaan nu even intensief bron- en contactonderzoek doen als andere, omringende landen. In de staatjes bungelen wij helemaal onderaan als het gaat om het aantal fte's dat we op 100.000 mensen hebben voor bron- en contactonderzoek. Vergeleken met andere landen hebben wij het laagste aantal fte's. Mijn vraag is dan ook: komen wij met het plan dat er nu ligt, op het gemiddelde? En is het bron- en contactonderzoek echt even intensief als bijvoorbeeld in Duitsland? Doen ze daar ook maar drie belletjes in twee weken, of hebben ze dagelijks contact? Volgens mij ligt het aantal uren in Duitsland namelijk hoger dan bij ons.

De heer De Gouw:

Ik ga even in op het tweede deel van uw vraag over het bron- en contactonderzoek. Wij zitten op het gemiddelde. Wij testen iedereen, tenminste iedereen kan zich laten testen. Bij iedereen die positief test, doen we bron- en contactonderzoek. Wat dat betreft kunnen we in het proces niet meer doen dan dat.

Dan de intensiteit van het bron- en contactonderzoek. De richtlijnen daarvoor worden opgesteld door het RIVM. Er is geen wetenschappelijk onderzoek waarin staat dat iedere dag bellen beter werkt. Je zoekt dus op basis van ervaring. We leren constant, zoals de heer Van Dissel zei. We hebben ook ervaring met bron- en contactonderzoek bij andere ziekten zoals hepatitis en tbc. We weten wat dat betreft wat werkt, en dat zetten we in. Dat is een keuze die we hebben gemaakt, maar we volgen de richtlijn die er nu ligt dus strikt. Maar volgens mij moet je kijken waar de grootste winst in zit. Het belangrijkste is dan: iedereen testen en bij iedereen die positief is bron- en contactonderzoek doen. Daarin onderscheiden wij ons niet van het buitenland.

De voorzitter:

Dank u wel. Uw tweede vraag, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik heb geen antwoord gekregen op mijn vraag of we evenveel bellen als in Duitsland.

De **voorzitter**:

Misschien kunt u een korte toelichting geven, meneer De Gouw?

De heer **De Gouw**:

We bellen niet evenveel als in Duitsland.

De **voorzitter**:

Uw tweede vraag, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel. Die is aan mevrouw Kaljouw. Zij zegt: wij hebben een stuwmeer van 690.000. Dat is gigantisch veel. Mijn vraag is: is er een planning gemaakt voor wanneer we dat bijgetrokken willen hebben? En wat zijn de twee grootste uitdagingen die mevrouw Kaljouw ziet in dit hele proces?

Mevrouw **Kaljouw**:

Op dit moment is er geen planning waarin we kunnen laten zien wanneer we weer bij nul zijn. Als u de enorme daling in de grafiek ziet, dan kunt u zich voorstellen dat je de hele weg naar boven weer moet afleggen als je op hetzelfde niveau terecht zou willen komen, maar dan schoon je in gedachte nog niet op wat er allemaal digitaal kan en wat aan het eind van de rit misschien helemaal niet nodig zou zijn geweest. Dat weten we niet precies. Die planning is er dus niet. Ik ben wel bang dat dat een hele poos gaat duren. Ik ben bang dat het een kwestie van een hele lange adem zal zijn. Het is ook cruciaal wat er gaat gebeuren als er een tweede uitbraak of uitbraakje komt. Ik hoop echt oprecht dat we dan niet voor een tweede keer een complete lockdown van de reguliere zorg voor onze kiezen krijgen. We hebben een robuust systeem, en dat kan tegen een stootje zoals we de afgelopen weken ook echt hebben gezien, maar er zijn natuurlijk wel grenzen aan.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik geef het woord aan de heer Kuzu namens DENK.

De heer **Kuzu** (DENK):

Voorzitter, dank u wel. Dank voor beide presentaties. Ik heb een vraag voor de heer De Gouw. In de eerste plaats complimenten voor de opzet van het onderzoek. We hadden graag gezien dat er eerder sprake was geweest van maximaal testen en bron- en contactonderzoek, maar beter laat dan nooit, zou ik zeggen, en straks ook sterkte met de uitvoering. In uw presentatie heeft u het over het bron- en contactonderzoek. Op een gegeven moment zegt u dat u bij de bronopsporing alert bent op een bijzondere clustering van cases. Ik vraag me af hoe die bijzondere clustering eruitziet. U geeft vervolgens ook aan dat er op basis van nader onderzoek aanvullende maatregelen genomen kunnen worden. Ik probeer mij voor te stellen hoe dat er dan uit kan zien. Misschien kunt u dat toelichten aan de hand van een voorbeeld.

De heer **De Gouw**:

Dat heeft te maken met de werking van het dashboard. Daarvoor worden bijvoorbeeld ook, zoals de heer Van Dissel al zei, bewegingen vanuit de ene gemeente naar de andere gemeten. Als we daar op een gegeven moment ongebruikelijke patronen in zien, worden die op dat moment, zoals de heer Van Dissel zei, geregistreerd als zijnde ongebruikelijk. Als wij vervolgens, een week daarna, een aantal positieve besmettingen zien,

gaan wij navragen waar die mensen zijn geweest. Als meerdere mensen dan op die plaatsen met ongewone bewegingen blijken te zijn geweest, kan dat aanleiding zijn om te zeggen: wacht even, het is heel waarschijnlijk dat daar een bron zit. Dan gaat het erom of het een bron is die nog steeds bestaat, dus bijvoorbeeld een grote club die zich niet aan de maatregelen houdt, waar dan maatregelen kunnen worden getroffen. Dat is wat Minister De Jonge «het uittrappen van regionale brandjes» noemt. Daar moet u aan denken. Het kan ook, om nog maar iets te noemen, bij een universiteit zijn. Als we plotseling veel studenten krijgen, proberen we bij het brononderzoek na te gaan wat het gemeenschappelijke is, om te zien of we er op die manier achter kunnen komen waar er nog een bron is die om extra maatregelen kan vragen. Dat zijn dan maatregelen die door het openbaar bestuur zouden moeten worden genomen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Asscher, namens de Partij van de Arbeid. Gaat uw gang.

De heer **Asscher** (PvdA):

Mijn vraag sluit aan bij die van de heer Hijink en mevrouw Ellemeet, want ik begrijp toch niet waarom het protocol twee weken na verschijning wordt aangescherpt. Dat roept de vraag op of we nu dan ver genoeg gaan. Uiteindelijk zijn heel ambitieus testen en bron- en contactonderzoek veel kosteneffectiever dan lockdowns en sluitingen. Dat roept de vraag op wat u nodig zou hebben als de instructie van het RIVM zou zijn: ga maximaal indammen via bron- en contactonderzoek. Zorg dus voor ruimere openingstijden van de teststraten, zodat je niet hoeft te wachten tot de kantooruren van de volgende dag. Zorg dat je wel degelijk blijft bellen, zoals ze in Duitsland doen. Zorg dat je mensen veel meer helpt bij het isoleren: ga ze hotelkamers aanbieden. Met andere woorden: ik snap dat dit nu de nieuwe instructie van het RIVM is, maar die is in de afgelopen twee weken blijkbaar veranderd. Wat zou u nodig hebben aan fte's en instrumenten om het maximaal te doen?

De heer **De Gouw**:

In de dialoog met het Ministerie van VWS is ons één ding gezegd: leg jezelf geen beperking op, binnen de richtlijn die nu is geboden. Een mogelijk tekort aan fte's is nooit een reden geweest om een bepaald plan in een bepaalde richting te schrijven.

Wat betreft de verruiming van de openingstijden en dergelijke: wij gaan ervan uit dat iemand die zich meldt, dezelfde dag of de volgende dag getest wordt; punt. Wij proberen dat zo goed mogelijk te spreiden, vooral door het aantal locaties te vergroten en door alle locaties maximaal te gebruiken. Het kan ook gewoon tijdens winkeltijden, tot 22.00 uur. Het is dus niet zo dat we alleen van 08.00 tot 17.00 uur werken. Wat nodig is, is nodig en als het nodig is, schalen wij op in onze plannen.

Wat betreft het bron- en contactonderzoek en de richtlijn: wij hebben de berekeningen gemaakt die u net heeft gezien. De nieuwe richtlijn werd gisteravond in de brief pas genoemd; die is nog niet doorgerekend. Maar wij gaan dus doorrekenen wat de nieuwe richtlijn betekent. Daar zullen wij meer fte's voor nodig hebben. Dat betekent iets voor de afspraken die we hebben gemaakt met het landelijk centrum en voor de afspraken die in de regio worden gemaakt. Want ik word nu al door uitzendbureaus gebeld die zeggen: ik ben al door deze regio en door die regio gebeld; kunnen we voor jou ook iets betekenen? Iedere regio is dus al bezig met die opschaling.

We verwerken die nieuwe richtlijn nu en dat leidt tot extra fte's. Die gaan wij inzetten en die worden gefinancierd door het ministerie. Er is ons op dit moment dus geen beperking opgelegd. Als de politiek bij wijze van

spreken zou besluiten dat iedereen twee keer per dag moet worden nagebeld, is dat een besluit van de politiek en van het RIVM dat wij vervolgens moeten uitvoeren, waarbij wij het effect daarvan moeten gaan berekenen. Maar de nieuwe richtlijn is verbeterd ten opzichte van de eerste, door die drie keer bellen en door eventueel meer nabellen als mensen daar behoefte aan hebben of als wij de inschatting hebben dat het nodig is om mensen meer te bellen. Op die manier gaan wij nu op basis van de richtlijn werken. Er is dus geen beperking, maar op dit moment is ook niet aan te geven wat precies het maximale is. Het gaat ook niet om het maximale, maar om het optimale, wat mij betreft.

De heer **Asscher** (PvdA):

Mijn vraag was niet hoe het is binnen de richtlijn, maar wat een verder verbeterde richtlijn zou kunnen zijn. Ik snap dat er geen beperking is binnen de richtlijn, maar mijn vraag was eigenlijk: welke richtlijn zou maximaal effect kunnen beogen? Maar misschien had ik die vraag aan Van Dissel moeten stellen.

De **voorzitter**:

Ik denk het ook, want de heer De Gouw is daar wel op ingegaan. Als ik hem zo mag samenvatten, zei hij dat, op het moment dat er een verruiming is, er een nadere berekening zal worden gemaakt. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Van den Berg namens het CDA.

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

Dank u wel, voorzitter, en ook van onze kant dank voor beide presentaties. Ik wil graag een vraag stellen aan mevrouw Kaljouw. Het gaat over de ggz. In uw sheet gaf u aan dat er nu 49.000 verwijzingen minder zouden zijn. Maar ik heb dezer dagen een paar ggz-instellingen gebeld en zij zeggen: heel veel zorg is juist doorgegaan, omdat wij het digitaal hebben opgepakt dan wel in sommige gevallen met een stukje plexiglas erbij naar de patiënt of de cliënt toe zijn gegaan. Het Trimbos-instituut geeft aan dat mensen met psychoses zelfs minder klachten hebben. Waar komt volgens u dat stuwmeer dan vandaan?

Mevrouw **Kaljouw**:

Dat stuwmeer in de ggz is eigenlijk hetzelfde als in de msz. Dat is in de eerste periode geweest waarin er bijna niet verwezen is door huisartsen. We weten dat daarnaast de zorg in de ggz-instellingen zelf gewoon is doorgegaan. Ook in de ggz wordt er een enorme vlucht genomen als het gaat om digitale zorg. Dat is heel erg goed. Dus u kijkt naar het aantal verwijzingen dat niet gedaan is in de eerste periode vanuit de huisartsenpraktijken. Dat aantal is 49.000.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Van der Staaij namens de SGP. Gaat uw gang.

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

Ik heb een vraag voor de heer De Gouw over het testen. Cruciaal is dat er snel getest wordt. De omschrijving «je hebt klachten die passen bij COVID-19» is best wel een beetje ruim. Gaan mensen zo niet heel makkelijk denken dat de tijd moet uitwijzen of het inderdaad COVID-19 is? Hoe kunt u daar meer scherp te in krijgen? Hoe kunt u bewerkstelligen dat mensen die klachten snel herkennen en daarmee ook echt voor testen kiezen?

De heer **De Gouw**:

Er komt een landelijke publiekscampagne waarin de nadruk zal worden gelegd op wat je moet doen zodra je klachten hebt – die klachten worden genoemd – als hoesten, benauwdheid, neusverkoudheid, last van je

longen, dus de klachten die passen bij COVID-19 als voorbeeld, om daarmee richting te geven aan mensen. De boodschap zal zijn: «U hoeft niet naar een arts te gaan; ga zo snel mogelijk naar de GGD. Als u klachten hebt, is ons algemene advies: blijf binnen. Dus als u zekerheid wilt, laat u testen, want dan weet u wat er aan de hand is.» De publiekscampagne wordt op dit moment voorbereid. Die is natuurlijk ook gericht op alle Nederlanders. Er zal dus ook gebruik worden gemaakt van pictogrammen en dergelijke om ervoor te zorgen dat echt iedereen bereikt wordt met de juiste boodschap.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van Brenk van 50PLUS. Gaat uw gang.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Voorzitter. Dank voor de bijdragen. In een artikel in het AD worden de lezers meegenomen in de discussie in een ziekenhuis dat een oplossing zoekt voor het stuwmeer van operaties. Daarin zegt de heer Baatenburg de Jong van het Erasmus MC: «Wij hebben een top 50 gemaakt van ernstige ingrepen. We zijn bezig met wiskundige modellen.» Maar ik kan me voorstellen dat het voor al die mensen die nu kijken best belangrijk is om te weten welke maatstaven er worden gehanteerd. Wanneer zou je erop kunnen rekenen dat je aan de beurt bent? Welke maatstaven hanteren de ziekenhuizen?

Mevrouw **Kaljouw:**

Op dit moment wordt er gebruikgemaakt van een zogenaamde urgentielijst, die, zoals ik al zei, gemaakt is door de wetenschappelijke verenigingen van de Federatie Medisch Specialisten. Naast die urgentielijst wordt er in de ziekenhuizen ook gebruikgemaakt van een urgentieclassificatie, omdat niet iedere patiënt hetzelfde is, ook al hebben bepaalde patiënten dezelfde diagnose. Maar ik kan niet genoeg benadrukken dat mensen, als ze een klacht hebben en ze denken dat er iets gedaan moet worden, moeten bellen naar de huisarts. Tegen hen zeg ik: bel naar de huisarts en leg het voor. Huisartsen zitten daar echt klaar voor en kunnen heel goed met patiënten samen beslissen of ze doorverwezen moeten worden of niet. Als iemand doorverwezen moet worden, dan wordt hij nu behandeld.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van Esch van de Partij voor de Dieren.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Dank u, voorzitter. Wij krijgen toch meldingen van mensen die wegens hun mentale welbevinden binnen de ggz wel degelijk face-to-facecontact nodig hebben, maar die dat tot nu toe toch wordt geweigerd en waarbij het contact toch vooral online plaatsvindt. Volgens de richtlijn die nu is opgesteld wegens ggz en corona zou dat wel degelijk face to face moeten plaatsvinden, maar schijnbaar gebeurt dat in de praktijk toch onvoldoende. Ik ben benieuwd of er een plek is waar mensen dit soort meldingen kunnen doen. Zo nee, is het een idee om een soort meldingslocatie of bijvoorbeeld een telefoonlijn te starten? Want die zorgen leven er wel degelijk.

Mevrouw **Kaljouw:**

Ik herken uw punt zeker vanuit de ggz. Er is natuurlijk altijd een categorie mensen binnen de ggz die heel erg graag face-to-facecontact wil en misschien is dat ook wel nodig. Er vindt daarbij een bepaald soort kwaliteit van behandeling plaats. Die mensen kunnen zich melden, om te beginnen bij de huisarts, en aangeven dat ze face-to-facecontact willen met een POH-ggz. Ze kunnen zich natuurlijk ook melden bij de IGJ als ze

denken dat ze onvoldoende behandeling krijgen wanneer het niet face to face gebeurt maar digitaal. Ik ga ervan uit dat dat stap voor stap verder zal worden opgeschaald de komende weken. We zien de aantallen groeien, ook van het face-to-facecontact. Maar ik ben het met u eens dat de route nu is: eerst digitaal contact en daarna pas face-to-facecontact. Dat is een goed punt.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan kom ik nu bij de heer Van Haga. Nee, mevrouw Van Kooten, u heeft al een vraag gesteld.

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

Voorzitter, ik heb een hele korte en verhelderende vraag over de presentatie van de heer De Gouw. Het kan echt heel, heel kort.

De voorzitter:

Ik kan dat niet toestaan, want dan willen de andere mensen ook. We hebben nog vijf minuten en er zijn nog drie vragenstellers, dus het spijt me. De heer Van Haga.

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

Mijn vragen zijn allemaal al gesteld. Ik heb geen vragen meer, dus ik geef mijn vraag graag aan mevrouw Van Kooten-Arissen.

De voorzitter:

Dat siert u. Mevrouw Van Kooten-Arissen namens de Groep Krol/van Kooten-Arissen.

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

Ontzettend veel dank aan de heer Van Haga. Dat vind ik heel erg aardig van hem. De heer De Gouw vertelde in zijn presentatie dat de mensen die negatief getest worden, een appje of een sms'je ontvangen. De mensen die positief worden getest, worden gebeld. Die zijn wel besmet en worden gebeld. Maar niet alle mensen hebben een mobiele telefoon, waaronder veel ouderen. Worden die mensen, ondanks dat ze negatief getest worden, toch gebeld? Dat wilde ik even helder hebben.

De heer **De Gouw:**

Als iemand geen telefoon heeft, is het ingewikkeld. Als mensen zich opgeven voor de testraad, dan vragen we hoe we met iemand in contact kunnen komen. Uiteraard proberen we voor de negatieve uitslagen de meest effectieve weg te kiezen, maar uiteindelijk moeten wij ervoor zorgen dat iedereen op basis van de contactgegevens die hij of zij opgeeft ook daadwerkelijk een melding krijgt. Wat ik aangaf, geldt voor de 95% van de Nederlanders die een mobiele telefoon heeft. Voor de 5% die dat niet heeft, moeten wij uiteraard op andere manieren contact gaan zoeken. Dat kan door te bellen of door een brief te sturen.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik nu het woord aan de heer Baudet namens Forum voor Democratie. Gaat uw gang.

De heer **Baudet** (FvD):

Er werd zojuist gezegd dat we bewijs zien dat de lockdown werkt, maar dat is natuurlijk niet zo. We zien alleen dat het aantal besmettingen afneemt, maar we weten niet wat de oorzaak daarvan is. Het kan ook een andere oorzaak hebben dan de lockdown. We weten überhaupt niet eens of die wel tot minder besmettingen leidt. Die zou ook tot meer besmettingen kunnen leiden, omdat iedereen thuiszit en elkaar besmet. Die

correctie wilde ik even aanbrengen. Dat weten we gewoon niet. Die causaliteit is onbewezen.

Mijn vraag is de volgende. We weten natuurlijk inmiddels wel iets meer over het virus. De reden dat we dit twee à drie maanden geleden hebben ingesteld, is omdat we ten eerste alarmerende berichten zagen vanuit Italië en andere plekken, waardoor we dachten: de sterfte is heel erg hoog. En twee: overbelasting van de intensive care. We weten nu dat de intensiverecapaciteit is opgeschoefd. Daar is geen schaarste of krapte meer. En ten tweede lijken we te kunnen zien dat het veel minder dodelijk is en veel minder gevaarlijk dan we oorspronkelijk dachten. Op dat laatste punt wil ik graag uw visie horen. Als u kijkt naar de mensen die sterven aan corona en de mensen die op de intensive care terechtkomen, ziet u dan ook dat dat een heel beperkte groep is in de samenleving, namelijk mensen die zeer op leeftijd zijn en serieuze onderliggende medische aandoeningen hebben? Of ziet u dat anders? Zouden we dus niet moeten concluderen dat het een stuk minder gevaarlijk is dan we eerst dachten voor het overgrote deel van de bevolking? En zouden we, daar weer uit volgend, dus niet moeten concluderen dat we snel weer open moeten als samenleving, omdat het grootste deel van de mensen helemaal geen risicogroep vormt?

De voorzitter:

En u stelt de vraag aan?

De heer **Baudet** (FvD):

Wie de schoen past, trekke hem aan, zou ik zeggen.

De voorzitter:

Dan kijk ik naar de gasten. Ik zie dat de heer De Gouw het woord vraagt. Gaat uw gang.

De heer **De Gouw:**

Ik lijk in ieder geval meer dan mevrouw Kaljouw op de heer Van Dissel, aan wie deze vraag gesteld zou moeten worden. Dat is de reden dat ik hem beantwoord. U kent de piramide van Van Dissel, die hij hier een paar keer heeft gepresenteerd. Hij heeft vandaag ook nog gezegd dat 0,3% van alle besmettingen – dus van het totale volume van de piramide zoals we die kennen, nu we meer van het virus weten – op de ic terechtkomt. Het aantal mensen dat in een gewoon ziekenhuisbed terechtkomt, is daar een viervoud van. Dat geeft in feite de opbouw van de piramide, waarbij het bovenste topje die 1,5% is die dan in het ziekenhuis terechtkomt. Daaronder zien we natuurlijk ook wel ernstige klachten. We weten dat mensen met onderliggend lijden meer kans hebben daarop. Daar komt ook steeds meer kennis van.

Maar we zien ook dramatische situaties, bijvoorbeeld onlangs nog in een Op1-uitzending, met twee jonge vrouwen van 24 die al wekenlang ernstige klachten hebben. Er was ook een jongen van 16 die vanuit het niets plotseling op de ic terechtkwam. We kennen het virus dus nog niet zo goed dat we kunnen zeggen: we laten het maar los in de samenleving en we schalen alle maatregelen af. We leren het virus steeds beter kennen, maar we zien ook dat er veel casuïstiek is van mensen die toch zonder onderliggend lijden, vaak met een hele sportieve achtergrond en niet-rokend, plotseling toch in het ziekenhuis of zelfs op de ic terechtkomen.

De voorzitter:

Dank u wel. Tot slot is het woord aan mevrouw Dik-Faber namens de ChristenUnie voor haar vraag.

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

Dank u wel, voorzitter. Er zijn ontzettend veel vragen al beantwoord. Dank voor de heldere presentatie. Misschien geen vraag, maar een opmerking. De testcapaciteit wordt enorm opgeschaald. Ik hoorde al iets over pictogrammen. Er was net een vraag over mensen die geen mobiele telefoon hebben. Ik denk dat het goed is om bij de hele structuur die nu wordt ingericht, ook aandacht te hebben voor mensen die laaggeletterd zijn, toch 1 miljoen mensen in ons land, mensen met een verstandelijke beperking en ouderen zonder telefoon. Ik ga ervan uit dat hier voldoende aandacht voor is, maar ik wil er heel graag nog even een streep onder zetten. Wellicht kan de heer De Gouw er toch kort op reageren.

De voorzitter:

Toch een vraag. De heer De Gouw, gaat uw gang.

De heer De Gouw:

De precieze inhoud van de publiekscampagne wordt natuurlijk door het Ministerie van VWS bepaald. Als u die vraag vanmiddag in het debat stelt, weet ik zeker dat u een positief antwoord krijgt, omdat vanwege het belang van het grote bereik van deze campagne juist is afgesproken dat alle middelen moeten worden ingezet om ervoor te zorgen dat het bij iedereen terechtkomt. Zoals gebruikelijk in de coronaberichtgeving zullen op alle websites de boodschappen in verschillende talen terechtkomen. Daar is ook inmiddels een goed protocol voor ontwikkeld.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan zijn we daarmee aan het einde gekomen van deze technische briefing. Ik dank de heer Van Dissel in de zaal hiernaast, mevrouw Kaljouw en de heer De Gouw hartelijk voor hun aanwezigheid, de presentatie en het beantwoorden van de vragen. Hartelijk dank aan de Kamerleden voor hun aanwezigheid en het stellen van vragen. Dank aan de mensen die deze briefing op afstand hebben gevolgd. Dank voor uw belangstelling. Dank aan onze ondersteuning. Dan rest mij te melden dat het debat over de ontwikkeling van het coronavirus vanmiddag om 15.30 uur gepland staat in de plenaire zaal, maar houdt u het schema in de gaten, vanwege de andere activiteiten in de plenaire zaal. Ik dank u allen hartelijk.

Sluiting 12.03 uur.