

Vergaderjaar 2020–2021

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 762

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 1 december 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 18 november 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 twaalf leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Diertens, Van Esch, Van Haga, Hijink, Lodders, Öztürk, Ploumen, Renkema, Van der Staaij en Veldman.

Aanvang 9.30 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen, hartelijk welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is een technische briefing over de update over het coronavirus. Hartelijk welkom, zeg ik als eerste in de richting van de heer Ernst Kuipers, voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg. Dat zeg ik ook tegen de heer Van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. Een hartelijk welkom aan de Kamerleden en uiteraard hartelijk welkom aan de mensen thuis die deze briefing op afstand volgen.

De technische briefing zal vandaag in twee blokken plaatsvinden. Dit is het eerste blok en zo dadelijk om 11.00 uur beginnen we met het tweede blok. Tegen die tijd zal ik de sprekers aan u voorstellen. Aansluitend vindt er nog een gesprek plaats waarvoor ook nog twee gasten zijn uitgenodigd. Ik stel voor om snel van start te gaan, maar dat doe ik niet dan nadat ik mevrouw Dik-Faber van de ChristenUnie heb geëxcuseerd, want zij heeft een begrotingsbehandeling in de plenaire zaal. Zij kon daardoor niet aanwezig zijn. Maar uiteraard zal haar fractie deze briefing volgen. Ik zie dat de hand-outs van de presentaties nog niet zijn rondgedeeld, maar die zullen er zo spoedig mogelijk aankomen. Dat gebeurt nu.

Blok 1:

gesprek met:

- de heer Ernst Kuipers, voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg
- de heer Jaap van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding RIVM

De voorzitter:

Ik stel voor om vast te beginnen met de presentatie. Voor de mensen die deze briefing op afstand volgen: de presentaties zijn terug te vinden op de website van de Tweede Kamer. Meneer Kuipers, mag ik u het woord geven voor uw presentatie? Gaat uw gang.

De heer Kuipers:

Dank u wel. Ik wil eerst iets laten zien van de plaatjes die ik eerder heb laten zien om aan te geven waar we nu staan met de ziekenhuisbezetting. Vervolgens wil ik iets laten zien over het aantal verplaatsingen, de combinatie met de reguliere zorg en wat we daar kunnen verwachten. Dit is een plaatje over het aantal covidpatiënten in de kliniek. Dat plaatje heb ik hier voor het eerst eind oktober laten zien, tijdens een briefing. Toen was de voorspelling, op basis van de maatregelen van half oktober, dat we bijna op de piek van het aantal ziekenhuisopnames zaten en dat het daarna naar beneden zou gaan. Toen hebben we geplot op basis van een R-waarde van 0,90, met een bandbreedte tussen 0,85 en 0,95. U ziet het tot en met januari geleidelijk uit elkaar lopen. Dat was dus de situatie eind oktober. De uiteindelijke piek is net iets boven die curve gekomen. Dat is dat paarse cirkeltje. De hoogste bezetting in de ziekenhuizen was op 3 of 4 november, en was dus ook iets hoger. Het rode cirkeltje geeft het totale aantal klinische covidpatiënten van gisteren aan. Het daalt dus en het komt weer een beetje binnen die curve.

Hetzelfde hebben we destijds gedaan voor de ic. Daar kwam de piek wel uit zoals eind oktober was voorspeld, ook ongeveer op hetzelfde tijdstip. U ziet aan het rode cirkeltje waar we gisteren stonden. De afgelopen dagen nam de ic-bezetting maar langzaam af; die blijft nog lang dicht tegen de 600 aan zitten. Als je dat extrapoleert, een plaatje maakt van waar we nu staan en simuleert waar we dan uiteindelijk uitkomen, krijg je in termen van de x-as een heel druk plaatje. In grijs is het totale beloop van de eerste golf weergegeven qua bezetting in de kliniek; dat is in lichtgrijs weergegeven, passend bij een x-as onder de figuur, feitelijk lopend vanaf begin maart, zoals u weet. Passend bij de x-as boven aan de figuur ziet u in lichtblauw en met een wat donkerdere lijn de bezetting in de tweede golf, van september tot nu. Het is duidelijk dat de piek minder hoog is, maar ook dat de golf langer duurt. Als je nu het huidige beloop extrapoleert tot en met waar we gisteren stonden, zou je, als de ontwikkeling precies hetzelfde blijft, eind december rond de 900 klinische patiënten uitkomen.

Precies hetzelfde kunnen we doen voor de ic. Opnieuw geldt dat de piek minder hoog is. De opmaak van de figuur is precies hetzelfde: in grijs de eerste curve, in oranje met een donkerblauwe lijn de tweede golf, die een minder hoge piek heeft, maar langer duurt. Als de huidige ontwikkeling doorzet, kom je eind december ergens rond de 300 patiënten uit. Dat is nog steeds binnen de bandbreedtes van het plaatje dat we eind oktober lieten zien, uiteraard met alle onzekerheid die er is. Daar kan de heer Van Dissel straks een heleboel over vertellen, over de precieze maatregelen, de naleving, et cetera. Dit is een eerste predictie waar we vanuit de ziekenhuizen rekening mee houden: lagere pieken, maar een langere duur. Dit is een overzicht van de ic-bezetting in de Nederlandse ziekenhuizen van 4 november, helemaal links, tot en met 17 november, gister, helemaal rechts. Hier ziet u, per dag en voor alle Nederlandse ziekenhuizen bij elkaar, in lichtgeel het aantal covidpatiënten weergegeven. Ik zei dat dat al langere tijd rond de 600 hangt. Helemaal links in het kolommetje ziet u 610 staan, rechts 573 en dan 576; het daalt maar heel langzaam. In donkerder oranje, daarbovenop, ziet u het aantal non-covid-ic-patiënten, dat oorspronkelijk schommelt tussen de 450 en 475, en langzaam weer wat omhoogkruipt richting de 500. Dat is een teken dat de reguliere zorg voor iedere plek van een covidpatiënt die vrijkomt, weer opgevuld wordt met een non-covidpatiënt. Daarbij blijft de totale bezetting vrij gelijk. De lichte schommeling heeft te maken met de daling van de non-covidbezetting die we in het weekend vaak zien. Dat zien we eigenlijk altijd, omdat veel van die patiënten daar maar kort liggen. Ze worden bijvoorbeeld op vrijdag geopereerd en worden dan op zaterdag of zondag ontslagen.

De stapeltjes daarbovenop zijn de reservebedden die we nodig hebben voor de covidzorg en de non-covidzorg. Voor iedere ic in Nederland heb je te allen tijde bij voorkeur wel één resterend vrij bed nodig voor een patiënt in het ziekenhuis die plotseling verslechtert of die zich presenteert op de eerste hulp, bijvoorbeeld na een ongeval. Voor sommige ziekenhuizen die een bijzondere functie hebben, zoals een brandwondencentrum of een traumacentrum, heb je vaak nog wel een tweede bed nodig. Als we bij wijze van spreken nu aan daadwerkelijke aantallen 1.050 patiënten hebben, dan ziet u hier de reservecapaciteit van $117 + 71$; die is heel krap. Bij elkaar sturen we dus nog steeds op een beschikbare capaciteit van zo'n 1.300, 1.350 ic-bedden.

Dat is hier op een iets andere manier grafisch weergegeven, opnieuw in de tijd, tijdens de tweede golf. Die lichtblauwe middelste lijn is het aantal non-covidpatiënten, met een kriebelend beloop. Er is telkens gedurende de week een stijging, en dan weer een daling in het weekend. De oranje lijn die daaronder loopt, is veel stabiel, want dat is het aantal covidpatiënten en die liggen daar lange tijd. Daar heeft het weekend natuurlijk geen effect op. De zwarte lijn die daarboven zit, zijn de aantallen bij elkaar

opgeteld, uiteraard dan weer met een kriebelend beloop, want dat is het effect van het aantal non-covidpatiënten, dat in het weekend wat lager is dan op dinsdag, woensdag en donderdag. Als je daarboven dan de reservecapaciteit plot, krijg je de benodigde capaciteit, in grijs weergegeven, met de predictie voor de komende periode, de verwachting. U ziet de non-covidzorg iets dalen – dat is de blauwe lijn – terwijl de lijn van de covid steeg. Dat gaat straks weer omhoog.

Daarbij zien we, ook met de huidige stabilisatie, een lichte daling van het aantal covidpatiënten. De druk per regio is nog steeds onevenredig. Dat heeft natuurlijk alles te maken met het beloop van de infecties, dat niet in iedere regio hetzelfde is. Lange tijd was in bijvoorbeeld Rotterdam-Rijnmond het aantal besmettingen per 100.000 inwoners drie tot vijf keer zo hoog als in provincies als Groningen, Friesland en Drenthe. Dat betekent automatisch dat er in Rotterdam-Rijnmond dan meer patiënten binnenkomen en dat we vandaaruit verspreiden. Dit is het aantal bovenregionale verspreidingen per week. In lichtblauw ziet u het aantal klinische patiënten en in oranje het aantal ic-patiënten. Als u dat allemaal bij elkaar optelt, zijn dat, tot en met gister, 1.261 patiënten. Dat zijn dus grote aantallen.

Hier ziet u dat weergegeven per ROAZ-regio. U ziet telkens voor iedere regio in de donkere kleur, links ic en rechts kliniek, het aantal ontvangen patiënten, en in de lichte kleur het aantal uitgezonden patiënten, naar analogie van wat ik zonet vertelde. Als u bijvoorbeeld bij de tweede van boven kijkt, ziet u de regio Noord, dus Groningen, Friesland en Drenthe. Die heeft zowel ten aanzien van de ic als ten aanzien van de kliniek alleen maar patiënten ontvangen van elders. De instroom vanuit de eigen regio is zeer beperkt. Het gaat daar momenteel om minder dan tien patiënten per dag, kliniek en ic bij elkaar. Als u naar beneden kijkt, ziet u bijvoorbeeld het AMC en de regio Noordwest-Nederland – dat is de Amsterdamse regio – of Zuidwest-Nederland. Daar gaat het eigenlijk vrijwel uitsluitend om het uitplaatsen van patiënten. Bij elkaar dus meer dan 1.200.

Daarnaast wordt er zeer veel verplaatst binnen de regio's. Dat ziet u hier links weergegeven, opnieuw per week. De kleurverdeling is dezelfde: blauw is de kliniek en oranje de ic. Rechts ziet u per regio wat er binnen regio's verplaatst wordt. Daar ziet u dat er eigenlijk binnen iedere regio wel degelijk het een en ander verplaatst wordt. Ook dit zijn grote aantallen bij elkaar. Het zijn er ondertussen 973. Als je kijkt naar het totaal aantal patiënten dat met covid binnenkwam in een ziekenhuis en daarna verplaatst is, ook binnen de eigen regio – maar ook dat kunnen grote afstanden zijn, bijvoorbeeld van Rotterdam naar Terneuzen – zie je dat het nu bij elkaar gaat om ongeveer 2.250 patiënten in de loop van een aantal weken.

Deze thermometer heb ik eerder getoond. Met de daling overall ontstaat er geleidelijk weer minder druk op de reguliere zorg, is er weer meer capaciteit beschikbaar en eigenlijk wordt ieder bed dat vrijkomt, daarvoor gebruikt, maar we zijn er nog zeker niet om de hele reguliere zorg weer te hervatten. Dat wordt ondertussen ook gemonitord door de Nederlandse Zorgautoriteit, die daarvoor net een portal geopend heeft, dat nu ingevuld wordt. U ziet hier de data. Voor Midden-Nederland waren die data er, op het moment dat dit gemaakt werd, nog niet. U ziet hier in schalen met wel een vrij grote bandbreedte het gewogen gemiddelde per regio voor afschaling van operatiekamers. Dan is de oranje kleur een grote bandbreedte van 20% tot 50%. Dat zal ongetwijfeld later wel verder gespecificeerd worden, maar het geeft even een eerste beeld van dat dit gebeurt en dat de Zorgautoriteit dit nu ook per ziekenhuis en per regio monitort.

Even nog een plaatje van wat dat dan betekent op het moment dat we de covidzorg op de ic geleidelijk weer verminderen. Dan geeft ons dat al snel veel ligdagen beschikbaar voor non-covidzorg. U ziet het hier: als we het

niveau op 1.150 ic-bedden zouden hebben, dan heb je bijvoorbeeld in de maand december 2.400 ligdagen beschikbaar. Dan moet u zich voorstellen dat een covidpatiënt er gemiddeld ruim veertien dagen ligt. Veel reguliere patiënten liggen er 24 tot 48 uur. Dus één bed betekent gelijk een veelvoud aan patiënten ten opzichte van die ene covidpatiënt die dat bed veertien of zestien dagen bezet houdt. Dat gaat snel. Tot zover.

De voorzitter:

Hartelijk dank voor deze presentatie. We wachten even tot de afstandsbediening is gereinigd en de nieuwe presentatie gereed staat. Dan gaan we door naar de heer Van Dissel. Wat fijn dat dit allemaal weer vlekkeloos gebeurt!

Dan geef ik het woord aan de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Gaat uw gang.

De heer Van Dissel:

Dank u wel. Ik zal u vooral een update geven van de aantallen bevestigde covidgevallen, ik zal ingaan op de voorspellingen die we doen en ik zal het kort hebben over vaccins.

De meeste van mijn dia's zijn zeer gelijkend aan die van de vorige keer, alleen natuurlijk geüpdatet. Dus ik zal er wat sneller doorheen lopen. Dit is gewoon het overzicht, bedoeld om iedereen weer even gelijk te stellen en vooral ook om aan te geven dat we inmiddels op ruim 55 miljoen gevallen globaal zitten, met zo'n 1 tot 1,5 miljoen personen die eraan zijn overleden, met de opmerking dat lang niet alle gevallen worden vastgesteld, bevestigd of doorgegeven. Het is dus een zeer groot aantal dat natuurlijk nog steeds globaal zeer actueel speelt.

Dan de getallen in Nederland. We hebben in Nederland gezien, na een piek een aantal weken terug, dat er een daling is. U ziet in geel op paars de aantallen van de afgelopen week. U ziet dat er nog een soort hiccup in zit, een kleine piek weer in het dalend been. Dat kan verband houden met bijvoorbeeld een effect van de herfstvakantie, maar u ziet overall toch dat er een daling is. Die daling geldt eigenlijk voor alle leeftijdsgroepen. Dat ziet u aan de rechterzijde weergegeven. Daar kom ik zo nog even op terug in een andere grafiek. Dat geldt ook voor de hoogste leeftijdsgroepen, waar de piek wat lager lijkt dan eerder, waarschijnlijk toch omdat men deels, met de wetenschap die we nu hebben, ook in zelfisolatie gaat. Het plaatje geeft nog even de verdeling over Nederland weer. Die is niet homogeen en laat met name het noorden vrij. Dat betreft de verdeling over de afgelopen twee weken.

Dan nog even de leeftijdscohorten. U ziet dat er inmiddels in alle leeftijdscohorten een daling is van het aantal gevallen, zowel bij jong als bij oud als bij de tussenliggende cohorten. Het rode pijltje geeft de daling ten opzichte van de al ingezette daling van vorige week weer. Er is dus duidelijk sprake van een doordaling. Ook wanneer we kijken naar de incidentie – wat betekent dat we de aantallen niet zozeer als totaal aantal, als absoluut aantal, uitzetten maar op 100.000 inwoners, dus als een soort genormaliseerde maat – dan ziet u in alle veiligheidsregio's een afname van het aantal gevallen. In Groningen was dat al vroeg ingezet. Daar ziet u het continu omlaag lopen. In andere gebieden ging het eerst nog even omhoog – denk aan Rotterdam en Amsterdam – maar ook daar is nu een daling ingezet. En u ziet ook weer dat mogelijke effect van de herfstvakantie. Ik moet erbij zeggen dat er ook nog deels een technische problematiek doorheen kan spelen in de rapportage, door CoronIT waar tijdelijk wat problemen waren, maar al met al is er nu sprake van een dalend beeld. We zien ook weer hetzelfde beeld bij de geografische verspreiding van de meldingen over Nederland in de afgelopen twee weken, met met name in Rotterdam-Rijnland, een deel van Brabant en Twente aanvankelijk nog de hotspots, maar ook nu zijn daar dalingen.

Als we kijken naar het aantal testen en positieve testen, dan ziet u dat het aantal testen wat is afgenomen maar dat ook het percentage positief is afgenomen. Dus dat lijkt een reële afname te zijn. Die testen nemen wel wat af. U ziet ook steeds de dip in het weekend, beetje gelijkend op de grafiek van collega Kuipers. In zo'n weekenddip zie je dan altijd dat het percentage positieven iets hoger ligt. Blijkbaar gaat men in het weekend met wat heftiger klachten naar de teststraat en is de kans om positief te testen, iets groter. Maar al met al: een afname van het percentage dat belangrijk is en toch nog altijd ruim 200.000 testen per week. Dus dat is bepaald niet niks.

Het feit dat de druk toch wat minder lijkt, heeft ook gevolgen voor de mogelijkheid van bron- en contactonderzoek. In veel GGD'en is dat inmiddels weer opgestart. Daar kunnen we dus ook weer wat resultaten van laten zien. Hier ziet u op de tabel links dat in ongeveer 42% van de gevallen er gerelateerde gevallen worden vastgesteld. In de tabel rechts ziet u dan welke settings dat betreft. Dan is duidelijk dat bijna de helft van de gerelateerde gevallen besmetting in huishoudens betreft. Dat is ook wel begrijpelijk. Iemand brengt de infectie in het huishouden en daar is door nabijheid van contacten de kans om besmet te raken het hoogst. Daarnaast ziet u met de rode cirkeltjes aangegeven waar dan de andere besmettingen nog het meest lijken op te treden, uiteraard in een situatie dat bijvoorbeeld de horeca dicht is. Dus je krijgt dan natuurlijk altijd een selectie op andere settings. Dat is vooral dus het bezoek. Werk blijft een belangrijke, ook al probeert men veel thuis te werken. We zien ook dat ongeveer 70% tot 75% van de mensen die thuis kunnen werken, dat inmiddels doet, maar je ziet toch dat bijeenkomsten op het werk nog een bron zijn van verspreiding. Verder noem ik school en kinderopvang. Die zijn natuurlijk ook bewust opengelaten. En ik noem de verpleeghuizen. Dit beeld uit het bron- en contactonderzoek is ook helder uit clusteronderzoek, waarbij dus ten minste drie personen gerelateerd lijken. Nou, dan ziet u hier even vanaf de dip in de zomer de ontwikkeling van het aantal clusters. Dus dit is niet de clustergrootte maar domweg het aantal. Je ziet bijvoorbeeld in de groep 13 tot 17 jaar dat het blauwe gebied, dus de verspreiding al dan niet via school, belangrijk is. Daar worden althans ook gevallen gemeld. U ziet dat dat in de oudere groep aanvankelijk de vakanties waren. Vervolgens zijn dat de bezoeken en de thuissituatie. Daarbij kennen we in deze groep verschillende voorbeelden van studentenhuizen waar een verspreiding plaatsvond. Bij de weer wat oudere groep ziet u dat werk toch een belangrijke is en in de oudste groep is dat het verpleeghuis. Dus ook door clusteranalyse – wat natuurlijk «gebiast» is, want je pakt ze lang niet allemaal en het hangt ervan af of men dat ook allemaal meldt – krijg je toch eigenlijk overall hetzelfde beeld. Er zijn verspreidingen op werk. Die worden meegenomen naar thuis en soms via bezoek in andere huishoudens geïntroduceerd.

Dan met betrekking tot de zorginstellingen. Collega Kuipers heeft er al het nodige van laten zien. U ziet hier aan de linkerkant de eerste piek en de tweede piek voor verpleegafdelingen van ziekenhuizen en voor de ic-afdelingen. De piek komt wat trager op en gaat dus ook mogelijk trager omlaag ten opzichte van de eerste piek. Dat betekent dat het totale volume hoger kan zijn, en dat dan dus ook de zorgbelasting hoger is. Maar u ziet aan de andere kant dat de piekbelasting minder geweest is. Voor zowel ziekenhuizen als ic-afdelingen zien we een daling van het aantal ofschoon dat ook dan weer enkele dagen lijkt te stabiliseren. Dus het wordt toch wel spannend, denk ik, hoe zich dat verder ontwikkelt. In de rechtergrafieken staan de opnames en het aantal cliënten in verpleeghuizen en woonzorgcentra. Ook daar lijkt het ten opzichte van de eerste piek wat minder groot, maar als je kijkt naar het totale aantal personen dat besmet wordt, dan is dat toch weer heel fors. Wat in ieder

geval opvalt, is dat de sterfte ten opzichte van de eerste piek wat achterblijft. We hebben een stabiele oversterfte van zo'n 700 personen per week.

Ik vat even samen. We zien een ombuiging. Dat blijkt met name uit het aantal geteste personen, het aantal testen en het percentage positief, het aantal meldingen, een afname van het aantal opnames in ziekenhuizen en op ic's, die overigens wel wat beter zou mogen doorzetten, en een oversterfte die de afgelopen weken vergelijkbaar blijft. De daling verschilt per regio, maar lijkt overal ingezet. Het bron- en contactonderzoek maakt het ook weer mogelijk om lokaal en regionaal in te grijpen op clusters. Dat is belangrijk, want dat verhoogt natuurlijk de effectiviteit.

Ik kijk even naar de overige trends: de mobiliteitstrends van Apple en Google. Links ziet u in paars de geweldige afname die er in maart was en het langzaam weer toenemen van het gebruik van bijvoorbeeld het openbaar vervoer. Dat is weer afgenomen, maar u ziet dat het blijft hangen. Wat in het openbaar vervoer en meer algemeen in het vervoer wordt gezien, is dat men meer gebruik lijkt te maken van de auto dan van het openbaar vervoer, maar dat er overall genomen een afname is. U ziet de rode en gele lijnen, die vooral iets zeggen over waar men zich overdag bevindt. Datzelfde kunt u terugvinden in de grafiek, die wat ingewikkelder te interpreteren is, omdat alles door elkaar loopt. Al met al is er een belangrijke afname van de mobiliteit, maar wel minder dan het in maart was.

Dan het reproductiegetal, een belangrijk getal dat ons wat zegt over het aantal nieuwe besmettingen op grond van het aantal huidige besmettingen. Hoeveel personen infecteert elke geïnfecteerde? U ziet dat het op 30 oktober of eigenlijk al wat eerder onder de 1 gekomen is. Met de rode pijlen heb ik weergegeven wanneer er interventies zijn. U ziet eigenlijk wat wij ook verwachtten: na een interventie zie je min of meer instantaan een effect op die reproductiegetallen. Dat kunt u zich voorstellen. Als iemand op dat moment klachten heeft, dan verwacht je eigenlijk dat de interventie meteen invloed heeft op het aantal personen aan wie hij de infectie doorgeeft. Aan het reproductiegetal ziet u dat we aardig in de richting komen van die 0,88, die ik eerder noemde als het streefgetal.

De interventies betroffen twee persconferenties met maatregelen op 28 september en 15 oktober. Aan de linkergrafiek, die ook in de Volkskrant is gepubliceerd, ziet u dat je een instantaan effect hebt op de groeisnelheid van nieuwe besmettingen. Het heeft meteen effect, maar u ziet ook dat het septemberpakket een effect had dat vervolgens begon af te nemen, terwijl het oktoberpakket veel meer een consistente invloed heeft gehad. Hetzelfde ziet u terug op het reproductiegetal dat rechtsboven is weergegeven. Zodra er interventies worden afgekondigd – bij de tweede was dat onder meer sluiting van de horeca – kun je instantaan het effect berekenen. Er zit natuurlijk altijd die vertraging van twee weken op. De gemelde besmettingen geven een beeld, maar je wilt natuurlijk graag naar verschillende databases kijken om te zien hoe consistent die afname is. U ziet hier hetzelfde berekend op grond van ic-opnames, ook een vrij hard getal. Van die ic-opnames moet je eigenlijk precies weten wanneer de desbetreffende personen ziek zijn geworden. Dat weten we niet en dat wordt modelmatig geïnterpoleerd. Dat ziet u aan de rode lijn, die veel geleidelijker oploopt en de ic-opnames volgt dan de lijn die u net zag, maar ook hier zien we dat die R-waarde per eind oktober onder de 1 gekomen is. Dat is dus consistent met elkaar.

Wat we ook zien, is dat gebieden die eerder duidelijk significant boven de R1 lagen, inmiddels significant onder de R1 zijn gekomen. Dat zijn met name Twente, Rotterdam en Amsterdam, die eerder heel hoog waren. Daar zie je voor het eerst ook op de bulk heel duidelijk de daling. Dat is ook op deze geografische grafiek duidelijk. Gele gebieden willen niet zeggen dat ze niet onder de 1 liggen, maar daar zijn de meldingen meer of

minder gespreid, waardoor het niet significant onder de 1 ligt. Dus qua bevestigde gevallen en meldingen is het simpelweg een gunstig beeld. Ook bij het totaal aantal besmettelijken – dat is een prevalentie maat; als iemand zeven dagen besmettelijk is, dan telt hij zeven dagen mee in deze grafiek – zien we een eerste en tweede piek die niet eens zo veel van elkaar verschillen. De tweede piek is wel breder, wat zich vertaalt naar een grotere inspanning van de zorg. Ook daar zien we inmiddels een afname van het aantal besmettelijken tot momenteel zo vlak boven de 100.000, nog steeds een zeer fors aantal. Als er op een bepaalde dag bijvoorbeeld 10.000 besmettingen zijn met een R van 0,9, dan heb je er altijd nog 9.000 binnen drie, vijf dagen later. Dat moet dus echt wel even worden volgehouden voordat je getallen ziet die gelijkwaardig zijn aan de getallen in de zomerperiode.

Dan de voorspellingen op grond van de modellen die we gebruiken voor ic-opnames en ziekenhuisopnames. Hier ziet u de ic-opnames per dag weergegeven met drie verschillende grafieken. De rode verbeeldt de situatie als er in september en oktober geen maatregelen zouden zijn getroffen. U ziet de maatregelen van september doorgerekend. Ze laten weliswaar een afname zien, maar onvoldoende om de grafiek te keren. U ziet ook de maatregelen van oktober, die dat effect wél hebben. U ziet dat de ic-opnames hier afnemen. Als je naar de ic-bezetting kijkt, zie je dat die wat afvlakt. Dat is ook wat collega Kuipers liet zien. Wat daar deels doorheen speelt, is dat wanneer oudere personen op de ic worden opgenomen, hun ligtijd wat langer is. Dat vertaalt zich dus meteen in een stabilisatie van de bezetting, terwijl je van de opnames wel kunt constateren dat ze afnemen. Dat soort effecten gaat uiteindelijk door de grafieken die wij tonen heen spelen.

Bij de ligdagen zien we grosso modo hetzelfde. Dit zijn de ziekenhuisopnames, ic inbegrepen. Het zijn de effecten van september en oktober. De oktobereffecten zijn duidelijk veel overtuigender. We verwachten nog steeds dat we grofweg de groene lijn volgen. Dat was ook de lijn die ik collega Kuipers net zag aangeven.

Dan de bezetting van de verpleeghuizen. Ook daar ziet u hetzelfde effect en de verwachting dat het omlaag zal gaan.

Wat de evaluatie van de interventies betreft zien we dat 28 september niet het verwachte effect heeft gehad. De maatregelen van 15 oktober lijken dat duidelijk wel te hebben gehad. We komen uit op een R-waarde van iets onder de 0,9, wat grofweg ook het ingeschatte effect heeft. Dat zien we ook deels weergegeven op de mobiliteit. De afnames zijn wat minder enthousiast dan ze in de maartperiode waren, maar uiteindelijk toch voldoende om een kentering van verschillende parameters teweeg te brengen.

Zoals u weet is er een aanscherping geweest die vanavond afloopt. We verwachten dat die ongeveer 10% vermindering van de zorgbelasting geeft en ook iets op de indicatoren doet. Er is doorberekend wanneer we door die verschillende indicatoren heen gaan. Een zo'n indicator is tien ic-opnames per dag. Een andere is drie ic-opnames per dag. U ziet hier de huidige verwachting dat we medio december door die tien ic-opnames per dag gaan. Het aanscherpen van de maatregelen van de afgelopen weken heeft ongeveer vier dagen tot een week effect gehad. We hopen dat dat effect heeft op het punt dat we door die tien ic-opnames per dag gaan. Dat zal naar verwachting rond 7 tot 10 december zijn. Ik benadruk dat het schattingen zijn. U ziet dat het ingekleurde gebied behoorlijk groot is. Dus dat is niet een garantie dat we er ook op die dag doorheen gaan, maar u ziet dat de trend goed is. Vooralsnog lijken de getallen – dat is altijd een goed gegeven – zich ook wel redelijk aan het model te houden. Dan gaan we nog even naar de waarde, weergegeven in een tabel. Ik heb u deze al eerder laten zien. Zoals gezegd, aanvankelijk zaten we op 20 december, we verwachten nu dat dat wat eerder is. Met die aanscherpingen gingen we naar 14, we verwachten opnieuw dat dat een dag of

vier tot zes eerder is. Eigenlijk kun je eenzelfde soort effect verwachten op de drie ic-opnames per dag, die dan in de eerste periode van januari komen te liggen, denken we nu.

Ten aanzien van de opnames, natuurlijk ook relevant voor de zorgbelasting, is berekend dat wanneer je naar de verschillen kijkt tussen die twee curves, dus het oktoberpakket met of zonder de aanscherping van twee weken in november, dat grofweg zo'n 10% uitmaakt. We verwachten zo'n 110 ic-bedden en tegen de 700 ziekenhuisbedden. Dus dat met betrekking tot de voorspelling en de epidemiologie.

Misschien nog heel kort, omdat er een vraag over was, met betrekking tot vaccins. Er zijn een aantal vaccins, die ik hier vrij willekeurig heb weergegeven, in ontwikkeling en ook al redelijk ver in ontwikkeling. Dit is niet om aan te geven met welke firma's Nederland in gesprek is, maar domweg even om aan te geven wat voor type vaccins er worden ontwikkeld. U heeft gehoord van de zogenaamde mRNA-vaccins, waarbij in wezen erfelijk materiaal van het virus verpakt in vetbolletjes in de spier wordt gespoten. Pfizer en Moderna hebben daarover resultaten gerapporteerd, overigens wel met name in de media en nog niet zozeer in de medisch-wetenschappelijke literatuur, dus we zien dat toch met spanning tegemoet. Maar ze zullen dat niet voor niks doen en de werkzaamheid van die vaccins lijkt heel goed te zijn. Als u zich realiseert dat vaccins tegen luchtwegvirussen, zoals influenza, toch eigenlijk matige vaccins zijn, met zo'n 60% werkzaamheid, dan zijn wij toch wel onder de indruk als hier gerapporteerd wordt dat deze – overigens ook nog eens een nieuw type – vaccins tot boven de 90% komen. Als dat allemaal bevestigd wordt, is dat heel goed nieuws. En u ziet dat daar behalve Pfizer en Moderna nog een derde firma ook mee bezig is.

Daarnaast zijn er vaccins ontwikkeld waarbij gebruik wordt gemaakt van een verkoudheidsvirus, ofwel van de mens, ofwel afgeleid van de chimpansee, waar erfelijk materiaal van het coronavirus is ingebouwd, zodat die vector, zoals het genoemd wordt, het eiwit tot uiting brengt, waardoor de afweercellen ertegen kunnen reageren. Dat zijn de universiteit van Oxford- en de AstraZeneca-vaccins. En Janssen, de Leidse firma, is daar samen met Johnson & Johnson mee bezig.

Daarnaast wordt er ook gewerkt aan pure eiwitvaccins, waarbij ofwel gebruik wordt gemaakt van het gezuiverde zogenaamde spike-eiwit. Dat ziet u op het plaatje rechtsboven. Dat zijn die toeters die naar buiten steken en die van belang zijn om aan te hechten aan de menselijke lichaamscel en ermee te versmelten, zodat de infectie kan beginnen. Dus u kunt zich voorstellen dat wanneer daar antistoffen zijn die dat afschermen, waardoor het virus niet meer kan aanhechten, dat een beschermende werking geeft. Daar zijn die virusvaccins op eiwit op gebaseerd.

Daarnaast is ook een soort vaccinontwikkeling door Sinovi en GlaxoSmithKline, wat eigenlijk meer lijkt op de benadering zoals ook bij influenza gekozen, waarbij meerdere eiwitten van het coronavirus worden gebruikt.

Deze vaccins zitten deels in een zogenaamde rolling review bij de EMA, de Europese Medicijn Autoriteit. Dat wil zeggen dat al voordat de fase 3-studies naar veiligheid en werkzaamheid zijn afgerond de eerste gegevens van de voorafgaande fases en het dierexperimenteel onderzoek al worden beoordeeld, allemaal in een poging om de registratie als de gegevens compleet zijn zo snel mogelijk te kunnen doen.

Er is dus nog veel onbekend over die vaccins, maar u heeft ongetwijfeld gehoord dat die mRNA-vaccins wel kritisch zijn om gekoeld te blijven tot vlak voor toediening. Dat geldt dan wat meer voor het Pfizervaccin, waarbij je echt die -80°C nodig hebt. Bij Moderna lijkt dat wat gunstiger te liggen. Daarbij kun je van minder stringente vriezers gebruikmaken, wat praktisch gezien natuurlijk weer een voordeel is. U heeft waarschijnlijk ook gelezen dat de meeste vaccins zoals ze nu zijn ingestoken twee keer

moeten worden toegediend, terwijl zo'n vaccin van Janssen ontwikkeld is voor een eenmalige toediening.

Wat bij die vaccins misschien ook van belang is – en dan sluit ik af – is dat duidelijk wordt wat ze nou precies doen. Bescherming is natuurlijk belangrijk. Als wordt gemeld dat de mRNA-vaccins meer dan 90% bescherming bieden tegen infecties, is dat natuurlijk een belangrijk gegeven. Maar u kunt zich ook voorstellen dat het belangrijk is dat een vaccin überhaupt invloed heeft op het dragerschap van het virus, omdat je daarmee wellicht ook de transmissie, de overdracht, beïnvloedt. Op grond van dierexperimenteel onderzoek denken we op dat punt al verschillen te kunnen zien tussen deze verschillende vaccins. U kunt zich voorstellen dat dat allemaal redenen kunnen zijn om ze voor bepaalde groepen wel en voor andere groepen misschien niet preferentieel in te zetten.

Ten slotte: de vaccins worden getest op groepen vrijwilligers. Dat zijn meestal gezonde vrijwilligers, zeker in de eerste studies. Maar u kunt zich ook voorstellen dat je misschien juist personen met onderliggende medische condities wil beschermen. Ook daarbij is uiteindelijk heel belangrijk in welke groepen de onderzoeken die nu lopen precies zijn verricht, om te kijken of we die vaccins daar dan ook kunnen inzetten en of de werkzaamheid bij specifieke groepen net zo goed is als we nu gerapporteerd krijgen. Nogmaals, dat gebeurt voornamelijk in de media. We zouden dat toch wel graag ook terug willen lezen in de medische literatuur.

Er is natuurlijk een hele routekaart voor vaccinatie opgesteld, waarbij een heleboel zaken al in een ver stadium van ontwikkeling zijn. Dat geldt voor naalden, vriezers en noemt u maar op. Daar wordt dus aan gewerkt. Maar nogmaals, ik denk dat het eerst essentieel is dat de registratie compleet is, dat de veiligheid bekend is en dat de werkzaamheid bekend is, zodat een goede afweging tussen werkzaamheid en eventuele bijwerkingen kan worden gemaakt en ook de juiste afweging van welk vaccin voor welke groep wordt gebruikt. Dan is de vraag: is het daar al in getest, en weten we van die verschillende subgroepen ook in hoeverre ze daar wel of niet werkzaam zijn?

Daarbij wilde ik het laten. Dank u wel.

De voorzitter:

Hartelijk dank, zeg ik ook in de richting van de heer Van Dissel. Ik denk dat ik namens de commissie spreek als ik beide heren nogmaals dank voor de presentatie. Dat scheelt zo meteen in de vraagstelling. We hebben namelijk wel een logistieke uitdaging. Ik zou u graag een vraag en een vervolgvraag willen geven, maar we moeten ook om 11.00 uur klaar zijn. Ik doe dus een beroep op u om korte, krachtige vragen te stellen. Dat geldt uiteraard ook voor de antwoorden. Dan geef ik u een vraag en een vervolgvraag in dit blok. Mevrouw Agema, ik mag u als eerste het woord geven namens de fractie van de PVV. Gaat uw gang.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel. Ik dank de heren Kuipers en Van Dissel voor hun presentaties. Ik heb een vraag voor de heer Kuipers. Ik begrijp dat het aantal ziekenhuisopnames een hele belangrijke indicator is van hoe het gaat met corona in Nederland. Ik begrijp ook dat steeds meer mensen eerder naar huis worden gestuurd, bijvoorbeeld met zuurstof thuis, en dat er op dit moment een paar honderd mensen op een eerstelijnsbed liggen, zoals wij het noemen. Dat was vroeger een tijdelijk bed in een verzorgingshuis. Het zou om zo'n 600 personen gaan. Mijn vraag aan de heer Kuipers is: geeft dit een vertekend beeld van de situatie? Ook hebben we het protocol voor code zwart hier nooit besproken. Wie beslist op basis waarvan iemand geen ziekenhuisbed krijgt?

De heer Kuipers:

Ten aanzien van het aantal opnames geeft het geen vertekend beeld. We rapporteren het aantal opnames. Ik plaats daar overigens wel een kanttekening bij. Het LNAZ heeft iedere dag de verse getallen. Ik kan u om 12.00 uur vanmiddag zeggen wat het aantal opnames in de afgelopen 24 uur was. Het is handig als die gewoon meegenomen worden, want die zijn actueel. Het geeft dus geen vertekend beeld ten aanzien van de opnames. Het is wel zo dat de doorstroom in veel ziekenhuizen richting de verpleeg- en verzorgingstehuizen bemoeilijkt wordt. Dat komt enerzijds door de hoge druk daar, en ook door de uitbraken. De heer Van Dissel kan precies laten zien in hoeveel instellingen in Nederland dat het geval is. Het gaat om grote aantallen. Wij noemen dat «verkeerde bedden». Dat zijn mensen die eigenlijk weg kunnen. Dat zit de reguliere zorg in de weg. Er wordt op allerlei manieren gekeken hoe dat eventueel opgelost kan worden.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik stel voor dat we even de bel afwachten. Dit is de bel voor de aanvang van de plenaire vergadering. Die duurt een minuut. Mevrouw Agema, uw vervolgvraag. Gaat uw gang.

Mevrouw Agema (PVV):

Die zou ik graag aan de heer Van Dissel willen stellen. Ik lees in de evaluatie van de interventies dat de maatregelen van het 28 september-pakket niet het verwachte effect hebben gehad, en die van het 15 oktoberpakket wel. In de opsomming over 28 september mis ik het nadrukkelijke mondkapjesadvies, dat op 30 september is ingegaan en dat vanaf 1 december verplicht wordt. Zou de heer Van Dissel ons zijn bespiegelingen kunnen geven over het effect van de mondkapjesplicht of het nadrukkelijke advies?

De heer Van Dissel:

Dat is toen inderdaad ingegaan. Op grond van wat we nu hebben, denk ik dat we onvoldoende kunnen vaststellen wat de invloed van individuele adviezen is geweest. We kijken dus echt naar de bundels. Mondkapjes waren een onderdeel van wat toen geadviseerd is. Het enige wat we kunnen constateren, is het effect dat die maatregelen gehad hebben. We kunnen dus niet van een individuele maatregel teruggeven of het al of niet, en in hoeverre het, heeft bijgedragen.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik zou ook graag mijn vraag voor het volgende blokje in dit blokje willen stellen.

De voorzitter:

Gaat uw gang.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik heb ook nog een vraag over kerst. Ik zie dat er zich een soort advies ontpopt over thuis binnen maximaal zes personen, met 1,5 meter afstand van elkaar. Ik zie ook dat de TU Delft nu ook aerogene transmissie en besmetting via microdruppels in kaart heeft gebracht. Ook als de heer Van Dissel de weg van aerogene transmissie niet op wil gaan, zou het dan in het kader van «better safe than sorry» toch niet heel goed zijn om bij dat advies te voegen dat mensen met kerst een raampje openzetten? We hebben de beelden van de proeven van TU Delft duidelijk gezien. Het virus kan daar niet tegen. Is het niet een kleine moeite om het openzetten van een raampje te betrekken bij het advies over de kerstdagen?

De heer Van Dissel:

Over kerst hebben wij gezegd: er zijn risico's. We nemen daar dus een zeker risico. In de OMT-brief wordt aangegeven dat je van bepaalde punten zou kunnen uitgaan om de risico's zo veel mogelijk te beperken. Er staan wat specifieke voorbeelden in. Die zes is overigens een suggestie. Uiteindelijk is het natuurlijk niet aan ons om een besluit daarover te nemen. Met betrekking tot ventilatie hebben we in de OMT-brief specifiek gezegd dat er in de winterperiode andere dingen gelden dan in de zomerperiode, waarin men meer buiten is. In de brief kunt u lezen dat we speciale aandacht vragen voor goede ventilatie. Dat kan verschillen, bijvoorbeeld de vraag of dat het openzetten van ramen inhoudt. Ik denk dat het altijd goed is om dat 's ochtends even te doen. Ik denk dat we er nadrukkelijk aandacht voor vragen.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik wil graag verdergaan, want ik weet niet hoe het volgende blok gaat lopen, mevrouw Agema, en ik wil iedereen de gelegenheid geven om een vraag te kunnen stellen. Mevrouw Van den Berg, uw vraag namens de fractie van het CDA. Gaat uw gang.

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

Ook onze dank aan meneer Kuipers en meneer Van Dissel voor de presentatie. Mijn eerste vraag is voor meneer Kuipers. In feite is dat een vervolg op wat mevrouw Agema vroeg over de eerstelijnsbedden. Ik krijg veel e-mailtjes waarin mensen zeggen: ik kan eigenlijk niet opgenomen worden omdat daar een probleem is. Zijn die eerstelijnsbedden dan regionaal verkeerd verdeeld?

De heer Kuipers:

Ik denk niet dat ze regionaal verkeerd verdeeld zijn. Wel geldt hier precies hetzelfde als ten aanzien van de besmettingen en dus ook de ziekenhuisopnames. De druk is onevenredig. Wij spreiden ziekenhuispatiënten, covid-patiënten. De overige patiënten worden minder gespreid. Wel worden op dit moment verspreide patiënten in eerste instantie opgenomen in een vvt-instelling in de regio waar ze naartoe gegaan zijn, als er daarna een opname nodig is in een vvt-bed en dat niet beschikbaar is in de regio waar ze vandaan komen. Natuurlijk is daarbij de vraag om zo snel mogelijk teruggeplaatst te worden. Het is niet een kwestie van een verkeerde verdeling. Wel wordt er overal in de vvt-sector echt met man en macht gewerkt om die bedden zo snel mogelijk ter beschikking te krijgen. Ook wordt er op plekken reguliere zorg afgeschaald voor patiënten die na een ziekenhuisopname een vvt-bed nodig hebben, zodat er meer vvt-zorg voor andere patiënten beschikbaar komt.

De voorzitter:

De tweede vraag.

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

Mijn tweede vraag is voor meneer Van Dissel. We lazen in brief al dat er 25 miljoen spuiten zijn gekocht. Meneer Van Dissel zei net blij dat er ook al vriezers waren, terwijl ik begreep dat het nog wel een uitdagingje is om een vriezer van -70°C te krijgen. Meneer Van Dissel had het ook over het dragerschap van het virus. Kan hij dat misschien nog wat nader toelichten?

De heer Van Dissel:

Even voor de duidelijkheid: u bedoelt dat in relatie tot vaccinatie?

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

Ja, want het ging over een bepaalde effectiviteit.

De heer **Van Dissel**:

Bijvoorbeeld uit het dierexperimenteel onderzoek dat op verschillende vaccins is uitgevoerd, heeft men gezien dat sommige vaccins effectief bleken in het voorkómen van bijvoorbeeld longontsteking, maar niet in het voorkómen van dragerschap in de neus. Andere vaccins leken beide effecten te hebben, dus zowel een effect op de longontsteking, alsook een effect op hoelang het virus in de neus aanwezig was. U kunt zich voorstellen dat dergelijke verschillen tussen vaccins belangrijk kunnen zijn. Mits ze ook bij mensen worden teruggevonden, moet ik daaraan natuurlijk toevoegen. Het ene vaccin lijkt dan een individu te beschermen, terwijl het tweede vaccin misschien ook voorkomt dat het virus zich verder verspreidt. Dat is natuurlijk belangrijk. Dat soort details – daar moeten we straks echt naar op zoek in de registratiedossiers – gaan heel erg bepalen welke vaccins je in welke situatie het liefst wil inzetten. Dat is wat ik daarmee wilde zeggen.

De **voorzitter**:

Dan geef ik het woord aan de heer Hijink namens de fractie van de SP. Gaat uw gang.

De heer **Hijink** (SP):

Ik wil nog even doorgaan op kerst. Het OMT schrijft in het advies dat de maatregelen die we uiteindelijk met kerst nemen een politieke afweging zijn. Dat lijkt me logisch, want uiteindelijk is alles natuurlijk een politieke afweging. Ik had gehoopt dat het OMT duidelijker de risico's in kaart zou brengen. Er wordt gezegd dat er een risico is. Als het aantal bezoekers omhooggaat tot zes, moet je een vrij grote tafel hebben om er nog met z'n allen aan te kunnen zitten op 1,5 meter. Ik zou graag willen dat de heer Van Dissel duidelijker schetst wat de risico's zijn als de decembermaand een soort katalysator wordt voor het virus. Hoe voorkomen dan dat kerst en oud en nieuw een katalysator worden, juist op het moment dat we dachten dat we weer op een aanvaardbaar niveau zouden kunnen komen? En wat zijn bijvoorbeeld de risico's voor januari als we te veel loslaten?

De heer **Van Dissel**:

U heeft helemaal gelijk. Er zitten verschillende aspecten aan. Infectiebestrijding is natuurlijk niet alles wat we in het leven doen. Er kunnen heel goede redenen zijn waarom mensen met kerst samenkomen. Daar moet je altijd de juiste balans in zoeken. Ik kan u voorbeelden geven. In Canada heeft men het, overigens wel tijdens een periode dat het virus toenam, tijdens Thanksgiving losgelaten. Thanksgiving is een feest dat vooral in Canada en Amerika speelt. In Canada wordt daar, althans in de media, maar ook door de Canadese premier Trudeau, duidelijk naar verwezen als oorzaak van de geweldige toename daarna. Dat geeft maar aan dat je gewoon risico's neemt als mensen bij elkaar mogen komen en ze zich misschien onvoldoende realiseren wat daarbij van belang is. We weten dat elk contact een potentieel risico is. Hoe meer personen bij elkaar komen, ook als ze niet uit dezelfde stad maar uit heel Nederland komen, hoe meer dat stapsgewijs een toename van het risico geeft. Dat kunnen wij niet letterlijk gaan berekenen. Ik kan heel grove grenswaarden geven, maar het hangt natuurlijk uiteindelijk heel erg af van wat men precies gaat doen, en waarvoor men kiest. Als je naar die zes gaat, gaat het er ook om of dat voor die hele dag geldt, of dat men, zoals we eerder zagen, verschillende keren zes personen ziet op één dag. Uiteindelijk hangt het er dus heel erg van af wat we er met z'n allen mee gaan doen. Wij wilden alleen maar afgeven dat het niet een risicoloos gebeuren is. We willen benadrukken dat je het gewoon niet moet doen als iemand klachten heeft. Als je zeker wil weten dat het risico op overdracht naar kwetsbaren zo klein mogelijk is, moet je eigenlijk van tevoren al een periode in acht nemen waarin iemand zijn contacten beperkt, zodat de kans dat hij

eventueel in een incubatie van het virus zit ook weer kleiner is. Zo zijn er allemaal maatregelen die je zelf kan nemen om de kans kleiner te maken, maar die wordt nooit nul. Daarvan hebben we wat voorbeelden gegeven in de OMT-brief.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Hijink voor zijn tweede vraag.

De heer Hijink (SP):

Dat is duidelijk, maar ik denk dat het voor de besluitvorming zou helpen als we meer zicht zouden hebben op wat de mogelijke risico's zijn, bijvoorbeeld in aantallen en in bepaalde scenario's.

Mijn tweede vraag gaat over de verpleeghuizen. In verschillende verpleeghuizen wordt nu gewerkt met testen zonder klachten. Dat lijkt mij heel verstandig voor bezoek, voor familie, voor bewoners en voor de zorgverleners zelf. Mijn vraag is: zou het, om de sterfte in verpleeghuizen te voorkomen, niet heel wijs en mogelijk zijn om zo snel mogelijk over te gaan tot periodiek testen zonder klachten in alle verpleeghuizen? Daar kunnen we dan in ieder geval mee beginnen op de plekken waar nu helaas de meeste doden vallen door het virus. Op welke termijn zou dat kunnen?

De heer Van Dissel:

In verpleeghuizen worden veel onderzoeken gedaan. We proberen met zo veel mogelijk onderbouwing te bevestigen of wat u zegt, waar is. Want ik heb die getallen eerlijk gezegd nog niet gezien. Maar uiteraard wil je naar een situatie waarin je een zekere zekerheid hebt dat als iemand negatief test en naar zo'n verpleeghuis gaat, er geen risico bestaat dat die test foutnegatief was. Iemand kan net een dag eerder hebben getest en dan toch weer positief naar een verpleeghuis gaan. Dat zijn dingen die moeten worden uitgezocht. We weten dat de PCR-testen daar voorsnog het meest gevoelig voor zijn. Daar kunnen wat ons betreft ook de zogenaamde LAMP-testen voor worden gebruikt. Maar de grote vraag is natuurlijk of antigen testen, sneltesten die minder apparatuur vragen om uitgevoerd te worden, daarvoor geschikt zijn. Die onderzoeken gebeuren, maar die zijn nog niet klaar.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Ploumen namens de Partij van de Arbeid. Gaat uw gang.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Het OMT concludeert dat de quarantainebereidheid bij mensen laag is. Het is natuurlijk ook nogal wat wat er van mensen gevraagd wordt. De vraag die ik heb aan de heer Van Dissel is als volgt. Er wordt nu aangegeven dat een verkorte quarantaine mogelijk is, net als asymptomatisch testen. Maar wat moet er nog meer gebeuren om de bereidheid omhoog te krijgen? Even voor het beeld: ik begrijp dat maar de helft van de mensen in quarantaine gaat en dat maar 25% van de mensen die uit oranje en rode gebieden terug naar Nederland komen, in quarantaine gaat. Dat zijn natuurlijk forse aantallen. Wat kunnen we doen om die mensen te helpen om in quarantaine te gaan en om het mogelijk te maken dat ze zich aan die regel houden?

De heer Van Dissel:

Dit is natuurlijk een hele belangrijke vraag: hoe krijg je de intrinsieke motivatie van iedereen zo hoog mogelijk om toch in compliance te zijn met wat wij denken dat belangrijk is? Quarantaine is natuurlijk belangrijk. Dat kunnen wij enerzijds doen door het opvolgen ervan makkelijker te maken, bijvoorbeeld door de periode te verkorten en door aan de hand

van een test te zeggen dat het inderdaad beëindigd kan worden. Dat is in ieder geval de weg die is ingezet. Er kunnen ook andere factoren spelen, maar dat is niet mijn expertiseterrein. Ik begrijp dat u vroeg in de middag een bijeenkomst heeft met gedragswetenschappers waarbij dat ter sprake komt. Die zult u daar echt op moeten bevragen. In zijn algemeenheid is het natuurlijk communicatie, een bepaalde manier van handhaven en de omgeving zo inrichten dat iedereen zich er ook aan kan houden. We kunnen ons natuurlijk allemaal voorstellen dat als iemand zijn kinderen naar school moet brengen en daar geen alternatief voor is, zo iemand de quarantaineregels op dat moment toch doorbreekt. Het komt niet altijd doordat iemand het niet wil. Soms is het ook gewoon heel ingewikkeld. Soms moet je boodschappen doen. Daar moet zo goed mogelijk over worden nagedacht. Hoe kunnen we dat soort personen helpen om ze aan de goede kant te krijgen?

Dan de terugkerende reizigers. U heeft in een eerder advies van ons gelezen dat we ernaartoe willen dat men terugkomt en kan aantonen dat men negatief is. Ik denk dat dat ook een belangrijke stap zou zijn. Zo probeer je steeds meer aan te sluiten bij de realiteit. Tegelijkertijd blijft het natuurlijk essentieel dat men bij klachten thuis blijft en dat als men potentieel intensief is blootgesteld, men in quarantaine gaat. Wellicht maakt een test binnenkort duidelijk dat je er sneller uit kan dan momenteel. Dan gaat de periode van tien dagen naar vijf dagen.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Van Dissel verwijst naar het gesprek dat deze commissie vanmiddag heeft met een tweetal gedragsdeskundigen om 12.15 uur, aansluitend aan deze technische briefing. Mevrouw Ploumen, uw tweede vraag.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

De Corona Gedragsunit van het RIVM – ik neem aan dat het RIVM met één mond spreekt, net als de regering – adviseert ook om mensen die door de quarantaine inkomsten mislopen, financieel te compenseren. Dat hebben de SP en de Partij van de Arbeid ook al eerder gesuggereerd. Hoe ziet de heer Van Dissel dat? Ik neem aan dat hij zich ook achter die aanbeveling schaart.

De heer Van Dissel:

De vraag of je dat wel of niet doet, lijkt me echt een beleidsvraag. Er is alleen aangegeven dat er min of meer legitieme redenen kunnen zijn waarom men moeite heeft om zich aan de quarantaineregels te houden. Dit kan er natuurlijk een van zijn. Daar probeer je oplossingen voor te suggereren, maar hoe de keuze uiteindelijk gemaakt wordt, is uiteraard aan u en niet aan ons. Dit is iets wat inderdaad door de gedragsunit gesuggereerd is als een van de opties.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Van Esch namens de Partij voor de Dieren. Gaat uw gang.

Mevrouw Van Esch (PvdD):

Ik heb twee vragen aan de heer Van Dissel. U geeft altijd een mooi overzicht van de leeftijdscohorten die aanwezig zijn. Ik ben benieuwd of u ook een overzicht kan geven van welk onderliggend lijden mensen hebben op het moment dat ze in het ziekenhuis worden opgenomen op de ic-afdeling. Wordt cijfermatig bijgehouden van de mensen die met covid worden opgenomen wat voor extra ziektes zij hebben? Kunt u daar nu iets meer over vertellen of kunt dat eventueel meenemen in een volgende presentatie? Want ik ben benieuwd naar wat daar cijfermatig aan ten grondslag ligt.

De heer **Van Dissel**:

Ik zal dat de volgende keer laten zien. Dat is eigenlijk meer het curatieve deel. Daar gaan we hier natuurlijk nooit heel uitvoerig op in. Maar u heeft gelijk. We zien een heel duidelijke trend in de opnames. Leeftijd is belangrijk, maar ook onderliggende medische problemen zorgen ervoor dat de mogelijkheden om infecties en de gevolgen daarvan op te vangen, gewoon kleiner zijn. Daar zijn uitvoerige overzichten van, dus ik kan u dat de volgende keer laten zien.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Van Esch, uw tweede vraag.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Mijn tweede vraag heeft ook betrekking hierop. We krijgen de afgelopen tijd veel adviezen om meer te doen aan preventie en om preventie een onderdeel te laten zijn van de corona-exitstrategie. Ik ben benieuwd hoe u daartegen aankijkt. We hebben nu de strategie: een vaccin, massaal testen en betere medicijnen. Dat is eigenlijk nu een beetje de route van de exitstrategie. Ik ben benieuwd of concrete overheidsmaatregelen voor een gezondere levensstijl ook onderdeel van zo'n exitstrategie zouden moeten zijn wat u betreft.

De heer **Van Dissel**:

Het antwoord is ja. Ik meen mij te herinneren dat dat gisteren ook genoemd is door de premier als voorbeeld. Een van de dingen die collega Kuipers kan bevestigen, is dat ernstig overgewicht een belangrijke risicofactor is om te worden opgenomen, om te moeten worden beademd en om te komen te overlijden. Dat is natuurlijk een conditie die zich deels laat beïnvloeden door beweging en gezond eten. Daar werd met name naar verwezen. Een deel van de onderliggende medische problematiek, die ik u de volgende keer zal laten zien, is natuurlijk ook te mitigeren, te verminderen qua impact, door gedragsaanpassingen. Denk bijvoorbeeld aan longziekten en roken. Daar moet natuurlijk ook op worden ingezet.

De heer **Kuipers**:

Misschien mag ik dit even aanvullen. Er is vanuit de ziekenhuizen een pleidooi gekomen om ook aandacht te hebben voor de impact die alle maatregelen nu hebben op overige gezondheidsproblematiek. Ik blijf even bij hetzelfde voorbeeld van lichamelijke inspanning, overgewicht et cetera. Er zijn duidelijke getallen. De maatregelen die eerder genomen zijn, bijvoorbeeld ten aanzien van de afname van sportactiviteiten, kunnen echt impact hebben op mensen. We moeten zorgen dat we dat adresseren.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan de heer Öztürk namens de fractie van DENK. Gaat uw gang.

De heer **Öztürk** (DENK):

Onze ouders, opa's, tantes en ooms zitten in verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Als ik kijk naar de cijfers, dan is daar sprake van de meeste ziekte en sterfte. Ik snap niet dat er niet echt acute maatregelen worden genomen als het gaat om testen en om de bescherming van deze doelgroep. Ik hoor dat juist deze doelgroep de ic's langer bezet houdt, waardoor andere patiënten niet in aanmerking kunnen komen of de getallen omhooggaan. Je ziet gewoon dat er heel veel sterfte is in de verpleeg- en de verzorgingshuizen. Dat doet onze ouderen en onze samenleving heel veel pijn, maar daar worden weinig maatregelen voor getroffen. Vervolgens sluiten wij de horeca en allerlei andere organisaties om de lijn in de grafiek naar beneden te brengen. Vindt u niet dat u met

cijfers moet aantonen dat er juist daar maatregelen moeten worden genomen?

De voorzitter:

Aan wie wilt u de vraag stellen? De heer Van Dissel?

De heer **Öztürk** (DENK):

Ja.

De heer **Van Dissel:**

Het belangrijkste wat je hierover kan zeggen, is dat we zien dat de mate waarin mensen in verpleeghuizen besmet worden – maar het gaat natuurlijk niet alleen om verpleeghuizen; je hebt ook woonzorgcentra en een heleboel ouderen die gewoon thuis wonen – rechtstreeks gecorreleerd is met het aantal besmettingen dat in de maatschappij voorkomt. Vandaar dat alles wat wij doen in onze focus op het minderen van de verspreiding onder de hele bevolking, dus eigenlijk de beste preventie-maatregel is naar verpleeghuizen toe. Daarnaast is de realiteit natuurlijk wel dat er besmettingen zijn. Wat kun je dan doen om de verspreiding naar verpleeghuizen of naar ouderen te verlagen? Deels zijn dat dingen die al gebeuren. Ouderen krijgen bijvoorbeeld speciale venstertijden in levensmiddelenwinkels en dergelijke. Je kan je voorstellen dat ze zich toch meer isoleren dan bijvoorbeeld jongeren. Dat is ook wat we in de praktijk zien. Daarnaast zijn er allerlei beschermingsmaatregelen in verpleeghuizen, waarbij het personeel, eerder getest, gebruikmaakt van persoonlijke beschermingsmaatregelen en waarbij ook de cliënten of patiënten, zo u wilt, die er zijn opgenomen, snel worden getest. Dat zijn allemaal maatregelen die bedoeld zijn om introducties te verminderen en als er een introductie is, het gevolg daarvan te verminderen. Maar u moet zich wel realiseren dat «kwetsbaar» niet een willekeurig gekozen woord is. Het zijn ook mensen die daadwerkelijk veel kwetsbaarder zijn dan anderen. Dat geldt ook voor iemand die naar een verpleeghuis gaat. Dat doe je niet voor niets. Dat doe je omdat je niet meer zelfstandig kan wonen. Dat zijn dus letterlijk de meest kwetsbare mensen en dat is natuurlijk ook de groep die in de praktijk de gevolgen van infectieziektes het meest ondergaat. Misschien dat collega Kuipers dit wil aanvullen?

De voorzitter:

Ja, de heer Kuipers, aanvullend.

De heer **Kuipers:**

Een hele korte aanvulling. Je ziet het een beetje in de verhoudingen. De ziekenhuisopnames volgen natuurlijk de besmettingen. Zoals de heer Van Dissel liet zien voor de ontwikkeling in de leeftijdsgroepen, zagen wij in de ziekenhuizen dat in september de verhouding tussen kliniek en ic-opname op een bepaald moment ongeveer één op vijf was. Vijf op één: vijf klinisch en één ic-patiënt. Geleidelijk is dat veranderd naar nu tweeënhalf klinisch naar één ic. Dat heeft te maken met én de langere ic-opname, én met het feit dat de besmettingen steeds meer oudere mensen treffen. Dat zien wij dan terug in de ziekenhuizen.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Öztürk, tweede vraag.

De heer **Öztürk** (DENK):

Ik merk toch dat er niet echt extra maatregelen worden getroffen, maar goed, mijn tweede vraag gaat over een ander onderwerp. Je hebt het kabinet dat politieke besluiten neemt en je hebt de deskundigen die adviseren. Zou de deskundige een advies kunnen geven aan ons over de maatregelen, de politieke maatregelen die het kabinet wil nemen? Ze

willen tussen kerst en nieuwjaar de mensen de ruimte geven om een feest te kunnen vieren. Wat ze willen is dat het virus uiteindelijk voor de verkiezingen weer naar beneden gaat. Na januari willen ze zwaardere maatregelen nemen, zodat we het virus tegen 17 maart weer een beetje onder controle hebben. Kunt u dan technisch – het kan ook schriftelijk – in een grafiekje aangeven wat die politieke maatregelen doen met de ic-capaciteit, met Nederland, met het aantal sterftegevallen en wat het met ons gaat doen? Dan kunnen mensen ook echt beoordelen of een politieke maatregel daadwerkelijk helpt of niet.

De voorzitter:

Dank u wel. De vraag is gericht aan de heer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

Ik dacht dat dat úw werk was, maar...

De heer Öztürk (DENK):

Ik wil een technische...

De voorzitter:

Nee, nee, meneer Öztürk. Ik geef de heer Van Dissel het woord om te reageren. Gaat uw gang.

De heer Van Dissel:

Wat wij proberen te laten zien, is dat factoren invloed hebben op alle toenames van contacten. Van individu tot individu; van individu naar groep; van groep naar groep. Maar ook wat betreft de locatie: is het alleen maar regionaal of is het superregionaal? Al dat soort dingen heeft invloed. Dat kunnen we niet allemaal een-op-een uitrekenen, maar dat zijn de verschillende meetsystemen die wij gebruiken. Als je dus in een daling een toename toelaat van het aantal contacten, dan kun je verwachten dat dat effect heeft. Maar, moet ik daar wel aan toevoegen, dit is in belangrijke mate ook van onszelf afhankelijk. Wij weten van een heleboel maatregelen exact hoe goed ze kunnen zijn en wat voor effect ze kunnen hebben. Dingen als handen wassen, niet gaan als je ziek bent et cetera, verminderen de contacten en dat ligt uiteindelijk bij onszelf. We kunnen daar in de grote breedte een indruk van geven, maar in wezen ziet u in de intervallen die we op die grafieken tonen, al de mate van spreiding die dat teweeg brengt. Dat zal niet het antwoord zijn wat u wilt, maar dat is wel het antwoord dat wij kunnen geven. Als je dus een toename ziet, dan zie je een tijdelijke toename van het aantal gevallen. Dat zal daarna weer vragen om een aanscherping van de maatregelen.

De heer Öztürk (DENK):

U kunt toch een voorspelling geven?

De voorzitter:

Nee, meneer Öztürk. Het woord is aan de heer Van Dissel. Hij is klaar met zijn antwoord. Dan geef ik het woord aan de heer Kuipers voor een korte reactie.

De heer Kuipers:

Als aanvulling: het is verstandig om nog een keer te benadrukken dat de veranderingen in de ziekenhuizen ontzettend langzaam gaan, eens te meer op een ic. De piek op de ic-bezetting hebben we bereikt op 4 november. Toen lagen er 609 covidpatiënten op de ic. We zijn nu twee weken verder en gisteren waren het er 576. Dat is het tempo van de verandering. Het gaat heel erg langzaam. En ieder bed dat vrijkomt, wordt direct gebruikt voor een non-covidpatiënt. De overalldruk op de ic zal tot

en met eind december en ook in januari gewoon onveranderd hoog blijven, los van welke modulatie daar verder in zit.

De voorzitter:

Helder, dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Veldman namens de fractie van de VVD. Gaat uw gang.

De heer Veldman (VVD):

Een vraag aan de heer Van Dissel over de routekaart vaccinatie. Waar staan we? In die routekaart staat bij stap 5 uitvoering. Daar wordt het RIVM genoemd als de organisatie die nu bezig is om daar de voorbereidingen voor te treffen. De vraag is waar we nu staan. Meer specifiek: als we uitgaan van het beste scenario dat de Minister schetst in zijn brief, dan zouden er eind dit jaar de eerste vaccins geleverd kunnen worden. Kan de heer Van Dissel dan met de voorbereiding die nu getroffen wordt, garanderen dat op 2 januari het vaccineren ook echt kan beginnen, met de aantallen die we dan hebben? Zo nee of zo ja, wat is daar dan nog voor nodig?

De heer Van Dissel:

Primair is nu dat het advies van de Gezondheidsraad beschikbaar komt. Dat gebeurt waarschijnlijk deze week, heb ik begrepen, mogelijk morgen al. Daaruit moet helder worden op welke groepen we als eerste gaan inzetten. Dat maakt geweldig veel uit, dus dat is één ding. Als daar bijvoorbeeld uit zou komen dat we ons in eerste instantie richten op de kwetsbaren of op zorgmedewerkers, dan is dat al een belangrijke constatering.

Het tweede is toch dat we wel vooruitlopen op de stroom, terwijl we nu nog niet weten wat precies de eigenschappen en de groepen zijn waarop de vaccins die als eerste beschikbaar komen, uitgetest zijn. Er zijn natuurlijk een aantal vaccins in rolling review, zoals dat zo mooi heet, bij de EMA en ook elders, maar de EMA doet dat natuurlijk voor Europa. Uiteindelijk is wel belangrijk wat er precies getest is. Bij wie zijn die vaccins getest? Weten we of de vaccins die als eerste beschikbaar komen, bijvoorbeeld ook het gewenste effect hebben bij kwetsbare personen? Of zijn ze alleen in gezonde vrijwilligers getest? Zijn de vaccins ook veilig in al die condities?

Ik vind het nu echt een beetje vooruitlopen. We kunnen de grove lijnen stellen, maar uiteindelijk hangt het toch van de details af; daar zit toch weer het duiveltje in. Als er vaccins beschikbaar komen die niet in kwetsbaren zijn getest of die misschien in kwetsbaren minder effect hebben, kan dat ook weer invloed hebben op hoe het beleid er uiteindelijk uit gaat zien. Dat is toch nog wel een complexe afweging die gemaakt moet worden op het moment dat die gemaakt kan worden. Ik denk dat we momenteel te weinig weten van die vaccins. Daarover is misschien meer kennis bij de EMA, maar in ieder geval niet bij ons. Ook ontbreken daarover vooralsnog de wetenschappelijke publicaties. Misschien dat die snel komen, maar die willen we toch eerst zien, voordat je hier te gedetailleerd kan gaan vertellen wat je precies moet doen, want dat hangt echt van die details af.

De voorzitter:

Dank u wel. Tweede vraag, de heer Veldman.

De heer Veldman (VVD):

Mijn tweede vraag. Ik dacht dat ik in de brief van de Minister gelezen heb – misschien ook wel in het OMT-advies – dat er gunstige eerste signalen zijn over hoe lang er bij mensen die besmet zijn geweest, nog antistoffen zichtbaar zijn. Die signalen zien er gunstig uit. Nu kan ik mij voorstellen dat mensen die zelf nog antistoffen hebben, niet direct vooraan hoeven te

staan bij het vaccineren. De vraag is dan straks: hebben we überhaupt in beeld wie er besmet geweest is? Hoe gaan we dat met elkaar doen als er aanvankelijk nog een beperking is op het aantal vaccins? Voor het eerste halfjaar is zo'n beperking redelijk aannemelijk. We kunnen niet zomaar de hele bevolking in één keer vaccineren. Is daar in het traject tot nu toe überhaupt rekening mee gehouden? Hoe zorgen we dat de mensen die het vaccin nodig hebben, omdat ze nog niet besmet waren, vooraan staan bij het vaccineren?

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

Ook dat is een relevante vraag. Ook daar ontbreekt natuurlijk de kennis om precies te weten of het voldoende is. Nu houden we min of meer arbitrair een bepaalde periode aan nadat iemand geïnfecteerd is geweest waarin we denken dat hij beschermd is, op grond het feit dat hij de vorige infectie ook overwonnen heeft, tenzij hij klachten heeft en positief test, wat in vrij zeldzame gevallen wel voorkomt. Wij hebben centraal geen lijsten van deze personen, want die mogen wij niet bijhouden. Bij de GGD'en zijn zij natuurlijk wel bekend. Daar zal dus een zekere actie op nodig zijn. We kennen natuurlijk de percentages; op grond van steekproefonderzoek onder de bevolking weten we wat dat percentage ongeveer bedraagt. Op zich heeft u gelijk dat als je je wil richten op groepen, je deels gebruik kan maken van het feit dat sommige mensen beschermd zijn, zo denken we toch, op grond van een doorgemaakte infectie. Dat moet dan aan elkaar gelinkt worden. Daar moeten wij toe in staat worden gesteld door de politiek.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Diertens namens de fractie D66. Gaat uw gang.

Mevrouw Diertens (D66):

Dank u wel. Ik ga graag even door op de testen. We zien in uw gegevens dat er een daling is van het aantal mensen dat zich laat testen, 100.000 minder per week dan drie weken terug. We weten dat testen en bron- en contactonderzoek effectief zijn voor de R-waarde en die kunnen verlagen. Kunnen we de R-waarde niet nog meer laten dalen door nu meer te gaan testen?

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

Dit is wel een complexe vraag. Er zijn verschillende typen testen en die kun je op verschillende wijzen inzetten. In zijn algemeenheid heeft u gelijk dat het helpt als testen dusdanig worden gedaan en dusdanig snel worden gedaan. Daarbij is een belangrijke rol weggelegd voor de geïnfecteerde zelf, namelijk om niet te lang te dralen totdat hij zich aanmeldt. We kunnen het virus beter vooraf komen als we eerder in die cyclus zitten. Wat we daar in de praktijk aan kunnen doen, is zorgen dat de doorlooptijd van de test zelf zo kort mogelijk is. Het goede nieuws is dat we momenteel zo veel capaciteit hebben dat de tijd tussen het moment van aanmelden en het moment van het terugkrijgen van een testuitslag, die eerst soms dagen was, nu beperkt is tot een dag. Dat is geweldige winst, want dat betekent dat je ook eerder potentiële contacten kan opsporen en hun kan vertellen dat ze een relevant contact zijn geweest. Zo spoor je waarschijnlijk meer contacten op nog voordat zij zelf klachten

krijgen en het ook weer hebben kunnen verspreiden. Dus in die zin heeft een zo soepel mogelijk testbeleid effecten voor de R-waarde. Omgekeerd moeten we ook wel iets anders constateren. De R-waarde ligt nu in Nederland zo rond de 0,89, zoals ik liet zien. We zijn natuurlijk benieuwd hoe dat verder gaat. Als je globaal maar ook in Nederland kijkt naar de situatie sinds maart, zie je dat we er nooit in zijn geslaagd om die R-waarde helemaal naar 0 te krijgen. Sterker nog, ik denk dat maar weinig situaties een R-waarde onder de 0,6–0,7 hebben gekend. Dus je moet eigenlijk navenant steeds meer inspanningen doen om die R-waarde verder omlaag te brengen. Dat gaat toe naar wat we een asymptoot noemen: een waarde waar je niet onder komt. Dit zijn ook waardes die je terugvindt in landen die in een zeer strenge lockdown gaan. Je ziet bijvoorbeeld dat in Frankrijk, waar je nog maar maximaal op 1 kilometer rond je huis mag zijn, die R-waarde ook niet veel lager komt. Het is dus de vraag of we die R-waarde veel lager kunnen krijgen. Het belangrijkste is dat we die lang onder de 1 houden. Testbeleid is daar één onderdeel van, en meer testen is dat binnenkort natuurlijk ook.

De voorzitter:

Dank u wel. Tweede vraag van mevrouw Diertens.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Die is voor de heer Kuipers. Ik heb in de krant gelezen over experimenten waarbij mensen die op klinische bedden liggen, sneller teruggaan naar de huisartsenpraktijk. Ik vraag me af of u meer gegevens heeft over het succes of het falen daarvan; het zijn natuurlijk altijd twee kanten.

De heer Kuipers:

Graag over het succes daarvan, met veel dank aan de huisartsen, die zich op tal van plekken daarvoor inzetten. Het zit aan twee kanten. De ene kant is het monitoren van patiënten nadat ze positief getest zijn, om voor een deel te kunnen voorkomen dat ze opgenomen moeten worden in het ziekenhuis. Er zijn plekken waar huisartsen bijvoorbeeld een coronakit of een covidkit uitdelen aan patiënten, zeker de meer kwetsbaren die een hoger risico op ziekenhuisopname hebben. Daar zitten dan zaken in als een thermometer, een zuurstofsaturatiemeter, waarmee je het zuurstofgehalte in het bloed kunt bepalen en een bloeddrukmeter. Op die manier, met een aantal van die dingen, kunnen ze deze mensen intensief volgen. Dat is dus aan de voorkant.

Ook aan de achterkant, na een ziekenhuisopname, kunnen huisartsen mensen begeleiden en eventueel helpen met zuurstof thuis, waardoor patiënten bijvoorbeeld twee dagen eerder naar huis kunnen. Dat is aantrekkelijk voor een patiënt, dat is aantrekkelijk voor de omgeving, maar dat is zeker ook aantrekkelijk vanuit het perspectief van de ziekenhuiscapaciteit. Dit loopt op verschillende plekken in Nederland en gaat goed. Ik weet dat het in ieder geval loopt in twee regio's. Als u het exact wilt weten, moet ik dat verder navragen. Voor zover ik het nu weet, gebeurt dit zowel in de Amsterdamse regio als in de ROAZ-regio Zuidwest Nederland. Ik verwacht eerlijk gezegd dat dit op heel veel andere plekken snel navolging krijgt.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan de heer Renkema namens de fractie GroenLinks. Gaat uw gang.

De heer Renkema (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Dank ook aan beide inleiders voor de presentaties en de informatie. Mijn vraag stel ik aan de heer Van Dissel en gaat over het reproductiegetal. Op 29 oktober lag dat zo op 0,95. Nu is het waarschijnlijk nog ietsje gezakt, naar 0,89, maar we zien enorme

verschillen tussen veiligheidsregio's: een derde zit daaronder of daarboven. Mijn vraag gaat over deze regionale verschillen in Nederland. Het noorden van het land doet het veel beter dan andere regio's. Het ligt voor de hand om te zeggen dat dat wel te maken zal hebben met de bevolkingsdichtheid. Maar we zien ook regio's zoals Zeeland en Twente, ook niet dichtbevolkt waar toch enorme pieken zijn. Kan de heer Van Dissel iets meer zeggen over die regionale verschillen? Wordt daar onderzoek naar gedaan? Wat voor conclusies zouden we daaraan kunnen verbinden?

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

Belangrijk punt. Wij proberen die regionale verschillen te duiden. Er spelen natuurlijk altijd een paar zaken. Kijk bijvoorbeeld naar Groningen. Als daar de aantallen lager zijn dan in bijvoorbeeld Rotterdam en Amsterdam, en dat waren ze natuurlijk, betekent dat ook dat de lokale GGD'en juist daar veel meer ruimte hebben om het bron- en contactonderzoek nog wel volledig uit te voeren. Dat wordt ook bevestigd uit de regio zelf. Dat ze dat nog kunnen doen, heeft ook gevolgen voor de bestrijding. Want als je daar dan clusters aantreft, kun je daarop ingrijpen, terwijl we dat in een Randstedelijk gebied niet meer konden. Dus de hoogte en de belasting van bijvoorbeeld de GGD en het aantal gevallen in een regio hebben direct gevolg voor de mogelijkheid om de bestrijding zo effectief mogelijk te houden. Hetzelfde geldt voor de doorlooptijden van de testen. Je verwacht dat die in die regio's ook korter zijn. Dat heeft er dus rechtstreeks effect op.

Als je bijvoorbeeld Groningen met Zeeland vergelijkt, zie je in Zeeland de invloed van een land dat daarnaast ligt en waar het aantal besmettingen nog vele malen hoger is geweest en nog steeds is dan in Nederland. Ook treedt er grensverkeer op naar winkels en dergelijke. Die invloed van buiten is dus ook van invloed en vertaalt zich naar een belasting in de groep zelf. Je kan je ook voorstellen dat het ook een effect heeft als gebieden meer ruraal zijn, dus als er minder mensen per vierkante kilometer wonen. Ook de bevolkingsopbouw heeft effect: zijn er vooral jongeren of juist ouderen? Er zijn dus talloze factoren die uiteindelijk dit soort verschillen kunnen verklaren en die ons kunnen leren wat belangrijk is.

Als we even teruggaan naar het voorbeeld van Groningen: een van de dingen die we wisten, was dat toen in maart het begon, het carnaval zich in de zuidelijke gebieden afspeelde en Groningen dus eigenlijk de hele invloed daarvan gemist heeft. Daardoor was Groningen al op een hoger niveau van waakzaamheid om op grond van de landelijk regels die we toen vanwege de situatie in Brabant afkondigden, verdere verspreiding in Groningen te voorkomen. Het is dus een ingewikkelde interactie van landelijke versus regionale maatregelen. Uiteindelijk denken we dat we de meeste verschillen kunnen duiden, maar dat geeft nog niet direct een oplossing voor gebieden zoals Rotterdam, Amsterdam. Den Haag, Haaglanden, waar men gewoon dicht op elkaar zit en de bevolking wat anders is samengesteld, om daar op een heel andere wijze in te grijpen.

De voorzitter:

Dank u wel. Uw vervolgvraag, meneer Renkema.

De heer Renkema (GroenLinks):

Overigens zien we de verschillen ook terug in de patiëntenspreiding in die grafieken. Mijn tweede vraag sluit aan op de vraag van de heer Veldman over de vaccinaties. We lezen in de krant over allerlei succesvolle vaccins. De heer Van Dissel relativeert dat enigszins. Hij zegt dat we de weten-

schappelijke publicaties nog moeten zien en dat we allerlei details nog niet kennen. Ik vroeg me wel af of het RIVM op dit moment al nadenkt over die verschillende vaccins in relatie tot bepaalde doelgroepen en dus ook over bepaalde besluiten ten aanzien van het vaccinatieprogramma. En worden de GGD's daar op dit moment al bij betrokken? Het lijkt mij heel erg belangrijk dat, als die details er zijn en er besluiten worden genomen, er heel snel kan worden gehandeld.

De heer Van Dissel:

Daarop is het antwoord ja, met de provisie dat het uiteindelijk van de details afhangt hoe je dat precies gaat doen. Maar uiteraard worden er nu verschillende scenario's voorbereid om zo min mogelijk vertraging te hebben op het moment dat ze daadwerkelijk komen. Ja.

De voorzitter:

Dan wil ik nu graag het woord geven aan de heer Van Haga. Gaat uw gang.

De heer Van Haga (Van Haga):

Immunoloog dr. ing. Carla Peters geeft aan dat de verplichting om niet-medische mondkapjes te dragen die geldt vanaf 1 december de gezondheid kan schaden. Uit onderzoek blijkt dat mensen die mondkapjes dragen maar liefst 72% meer virale infecties hebben. En stoffen mondkapjes kunnen zelfs het aantal besmettingen verhogen. De heer Van Dissel heeft zelf altijd gezegd dat het effect van mondkapjes verwaarloosbaar is en uitsluitend zorgt voor schijnveiligheid. Als mondkapjes zorgen voor een extra gezondheidsrisico, hoe kijkt hij dan aan tegen de invoering van de mondkapjesplicht per 1 december?

De heer Van Dissel:

Het OMT is hier heel duidelijk over geweest. Wij hebben gezegd: mondkapjes hebben een bepaald effect. U kunt dat in de laatste OMT-brief die wij daarover geschreven hebben heel duidelijk terugvinden. We zien bepaalde voordelen uit studies komen. Die studies zijn vaak niet uitgevoerd onder de 1,5 meter. Dan weet je niet meteen hoe zich dat vertaalt naar corona. Tegelijkertijd konden wij ons een aantal situaties voorstellen waarin mondkapjes een potentieel negatief effect konden hebben. De balans daartussen was gewoon ingewikkeld. Wij hebben gezegd dat die mondkapjes het publieke debat te veel beheersten en ons af haalden van de dingen die we echt belangrijk vonden. Daarom hebben wij gezegd: politiek, kom tot een besluit. Daar bent u toe gekomen en dat respecteren wij. Als u nu zelf vindt dat dat besluit moet worden teruggedraaid, dan is het aan u om daar actie op te ondernemen. Ik kan niet anders zeggen.

De voorzitter:

De heer Van Haga, tweede vraag.

De heer Van Haga (Van Haga):

Jongeren hebben nauwelijks last van corona. Gelukkig hebben we daarom besloten om de scholen open te houden. Voor de hogescholen en universiteiten hebben we dat niet gedaan. De effecten hiervan zijn heel erg groot. Moeten we niet inmiddels concluderen dat de schade voor studenten niet meer opweegt tegen de risico's die we proberen te vermijden? Ik weet natuurlijk dat jongeren ook weer ouderen kunnen besmetten – dat heeft u al eerder gezegd – maar je kunt allerlei varianten bedenken waarbij studenten gewoon weer fysiek onderwijs krijgen en we de 1,5 meter daar ook kunnen loslaten als we voldoende andere maatregelen nemen om de gevaren voor ouderen te minimaliseren, zoals sneltests aan de deur, ventilatie, quarantaine vooraf en achteraf, zoals u net ook zei. Ik hoor graag wat u daarvan vindt.

De heer **Van Dissel**:

We hebben vanuit het OMT aangegeven dat wij ons bewust zijn van deze problematiek. Wij wilden bij met name jongeren een afweging maken omdat school uitermate belangrijk is en niet te lichtvaardig moet worden besloten tot sluiting van scholen. We hebben in onze vorige OMT-brief aangegeven dat het vaak niet zozeer de school of universiteit zelf is waar problemen spelen, maar in de situatie daaromheen: het naar de universiteit of de school toe gaan en de vrije uren van universiteiten of scholen. Dat is deels een uitnodiging voor besturen van universiteiten en scholen om samen met ouders te kijken wat daar in te vullen is. Ik heb begrepen dat dat soort initiatieven loopt. Ik heb van universiteiten begrepen dat er veel wordt gedaan om dit probleem zo goed mogelijk te adresseren, op te pakken. De bestuurders van universiteiten en scholen, de studenten, ouders en kinderen kunnen samen een heleboel regelen om de risico's kleiner te maken waardoor ze weer meer open kunnen doen en open kunnen laten. Dat is voor deze groepen buitengewoon belangrijk. Nou, we hebben dat in ieder geval al vertaald naar een beleid waarin scholen ongemoeid zijn gelaten. We hebben ook gezegd dat dat wel bepaalde risico's geeft, maar dat we die risico's moeten opvangen door dan elders harder te drukken. Daar komt het eigenlijk op neer. Uiteindelijk gaat het continu om het zoeken van die balans. Ik denk dat universiteiten en studenten ook zelf – er zijn ook veel initiatieven, wil ik benadrukken – een heleboel kunnen proberen te regelen om die risico's lager te maken, waardoor je weer meer ruimte krijgt om daar meer toe te laten.

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

Voorzitter, ik wil mijn vraag uit het volgende blokje graag nu stellen. Het is een hele korte vraag.

De **voorzitter**:

Een hele korte vraag dan, want we gaan richting de klok van 11.00 uur.

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

Het is misschien een beetje een irritante vraag, maar ik heb meer dan een maand geleden gevraagd naar de beoordelingsniveaus bij de PCR-test, waarbij het aantal cycli van 30 naar 35 werd verhoogd en het aantal targets van 3 naar 1 werd verlaagd. Ik heb het ook aan Mark Rutte en Hugo de Jonge gevraagd. Het is meer dan een maand geleden en ik heb geen antwoord gekregen. Wanneer kan ik antwoord verwachten? Dat is eigenlijk de vraag.

De heer **Van Dissel**:

Dat spijt me dan, want ik had begrepen dat we daarover al uitvoerig Kamervragen van u hadden beantwoord. Maar mocht er een deficit aan onze zijde zijn, dan zullen we dat zo snel mogelijk goedmaken. Voor de duidelijkheid wil ik u wel het volgende meegeven. Eerder in uw vraag was de suggestie dat het opvoeren van het aantal cycli misschien bepaalde effecten zou hebben of zou kunnen hebben. Daar kan ik hier in ieder geval kort op antwoorden: dat is niet zo. Alle testen die volgens het protocol worden uitgevoerd – dat kan het protocol van het RIVM of van het Erasmus zijn, maar het kan ook een protocol van de fabrikant van de test zijn – worden geïkt aan dezelfde ijkwaarden. We weten dus precies wat die testen aan gevoeligheid en specificiteit inhouden. Dat was bij mijn weten ook het antwoord dat we naar aanleiding van Kamervragen van u hadden opgeschreven, maar ik zal daarachteraan gaan.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Van der Staaij namens de fractie van de SGP. Gaat uw gang.

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

Dank u wel, voorzitter. Ook van mijn kant veel dank aan de heren Kuipers en Van Dissel voor hun heldere presentaties. Ik heb nog een aanvullende vraag aan de heer Van Dissel over de mondkapjesplicht. Ook ik stond achter het advies voor het dragen van mondkapjes op basis van het OMT-advies van 13 oktober, maar als het kabinet voorstelt om van een advies naar een plicht te gaan, moet het parlement volgens de nieuwe covidwet ook de proportionaliteit toetsen. Daarom is mijn vraag: wat is nu, vanuit het oogpunt van de gezondheid en de virusbestrijding, de meerwaarde van het omzetten van een advies in een plicht? Kunt u daar iets over zeggen?

De heer **Van Dissel**:

Ik ben bang dat ik daar niet zo veel over kan zeggen. Bij mijn weten gaat het om het gebruik van niet-medische mond-neusmaskers in de publieke ruimte. Ik zie dat men daar over het algemeen al invulling aan geeft. Als het een plicht wordt en als de een op de tien of de een op de twintig die dat nu nog niet doet, het dan wel gaat doen, kan je doorrekenen dat dat een potentieel navenant effect krijgt, dat natuurlijk beperkt zal zijn. Maar ik heb ook begrepen dat die plicht bedoeld is om gewoon helderheid over de vraag te geven. Het kan een hele andere afweging zijn dan een puur medisch-biologische.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Uw tweede vraag.

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

Mijn tweede vraag gaat over het OMT-advies dat thuiswerken de norm moet worden. Daar spreken we natuurlijk al langer over. Tegelijkertijd zien we dat er soms, voor de voortgang van het werk of voor het mentale welbevinden van werknemers, wel naar de werkplek gegaan wordt. Is er nog aanvullend inzicht in de reden waarom het op werkplekken misgaat? Heeft dat te maken met het niet houden van afstand of met andere maatregelen? Zijn er aanvullende maatregelen nodig om het risico op besmetting op de werkplek te beperken?

De heer **Van Dissel**:

Dat is een belangrijk punt. Misschien moet ik hier wel een relativerende opmerking plaatsen. Ik dacht dat ik het net al noemde: natuurlijk niet iedereen kan thuiswerken. Werkzaamheden in de bouw of als buschauffeur kunnen natuurlijk niet vanuit huis. Dat is volkomen helder. Uit onderzoek blijkt dat ongeveer 70% tot 75% van de mensen die het wel zouden kunnen, het ook doet. Op zich is dat al een heel behoorlijk aantal, een behoorlijk hoog percentage. Misschien zou je dat nog wat hoger kunnen proberen te krijgen. In de praktijk komt men, als men dan naar het werk gaat, natuurlijk vaak naar het werk om gezamenlijk bepaalde dingen te bespreken. Dat is dan namelijk de toegevoegde waarde van toch nog samen zijn. Daar gaat dan blijkbaar toch nog het nodige mis, zo nu en dan. Ik toon u nu die percentages – werk is daar een belangrijke onder, met zo'n 16%, dacht ik – maar u moet zich voorstellen dat die percentages uiteindelijk zo tot stand komen omdat we daar met z'n allen op selecteren. Als we de horeca dichtdoen, ziet u terug dat de horeca naar bijna 0% gaat. Dat is logisch, want die hebben we gesloten. In die zin gaat het virus natuurlijk ook op zoek naar elke situatie die nog over is om wel die mogelijkheid te krijgen, zonder dat dat nou meteen hoeft te betekenen dat er dingen heel erg misgaan. Maar in zijn algemeenheid geldt dat, ook waar mensen samenkomen, de bekende regels als hygiëne, afstand bewaren, niet gaan als je ziek bent en dergelijke, toch de belangrijkste regels zijn. We verwachten dat die, als die ook in de werksituaties strikt

worden toegepast, dat percentage weer verder omlaag zullen kunnen brengen.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Daarmee zijn we aan het einde van het eerste blok gekomen. Ik dank de heren Kuipers en Van Dissel nogmaals voor hun presentatie en de beantwoording van de vragen. Ik schors de vergadering even kort, zodat we kunnen wisselen; dan gaan we zo dadelijk verder met blok 2. Hartelijk dank.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Blok 2:

Gesprek met:

- de heer André van der Zande, voorzitter Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit
- de heer Mark Frequin, projectdirecteur-generaal Dienst Testen in oprichting (VWS)

De voorzitter:

We gaan verder met de technische briefing Update coronavirus. We zijn toegekomen aan blok 2, over de testcapaciteit. Bij ons aan tafel aangeschoven is de heer André van der Zande. Van harte welkom. Hij is voorzitter van de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit. Ook heet ik welkom de heer Mark Frequin, projectdirecteur-generaal Dienst Testen in oprichting van het Ministerie van VWS. U geeft beiden een presentatie, die ook op de website van de Tweede Kamer staat. Ik geef graag als eerste het woord aan de heer Van der Zande. U geeft eerst de presentatie en daarna mogen de leden één vraag stellen. Helaas maar één vraag, want wij moeten dit blok ook weer om 12.00 uur afronden.

Meneer Van der Zande, gaat uw gang.

De heer Van der Zande:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Heel fijn dat wij hier in de gelegenheid zijn om de technische stand van zaken van het testen, toch een enorm belangrijke pijler van het coronabeleid, aan u te mogen toelichten. Ik zit hier als voorzitter van de LCT. Dat ben ik sinds zes weken. Toen ben ik, ook op verzoek van de departementsleiding en de Minister, ingestapt. Collega Frequin is eigenlijk pas twee weken bezig met de Dienst Testen in oprichting. Dat is de situatie, en ik ga u verder meenemen in wat wij doen. De indeling van onze inleiding is als volgt. Ik vertel u eerst iets over de opdracht en de organisatiestructuur: hoe werken we? Het is mij namelijk opgevallen dat de Kamer erg geïnteresseerd is in de slagkracht en de doorzettingsmacht van het hele testveld. Vervolgens vertel ik u iets meer over de stand van de testketensamenwerking en het testlandschap. Wie is er allemaal bij betrokken, waar, hoe werkt dat en wat zijn we aan het doen? Het derde punt is hoe het met de testcapaciteit gaat. Hoe zijn de doorlooptijden en wat staat er nog te gebeuren? Want u heeft in de brief van de Minister kunnen lezen dat we de komende maanden nog voor een enorme opschalingsoperatie staan. Ten vierde zal collega Frequin iets vertellen over de stand van zaken bij de Dienst Testen in oprichting, die, als we speak, al met meerdere mandaten aan het werk is.

Wat is eigenlijk de stuurgroep Landelijke Coördinatie Testketen? Die bestaat uit een informele groep die als ketenpartner in maart, april is opgericht. Eigenlijk zonder enige formele basis maar vanuit een gevoel van urgentie hebben partijen elkaar opgezocht om het testen in Nederland te verbeteren en te versnellen en om tot grotere volumes te komen. De landelijke stuurgroep bestaat uit de volgende leden: uiteraard het ministerie, daarnaast de GGD'en – zowel de 25 DPG'en als de landelijke

organisatie met de heer Rouvoet – het RIVM – vanwege alle validatieproblemen en adviezen van het OMT over testen – en EZK, sinds we spoor 2 van de Minister hebben, namelijk het laten testen in opdracht van werkgevers, zowel commerciële bedrijven als instellingen.

In de brief staat dat het mijn opdracht is om een stevige governance op die testketen neer te zetten en om een duidelijkere regie op de samenwerking te bevorderen. Verder staat er in de brief dat het de bedoeling is dat er een Rijksdienst Testen komt, een beetje naar Deens model. Die transitie is volop gaande. In mijn opdracht, eigenlijk dus een opdracht aan de hele LCT, staat ook: zorg dat er veel meer alternatieve testen worden gevalideerd en snel bruikbaar worden voor het Nederlandse testland-schap.

Hoe werkt dat dan? De details in het organogram zal ik u besparen. Ik zal u vertellen wat u uit dat organogram kunt halen. Links staan een aantal werkgroepen genoemd. Die werkgroepen hebben een kort bestaan. Zij gaan een innovatieve testmethode valideren, brengen het rapport daarover naar het OMT en geven een opschalingsadvies. Zodra dat klaar is, gaat het eigenlijk naar de rechterkant en komt het in de uitvoering op de teststraten. In de verschillende sporen zal het dan worden uitgerold. Als voorbeeld noem ik de LAMP-test. Mevrouw Van der Lubben van GGD Amsterdam heeft met TNO een veelbelovend concept van een test ontwikkeld die gelijkwaardig is aan de PCR-test, maar die veel sneller tot een resultaat komt, namelijk binnen een uur. U heeft er allemaal over gehoord in het nieuws. De validaties zijn nu afgerond; daar kom ik zo over te spreken bij het validatieoverzicht. Die werkgroep is bijna klaar en wordt opgeheven. Mevrouw Van der Lubben is overigens alweer bezig met de ademtest in een andere werkgroep, om daarin met een andere groep van experts en industriële leveranciers tot de goedkeuringsfase te komen, zodat het door kan naar de uitvoering.

Rechts ziet u de uitvoering; dat zijn de drie sporen. Dan staat daar een moeilijk woord: trilat. We zijn erg trots dat het gelukt is om verschillende partijen die met XL-teststraten bezig waren, eendrachtig te laten samenwerken. Die samenwerking bestaat ten eerste uit de GGD'en, die ook al van plan waren om XL-teststraten te gaan maken in Nederland. Ten tweede bestaat die uit het VNO-NCW-initiatief, dat met steun van de heer Middendorp en Defensie ook van plan was om grootschalig antigeentesten in te zetten in Nederland. De derde partner is de LAMP, die ook gaat worden uitgerold naar een aantal teststraten. Die drie partijen werken nu eendrachtig samen en eigenlijk gaat er geen dag voorbij of er wordt ergens een teststraat geopend, men begint er een te bouwen of er wordt er een in gebruik genomen.

De taskforce voor het op ondernemers gerichte spoor wordt door een hoge ambtenaar van VWS voorgezeten en is in nauw overleg met VNO-NCW en het Ministerie van EZK bezig met een aantal zaken, bijvoorbeeld een richtlijn voor de voorwaarden waaraan commerciële teststraten moeten voldoen, een toolkit voor ondernemers om zich aan te melden en een groot aantal instrumenten, die de Minister ook noemt in zijn brief.

Spoor drie staat onder leiding van de heer Kluytmans, die ook de antigeentesten heeft gevalideerd. U heeft hem ook gezien op tv met de Minister, omdat in zijn lab een van de allereerste tests is gedaan. Hij is nu heel erg gemotiveerd om te kijken of je burgers zelf zou kunnen laten testen, met sets die je aan hen beschikbaar stelt. We hebben vanmorgen net vergaderd over een eerste proef daarmee.

Daaronder ziet u de ICT. ICT is natuurlijk een heel belangrijk punt voor de testketen. En daarboven ziet u data en informatie: hebben we het over dezelfde aantallen en dezelfde kengetallen? Het is heel belangrijk om het eens te worden over getallen. U ziet daar ook communicatie: wat vertellen we aan de burger en wat vertellen we aan elkaar als partners? Dat even in het kort. U ziet daar ook wat kleurtjes. Dat betekent dat er een weekcyclus

is, waarin we elke week in dit hele circuit vergaderen. Twee keer per week, of zo veel vaker als nodig is, is er opschaling naar de Minister. Dan wordt de Minister bijgepraat. We kunnen ook opschalen naar een bestuurlijk overleg tussen departementen of met de Minister en de GGD'en. Dat is een beetje de werkstructuur.

Dan de testketen zelf. Dat is toch best nog een ingewikkeld ding. Je kunt het heel eenvoudig beschrijven. Dan zeg je dat het gaat om het maken van een afspraak, het afnemen op een bepaalde plek, waar dan ook, het verwerken, waarvoor met monsters door het land gereden wordt – u ziet daar ook autootjes bij staan – tussen teststraten en laboratoria, de analyse en de rapportage door het laboratorium en de verantwoording vanuit de testuitslag naar de burger, het RIVM en het ministerie, dus de partijen die het moeten weten. Naast monsters gaat er over die testketen dus ook een hele hoop informatie. Daar zitten ook kwetsbaarheden in en we zijn op dit moment bezig om die te verbeteren.

Dan de ontwikkeling van het testlandschap. Als u die ziet in de loop der maanden, ziet u dat we nu al op 300 testlocaties zitten. Dat zijn reguliere GGD-locaties en large en extra large locaties. Dat aantal groeit nog wekelijks. Ook zorginstellingen en ziekenhuizen hebben zelf meestal testfaciliteiten. Dat geldt zeker voor de ziekenhuizen, maar in toenemende mate hebben ook zorginstellingen eigen testfaciliteiten. Die moeten dus ook bediend worden met spullen, want ze redden het niet met wat ze zelf hebben. Daar komt collega Frequin straks over te spreken. Inmiddels zijn er 70 grotere en kleinere laboratoria. Toen er in de zomer werd gestart waren het eigenlijk vooral de regionale streeklaboratoria. Inmiddels werken we heel erg met hoogvolumelaboratoria en enorme contracten, om ook grote volumina te kunnen verwerken op etmaalbasis.

Dan de IT-systemen. We hebben te maken met zeven verschillende IT-systemen. Die zijn natuurlijk dedicated voor de taak waar ze voor bedoeld zijn. Denkt u aan HP Zone of CoronIT of OSIRIS, waar ik zelf goed mee bekend ben vanuit mijn RIVM-verleden. Dat zijn de IT-systemen waar we mee werken, maar die moeten natuurlijk met elkaar praten en dat moet een doorlopende stroom zijn.

Het gaat ook om heel veel mensen. Het belangrijkste knelpunt, als er al knelpunten zijn, bij het opbouwen van de teststraten en met name de XL-teststraten, is voldoende personeel. Je hoeft er niet heel hoog voor opgeleid te zijn, maar het verantwoord afnemen van een swap, zoals dat in vaktermen heet, is toch gewoon iets waar je een cursus voor moet krijgen. Je ziet dus dat er verschillende bronnen worden bekeken: waar halen we de mensen vandaan in een tijd dat met name medisch geschoold personeel in de zorg schaars is? We willen ook niet concurreren met mensen die in de zorginstellingen zelf nodig zijn. Er wordt bijvoorbeeld via Randstad en andere uitzendbureaus gewerkt. Er wordt gekeken of we mensen kunnen omscholen met een cursus van een aantal dagen om tests af te nemen.

Dit is een beetje het testlandschap. U ziet daar nog een kaartje. Wij werken ook aan doorlooptijden en bereikbaarheid. We denken de drempel nog te verlagen door letterlijk dichterbij de mensen te testen, omdat een grote onzekere factor in al onze sommen de testbereidheid is. Van de mensen met klachten komt maar een deel naar de teststraat toe. Wij hopen met een betere bereikbaarheid, lagere drempels en snellere tijden de testbereidheid onder de bevolking te vergroten, want u weet dat testen in dit land vrijwillig is. Er is niemand die dat wil veranderen.

Dan nog even de spectaculaire ontwikkeling als we speak. Er wordt nu gebouwd. Hier ziet u dat we boven de 300 zijn gekomen. Die grafiek stijgt zo verder door richting kerst. Gezien de ambities van de Minister die u heeft gelezen voor het grootschalig gebiedsgericht testen, moet deze grafiek nog veel verder door stijgen. Dit is de plaat van de Minister. Daar ga ik niet over. Hij kiest het beleid en bepaalt welke doelgroepen worden getest. Hij legt daar bij u verantwoording over af. De Minister kiest ook de

aantallen, al dan niet als target of streefgetal, waar hij politieke verantwoordelijkheid voor neemt. De Minister geeft ons randvoorwaarden mee waaronder het testen moet gebeuren. Dingen als doorlooptijden maar ook veiligheid geeft hij ons mee als uitvoeringsbeleidsgroep en uitvoeringsketen.

Een voorbeeld waarin de LCT heeft gefunctioneerd richting de Minister is dat 1 december-besluit dat nu in de brief van de Minister staat. De Minister wilde graag weten of dat verantwoord kon gezien de stand van de testcapaciteit. Want je kan wel een categorie openstellen, maar als er dan een rush op de teststraten komt en de doorlooptijden weer enorm oplopen, dan span je het paard achter de wagen. Dus we zijn als LCT aan de slag gegaan met de prognoses van het RIVM voor het griepseizoen en hebben de vraag gesteld: als we rekening houden met een heel ernstig griepseizoen, hoe ziet het er dan uit? We hebben gekeken naar de groei in de teststraten. Zit daar overcapaciteit? Durven we dit allemaal aan? Uiteindelijk hebben we de Minister vorige week een positief advies kunnen geven in die zin dat het uitvoerbaar is. Dat heeft de Minister zwaar meegewogen in zijn besluit. Daar zie je dus dat een soort uitvoeringstoets heeft plaatsgevonden bij de LCT met alle partijen waar we mee te maken hebben. Want het moet in de testafname kloppen. Het moet kloppen in de testverwerking. De hele keten moet dit aankunnen. Anders beloof je de mensen iets wat je niet kunt waarmaken.

Er komen nog meer van die beslismomenten. U heeft gezien dat de reizigers er nu aankomen. We hebben heel veel data over reizigers. Maar welke categorie ga je waar precies testen? Er komt bijvoorbeeld al een grote straat op Schiphol. Maar moet er bij alle luchthavens zo'n straat hebben? Moeten we straten hebben bij de grote snelwegen? We moeten eerst weten wat het beleid van de Minister is en dan gaat de LCT aan de slag om een uitvoeringstoets te doen op dat beleid. Dat doen we vaak onder tijdsdruk maar wel zorgvuldig en degelijk.

Over de inzet van testmethodes is heel veel te doen. Je ziet ook heel interessante dingen in het nieuws. Wij vinden dat testmethodes moeten deugen. Die moeten doen waar ze voor bedoeld zijn. U ziet hier een klein schemaatje met de verschillende typen testen. U ziet ook de categorieën waarvoor die testen gevalideerd moeten worden. Ik krijg nog weleens de vraag: waarom moet je testen überhaupt valideren; het zijn toch internationaal goedgekeurde dingen? Dan zeg ik: ja, dat klopt. Met name het CE-keurmerk is een technische goedkeuring, maar elke test kent een dossier. Daarin staat hoe die test is gevalideerd. Dat is vaak gebeurd in een ziekenhuisomgeving met ernstig zieke patiënten met dus een hele hoge virusload en een bepaald type bevolking. Vanuit dat dossier, op basis waarvan de test internationaal is goedgekeurd, moet je steeds kijken of die voor bepaalde bevolkingsgroepen geschikt is, gezien de demografische opbouw. Dat doen alle landen. Is die geschikt voor mensen met veel minder virusload? Daarmee is de testgevoeligheid immers in het geding. Het laatste wat we willen, is dat we met vals negatieven of vals positieven het zicht op het virus eerder vertroebelen dan verbeteren. Vandaar dat je eigenlijk in de setting en de demografie te maken hebt met kwetsbare mensen. Voor de types kwetsbare mensen is er een heel validatieprogramma. Het is eigenlijk nog veel complexer dan dit. Dit is samengevat waar we staan.

Het goede nieuws is dat de PCR gevalideerd is. Dat is de internationale gouden standaard. We testen de andere testmethoden dus eigenlijk aan de PCR. Heel mooi nieuws is dat de LAMP waarover ik u over vertelde, dat TNO-initiatief dat dus binnen een uur uitslag kan geven, inmiddels voor alle drie de categorieën is goedgekeurd. Er zijn inmiddels ook vijf typen antigene testen gevalideerd in Nederland voor mensen met klachten. De volgende is eigenlijk de ademtest. Daar zitten we erg op te drukken, want die zou er nog weer een grotere versnelling in kunnen geven. We hebben dus allemaal tijdplanningen die we elke week bespreken, van

«gaan we dit halen» en «wat is er nodig». Een van de problemen nu met de ademtest is dat de prevalentie in de bevolking afneemt. Je hebt voor een goede test 100 à 200 positieven nodig in een steekproef. Als het aantal positieven in een steekproef dus afneemt omdat de ziekte afneemt in het land, moet je je steekproef vergroten. We hebben de testopstelling voor de ademtest nu moeten uitbreiden naar een aantal andere teststraten om tot een goede voorspellende waarde te komen voor de validatie van die test.

Dit is dus eigenlijk de situatie van nu. Wat er nog in het vat is, is die ademtest en testen gebaseerd op de massaspectroscopie en ramanspectrometrie. Dat zijn allebei technieken die werken met licht en moleculen die al dan niet in de swaps worden aangetroffen. Dat zijn de onderste twee. De ademtest gaat om wat er in de adem zit. Dat even over de situatie met de validatie van de tests. Dat is belangrijk. Het gebeurt allemaal – dat herinnert u zich nog – aan de linkerkant van ons werkschema.

We gaan verder. We willen nog meer versnellingen en verbeteringen. Dit is ook een heel veelbelovende, zij het dat erop wordt gejaagd internationaal. Dit is een PCR-robot. Robots werken als ze goed zijn ingeregeld 24/7. Deze robots kunnen, als ze 24/7 draaien, tot 20.000 reguliere PCR-testen per etmaal verwerken. Er is er één besteld. Die komt eind dit jaar in dit land. Dat staat ook in de brief van de Minister. We hebben een bestelling lopen voor nog eens vier. Als deze volgend jaar beschikbaar zijn, hebben we een verwerkingscapaciteit beschikbaar van 100.000 per etmaal. Dat is best een prestatie en is in de orde van grootte in wat men in Denemarken voor mogelijkheden heeft. Denemarken werkt op grote schaal met deze robots en wij gaan dat dus ook doen. Dit najaar hopen we de eerste in Veldhoven te kunnen verwelkomen.

De doorlooptijden. Dat is eigenlijk goed nieuws. Er zijn wat regionale verschillen, maar het overallplaatje is goed nieuws in de zin dat we binnen de twee keer 24 uur komen en voor de prioritaire groepen nog sneller. U ziet wel dat de tijd tussen afspraak en afname het meest bekort is. Men kan dus heel snel terecht. Sterker nog, er begint overcapaciteit te ontstaan op onze teststraten. Dat baart ons zorgen en we snappen het eerlijk gezegd ook niet helemaal. We hebben de Minister geadviseerd om daarover te communiceren, om een campagne op te zetten van «laat u testen, laat u testen, want het kan en de doorlooptijden zijn acceptabel». Bij de verwerking is het probleem dat we met een belangrijk deel van die monsters nog moeten slepen door het land.

Er is ook een derde factor waarnaar we aan het kijken zijn. Als de mensen gebruikmaken van het platform, kunnen ze de laboratoriumuitslag meteen zien als die er is. Maar als er teruggebeld moet worden, zitten we met dag en nacht. We kunnen mensen nou eenmaal niet 's nachts te pakken krijgen en dat willen we ook niet. Daar zitten we dus mee met dat terugbellen. Dus naarmate de mensen meer digitaal werken, kunnen we ook daar nog ernstig winst boeken. Daar willen we mensen toe verleiden. We snappen dat er kwetsbare groepen zijn die dat nooit zullen kunnen, maar misschien kan er ook een campagne komen over dat ook zoon of kleinzoon kan helpen. Misschien zijn dan ook kwetsbare groepen bereid om de digitale methode te benutten. Dat zou enorm helpen.

Dan tot slot een cockpit. Ik heb u verteld dat we echt cijfers en feiten nodig hebben. Hebben we het over hetzelfde? Zijn de datadefinities hetzelfde? Er zijn soms wat verschillen tussen de GGD'en en het RIVM. Dan zeg ik: zet RIVM en GGD in één hok en zorg dat er één datadefinitie is, één gevalideerd cijfer. Dat is een taak voor de nieuwe dienst, om aan de slag te gaan met deze cockpit. U ziet daar een grafiek. We maken nog een paar grafieken, maar dit is een heel belangrijke voor ons omdat daar een paar dingen in samenkomen. Dit is wat wij noemen de «vraag-aanbodgrafiek». Daar combineren we wat er aan testvraag te verwachten is, gezien het griepseizoen dat te verwachten is en gezien de categorieën die de Minister getest wil hebben, en wat het testaanbod is dat klaarstaat. Vanuit dit

vraag-aanbodmodel kunnen we de Minister adviseren over een verantwoord invoeringsdatum voor nieuwe groepen. We hopen met zo'n robuuster vraag-aanbodmodel verantwoorde adviezen te geven aan de Minister. U ziet daar bijvoorbeeld een stippelijntje. Daar hebben we heel lang over gepraat: moeten we nou met het allerslechtste griepseizoen van de afgelopen twintig jaar rekening houden of is het prima als we een slecht griepseizoen als maatgevend nemen omdat we gezien de maatregelen, die ook helpen om griep te voorkomen, toch niet kunnen verwachten dat we het allerslechtste griepseizoen zullen krijgen? U ziet dat er dus toch een soort overshoot en robuustheid zit in onze plannings. Dat was eigenlijk het laatste dat ik wilde vertellen. Dan geef ik nu, met uw welnemen voorzitter, het woord aan collega Frequin.

De voorzitter:

Dank u wel. Als u zelf even de afstandsbediening hanteert, hoeft die niet gereinigd te worden. Hartelijk dank, meneer Van der Zande. Ik geef u graag de gelegenheid, meneer Frequin.

De heer Frequin:

Dank u wel, voorzitter. Ik zal het kort houden. Ik heb nog één plaatje. De belangrijkste resultaten van de Dienst Testen zaten al in de presentatie van André van der Zande. Wij sturen op tempo maken, op volume vergroten, op doorlooptijden verkorten en op kwaliteit behouden. We zijn tegelijkertijd van een wat meer op vrijwilligheid gebaseerde samenwerking op weg naar een strakke organisatie die uiteindelijk onder regie van de overheid haar plek moet vinden. We zijn de organisatie werkende weg aan het maken. We zorgen dat er voldoende testen zijn. Als er uit de innovatiegroepen, bijvoorbeeld rondom antigeen of ademtesten, conclusies worden getrokken, dan moeten wij klaarstaan om dat onmiddellijk te kunnen uitvoeren. Dan moeten wij marktpartijen hebben voorbereid. Mogelijk hebben we al aanbestedingsstappen gezet, zodat we de volumes die nodig zijn, kunnen bestellen. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor die robots. Tijdens de innovatie moeten we al bezig zijn met ervoor te zorgen dat ze op dat moment klaarstaan.

Er is op dit moment veel aandacht voor het contracteren van laboratoria. André zei al dat we begonnen zijn met streeklaboratoria, maar de volumes moet je vooral van hoogvolumelaboratoria halen, voor een deel zelfs nog uit de landen om ons heen. Wij zijn ermee bezig om ze weer in Nederland te krijgen als lablocatie. Vervolgens moet je zorgen dat alle testresultaten bij de laboratoria komen. Dat staat in het schema van André. Het is een enorme logistieke operatie. We hebben met hulp van militairen een operational room ingericht, zodat het goed gemonitord wordt en je ook kunt sturen op de doorlooptijden. André van der Zande liet dat net al zien. Wij vinden het de crux om die zo kort mogelijk te laten zijn. Zeker als je met sneltesten werkt, moet dat mogelijk zijn, maar er zit wel een enorme logistieke operatie achter.

Verder is het mijn opdracht om een organisatie in te richten niet alleen voor corona, maar ook voor eventuele pandemieën in de toekomst. We waren in Nederland eigenlijk niet in staat om met grootschalige bevolkingsonderzoeken testen te organiseren. Dat zijn we tegengekomen. We zijn het op dit moment aan het inrichten. Cruciaal is dat je uiteindelijk een knooppunt hebt voor de informatievoorziening. Ik richt het in voor de testcapaciteit bij de afname, bij de laboratoria, bij de verbinding en bij de informatievoorziening. Als het goed is, wordt het een robuuste organisatie.

De voorzitter:

Hartelijk dank aan beide heren. We hebben voor dit blok tot 12.00 uur uitgetrokken en ik wil iedereen de gelegenheid geven om een vraag te stellen. Mevrouw Agema heeft haar vraag al gebruikt, dus ik wil graag...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Nee, nee, nee, voorzitter. U had gezegd: twee keer in tweevoud. Ik heb drie woordmeldingen gebruikt, dus ik heb er nog een.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik heb geen vraag, dus mevrouw Agema mag de mijne.

De **voorzitter**:

Mevrouw Agema, ik kijk naar de klok.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Nee, zo doet u het iedere keer. U zegt: twee keer in tweevoud. Ik gebruik er drie. En de vierde pikt u gewoon in.

Tijdens het afnemen van de swap, de test, wordt het burgerservice-nummer gevraagd van degene die zich laat testen. Waarom gebeurt dat? Welke informatie wordt daaraan gekoppeld? Hoelang wordt dat gegeven bewaard? Wat is precies de gang van zaken rondom dat bsn?

De **voorzitter**:

Meneer Van der Zande, gaat u gang.

De heer **Van der Zande**:

De hele keten is gebaseerd op de privacyvereisten die gelden voor de samenleving. Voor gericht medisch onderzoek zijn er uitzonderingen mogelijk. Het wordt in nauw overleg met de autoriteit bekeken. Dat gebeurt ook bij nieuwe introductions in de ICT-infrastructuur of bij een app. Het bsn is nodig om terug te kunnen melden aan degene bij wie de swap is afgenomen: u bent positief of u bent negatief. Er is ook een koppeling met de medische dossiers. Of het zonder burgerservicenummer zou kunnen, weet ik niet. Dat zouden we moeten uitzoeken. Op dit moment vindt de identificatie plaats via het burgerservicenummer.

De **voorzitter**:

Hoelang wordt het bewaard?

De heer **Van der Zande**:

Weet ik niet. Dat zou ik moeten opzoeken.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg, gaat uw gang.

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

Uit het land krijg ik zorgen over de kwaliteit van de testen. Er zijn zelfs bedrijven die antistoftesten hebben verkocht als sneltesten. Ook in de brief van het OMT wordt gezegd: we hebben geen goed overzicht van commerciële testen. Hoe wordt dat in de testorganisatie geborgd?

De **voorzitter**:

De heer Van der Zande.

De heer **Van der Zande**:

Hier wordt ook aandacht aan besteed in een flinke passage in de brief van de Minister. De inspectie is bezig om alle teststraten te benaderen op basis van meldingen van burgers en van wat ze weten uit de professionele wereld. Dan blijkt het bij heel veel van wat burgers melden overigens gewoon te gaan om teststraten die werken voor zorginstellingen of de GGD'en. Het feit dat iets commercieel is, wil nog niet zeggen dat het daarmee buiten het beleid of buiten de officiële organen om gaat. Een belangrijk deel daarvan valt daar niet onder. Af en toe treft men teststraten aan waar dat niet voor geldt. Dan wordt er gezegd: «U moet

voldoen aan de richtlijnen die daar nu al voor op de website staan en die in ieder geval het eind van de maand, zo schatten wij in, ook een LCI-richtlijn zijn. Dat betekent dat al het medisch personeel daaraan onderhevig moet zijn. Als er hier onder uw verantwoordelijkheid getest wordt en u niet aan de voorwaarden voldoet, dan heeft u dus een probleem.» Dat is ook afdwingbaar via de inspectie. Dat is eigenlijk de lijn. De RIVM-gedragsunit komt binnenkort weer met zijn volgende studie. Daarin hebben ze ook aan burgers gevraagd: bij wie laat u zich eigenlijk testen? Dan hopen we ook antwoord te krijgen op de vraag hoeveel burgers eigenlijk gebruikmaken van andere sporen dan de sporen 1, 2 en 3 die de Minister voorstaat. Wij verwelkomen overigens extra testcapaciteit, want ook een testlocatie die nog niet helemaal voldoet kan met wat hulp en investeringen misschien wel gaan voldoen. Dan hebben we nummer 301 te pakken in ons testlandschap. Dus waar het enigszins kan... Als het echt illegale, louche toestanden zijn, dan moet het gewoon stoppen, maar als het een teststraat is die in beginsel te upgraden is naar een fatsoenlijke teststraat die aan de eisen voldoet, dan hebben wij dat eigenlijk heel graag.

De voorzitter:

De heer Frequin, aanvullend.

De heer Frequin:

Een klein aanvullend punt. U had het ook over het materiaal dat gebruikt wordt voor testen. We hebben een centrale inkoop van testmateriaal, waarbij de kwaliteitscriteria aan de voorkant geborgd worden. Die stellen we ook beschikbaar aan alle partijen die willen testen, om te voorkomen dat er met testen wordt gewerkt die niet adequaat zijn.

De voorzitter:

De heer Hijink.

De heer Hijink (SP):

Ik verbaas me er toch een beetje over dat machines die in Denemarken al tijden worden gebruikt voor het massaal analyseren van testresultaten bij ons pas begin januari verwacht worden. In Denemarken is het al vanaf mei zo dat de hele populatie ook zonder klachten getest kan worden. Dan vraag ik mij af: wat is er in ons land de afgelopen tijd nou gebeurd waardoor wij dat niet voor elkaar hebben gekregen, waardoor wij blijkbaar niet die machines hebben die andere landen wel hebben, waardoor wij een infrastructuur hebben die zo ingewikkeld is – dat zie je ook als je naar die sheets kijkt – dat we heel veel verschillende opties hebben, maar in de optelsom eigenlijk veel minder kunnen dan onze buurlanden?

De heer Van der Zande:

De afgelopen twee maanden en ook daarvoor al is er opgeschaald door hoogvolumelabs te contracteren. Of die met robots werken... Ik denk het wel, maar die hebben gewoon leveringsafspraken. De meeste van die hoogvolumelabs – ik ga hier geen firma's noemen, maar u kent ze uit de krant – hebben zelf ook robots. Dit is een stap die erom gaat of wij in de publieke infrastructuur of in de publiek-private samenwerking ook nog eigen robots willen hebben. Toen ik kwam, is vrij snel besloten dat wij dit een interessante propositie vonden en hebben we gas gegeven op dit punt. Dingen hadden misschien altijd eerder gekund; daar blijf ik even buiten. Ik kijk vooral naar de toekomst, en ik ben blij dat wij er in ieder geval dit najaar een hebben en dat we er rond maart of april vijf hebben. Dan hebben we toch een enorme aanvulling op onze testcapaciteit.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Ploumen had geen vraag. Mevrouw Van Esch, gaat uw gang.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Ik wil nog even terug naar de sheet waar u aangeeft hoelang het moet duren voor mensen bij een teststraat zijn. Er wordt vooral gekeken naar de auto. In veel steden is het zo dat mensen geen auto hebben. Dat zijn vaak studenten, maar er zijn ook genoeg gezinnen die geen auto bezitten. Ik ben benieuwd of er ook wordt gekeken naar het openen van specifieke teststraten voor bijvoorbeeld alleen fietsers, vooral in steden. In de stad Utrecht, waar ik woon, zag ik ook heel veel fietsers tussen de ronkende auto's staan wachten op een test. Dat is volgens mij niet per se wat we zouden willen. Ik ben dus benieuwd of ernaar wordt gekeken in hoeverre we de fietsende Nederlander op die manier bereidwilliger kunnen vinden om zich te laten testen.

De heer **Van der Zande**:

Het antwoord is ja. Wij hebben vooral ook het voorbeeld van Utrecht, dat u zelf geeft. Maar eigenlijk hebben de XL-teststraten die liggen in hoogstedelijke agglomeraties allemaal mogelijkheden voor zowel wandelaars en fietsers als auto's. De Jaarbeurs ligt bovendien heel dicht bij het openbaar vervoer en het station. Wij kijken dus wel degelijk naar wandelen en fietsen. Sterker nog, voor bepaalde testen moet je de auto uit. Dat is best een dingetje geweest voor de GGD'en, want het is lekker veilig om mensen in de auto ernaartoe te leiden, maar we hebben bewust teststraten opgezet die ook veilig zijn voor wandelaars en fietsers, met name in stedelijke agglomeraties. We kunnen dat echt niet leveren in landelijke gebieden met een lage bevolkingsdichtheid.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Öztürk. Gaat uw gang.

De heer **Öztürk** (DENK):

Voorzitter. Testen is vrijwillig, maar de testbereid is niet zo hoog. Een groep mensen twijfelt en vindt het hele testen niet transparant: wat gebeurt er met de gegevens van de burgers? Zo werd er net terecht een vraag gesteld over het burgerservicenummer. Maar wordt er ook DNA van burgers afgenomen? Worden de testresultaten ergens opgeslagen? Heel veel burgers hebben daar twijfels en vragen over. Kunt u een lijst geven met wat er precies in alle stappen gebeurt met het testen, waar de gegevens heen gaan, wie die opslaat en hoelang die worden opgeslagen? Hoe kan er uiteindelijk transparantie komen, zodat burgers weten wat er met hun gegevens wordt gedaan?

De heer **Van der Zande**:

Dat kan ik nu niet zeggen, maar we kunnen het wel laten uitzoeken. Over het DNA-materiaal staat er volgens mij een passage in de brief met de termijnen waarin dat bewaard en weggegooid wordt. Maar heel gedetailleerd van elke stap aangeven waar de data zitten, kan ik op dit moment niet. Dat zou wel uitgezocht kunnen worden. We zouden daar een memo of iets dergelijks over kunnen opstellen.

De **voorzitter**:

Als u dat kan doen, lijkt het me verstandig om dat via de griffier te doen. Wij zullen dan zorg dragen voor de verspreiding onder alle leden. Hartelijk dank.

De heer Veldman. Gaat uw gang.

De heer **Veldman** (VVD):

Als ik beide heren goed beluister en de sheets bekijk, is vooral ingezet op het opsporen van besmettingen – dat noem ik maar even de «medische testen» – in plaats van het uitsluiten van besmettingen. We willen dat onze samenleving weer zo normaal mogelijk gaat functioneren. Ik kan me daarom juist voor de komende periode het volgende voorstellen, zoals de Minister-President dat gisteren ook zei in de persconferentie. Je kunt bijvoorbeeld weer festivals organiseren. Bij de ingang van het festival word je getest. Heb je groen licht, ga je naar binnen en heb je rood licht, dan moet je alsnog naar een PCR-teststraat om zeker te weten of je wel of niet besmet bent. Ik zie dat hier niet in terug. Ik zie wel op de sheet «Stand Dienst Testen»: richt testinfrastructuur voor de toekomst in. Maakt dit daar onderdeel van uit? Zo ja, hoe gaat die eruitzien, zeker in relatie tot de vraag waar de regie dan ligt? Wie doet dan eigenlijk wat?

De heer Van der Zande:

U ziet in de derde kolom dat er sprake is van mass testing. In Nederland noemen we dat «bevolkingsonderzoek». Je ziet nu een kanteling, ook in de brief van de Minister. Voorheen zaten we heel erg in de diagnostiek en de medische sfeer. We weten dat allemaal, ook vanuit tijden zonder pandemie. Iemand heeft een enge ziekte, maar je weet niet wat het is. Dan worden er van allerlei soorten lichaamsvocht testen afgenomen. Dat gaat naar een lab, waar wordt gezocht naar welk pathogeen het is en dan komt er een uitslag. Als je gaat naar massaal testen, heet dat eigenlijk «screening» of «bevolkingsonderzoek». Dat is een andere benadering. Ik heb zelf onder mevrouw Schippers het hele darmkankeronderzoek mogen organiseren. Dan ga je over echt hele grote groepen bevolking een fecesmonster laten afnemen. Overigens doen mensen dat zelf; ook een dingetje. Dan kom je in een ander soort van benadering. De Minister omarmt dat.

Dat speelt ook de komende maanden: hoe kunnen we dat grootschalige testen mogelijk maken met methodieken en validaties die daarbij passen? U vraagt naar evenementen. Daar lopen die Fieldlabsexperimenten voor. Die worden begeleid met de betrouwbare testen van dat moment. Een van de ideeën is bijvoorbeeld om ademtest en PCR te combineren. Dan ga je sequentieel testen: je sluit eerst uit dat iemand iets heeft en als er een uitslag komt die op iets lijkt, ga je naar de precieze test. We zijn bij de Fieldlabs ook aan het kijken of we testcombinaties mogelijk kunnen maken om juist dat wat u bedoelt, mogelijk te maken. We gaan dan van diagnostiek in de medische sfeer naar massatesten en meer bevolkingsonderzoeksachtige technieken om groot en massaal te kunnen testen. We gaan ook kijken hoe we locatiespecifiek of doelgroepspecifiek koppelingen van testen kunnen maken, waardoor wat u vraagt mogelijk is. Dat is het antwoord.

De voorzitter:

Dank u wel. Er is geen aanvullende vraag. Dan geef ik mevrouw Diertens de gelegenheid. Gaat uw gang.

Mevrouw Diertens (D66):

Dank u wel voor uw informatie. Ik hoorde u iets interessants zeggen. U zei dat u de opdracht heeft gekregen om bij de inkomende reizigers alleen te testen op Schiphol, maar dat we voor de andere luchthavens nog even moeten wachten op het besluit van de Minister. Maar in het ontwerp lees ik dat reizigers uit risicogebieden vanaf december tocht worden getest. De Minister heeft al aangekondigd dit te willen doen. Dus is het nou wel of niet het doel om inkomende reizigers heel snel te gaan testen?

De heer Van der Zande:

Het beleid van de Minister staat in zijn brief en dat is voor ons de opdracht. Ik denk dat u mij net even verkeerd heeft verstaan toen het

erover ging dat wij in het XL-teststratenprogramma al bezig zijn met een teststraat op Schiphol. Dat is niet als gevolg van het nieuwe reizigersbeleid van de Minister. We zijn nu bezig met een uitvoeringsstudie en een uitvoeringsadvies rond het nieuwe reizigersbeleid van de Minister. Dat er een XL-teststraat op Schiphol is, is gewoon onderdeel van het opschalingsprogramma, van spoor 1. Dat is mooi meegenomen. Mochten er op grond van het beleid van de Minister op meer luchthavens en bij grensovergangen extra teststraten nodig zijn, dan horen we dat van de Minister. Daar heeft u een debat over met de Minister. Daar gaan wij niet over. Als de Minister daarvoor kiest, dan maken wij een uitvoeringstoets en een uitvoeringsadvies. Als het besluit er is, gaan we het gewoon uitvoeren.

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Renkema, gaat uw gang.

De heer Renkema (GroenLinks):

Ik heb een vraag aan de heer Van der Zande. Hij zei in een tussenzinnetje: in Nederland gaan we niemand verplicht laten testen. Als ik kijk naar het schema ontwerpfasering testen, en met name naar spoor 2 voor bedrijven en instellingen, dan is de stip op de horizon: de mogelijkheid voor iedereen om zich maandelijks te kunnen laten testen, met en zonder klachten. In het tussenzinnetje hoorde ik: niemand kan verplicht worden om zich te laten testen. Hoe wordt er vanuit uw bemoeienis gesproken met werkgevers en anderen om dat te borgen, zodat mensen ook kunnen zeggen: nee, ik laat me niet testen?

De heer Van der Zande:

Het staat volgens mij letterlijk in de brief van de Minister: er mag geen druk zijn vanuit werkgevers. Hij heeft vertrouwen in werkgevers en werknemers dat dat fatsoenlijk zal gebeuren. We zijn wel van plan om maximaal bij te dragen aan het verlagen van de drempel om je te laten testen. Noem het de aantrekkelijkheid, de verleiding of nudging. Want uit de wetenschap blijkt dat naarmate de testbereidheid toeneemt, de effectiviteit van het testen ook toeneemt. Als wij straks een enorme testinfrastructuur opbouwen maar er te weinig mensen mee gaan doen, dan is dat minder effectief. Er is ons dus veel aan gelegen om mensen te verleiden. Druk vanuit werkgevers wordt aangestipt in de brief van de Minister, maar daar gaan wij niet over. Wij gaan gewoon kijken of we mensen kunnen verleiden.

De voorzitter:

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

De heer Van der Staaij (SGP):

Ik dank de beide heren voor de presentatie. Ik heb nog een vraag over de kleurige sheet over de testketen. Meneer Van der Zande zei: er zijn nog wat kwetsbaarheden in het systeem die we aan het verbeteren zijn. Kan hij dat nog nader toelichten?

De heer Van der Zande:

Die kwetsbaarheden betreffen de data die worden overgedragen tussen de GGD en het RIVM, en tussen het RIVM en de labs. Op al die schakelpunten is er storingsgevoeligheid. U heeft in de afgelopen weken ook gezien dat er een enkele keer een storing was. Helaas gebeurde dat op een heel cruciaal moment voor de Minister, dus dat willen we eigenlijk robuuster maken. We zijn bezig met een grote stuurgroep van extra mensen, ook van I-Interim Rijk, om een quickscan te doen en om te kijken wat we op de korte en lange termijn kunnen verbeteren. We gaan ook

kijken naar een burgerperspectief. We kijken hoe we het aan de voorkant makkelijker kunnen maken voor de burger, bijvoorbeeld het inplannen en het maken van de keuze om je te laten testen bij de werkgever of bij een GGD-straat. Er is een werkgroep bezig onder leiding van Jan Kluytmans om dat te bekijken. We zijn dus op verschillende manieren bezig om zowel de robuustheid van de informatiestromen te verbeteren, minder storingen en minder kwetsbaarheden, als extra mogelijkheden te creëren. U weet dat de Minister bezig is met de GGD'en om het bron- en contactonderzoek van een extra app te voorzien, zodat de mensen het bron- en contactonderzoek beter kunnen doen. Zo zijn er verschillende verbetermogelijkheden waarvoor we een programma aan het opzetten zijn. De Minister legt daar verantwoording over af in zijn brief.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Ik kijk naar de klok. Er is niet voor iedereen de gelegenheid om een vervolgvraag te stellen. Zijn er hele prangende vragen die jullie in de laatste tien minuten willen stellen? Ik kijk even rond om te inventariseren. Heeft iemand nog een prangende vraag? Mevrouw Diertens, zie ik. Verder niemand. Mevrouw Diertens, gaat uw gang.

Mevrouw Diertens (D66):

Een heel kleine vraag. Ik hoor van ondernemers dat zij met elkaar een vergadering, of meeting of wat dan ook willen hebben in het land en dat er dan vooraf een test wordt gedaan. Ik vraag mij af hoe dat soort data terugkomen in het testbeleid en het covidbeleid.

De heer Frequin:

Dat is nog een van de kwetsbaarheden in de keten. Dat geldt niet alleen voor deze bijeenkomst, maar ook voor anderen die aan het testen zijn. Maar we willen wel dat ze zich allemaal aansluiten. Dit raakt het punt dat ze graag aan het werk willen, bij elkaar willen kunnen komen, en dan de zekerheid willen hebben dat dat verantwoord is. Daar zit een vrijwilligheid in. Maar dat deel van het voeden van het informatiesysteem is voor ons ook nog een punt van aandacht, als ik het even heel voorzichtig mag zeggen.

De voorzitter:

Dank u wel. Zie ik dat de heer Hijink nog een vraag heeft?

De heer Hijink (SP):

Ja, aanvullend hierop wel een belangrijk punt. Er is een meldplicht voor covid; er is een plicht om die ziekte, en als ik het goed heb zelfs verdachte gevallen, te melden. Aansluitend op de vraag van mevrouw Diertens vraag ik mij af hoe dit juridisch zit. Als bepaalde groepen of ondernemers of bedrijven zelfstandig gaan testen en zij doen dat alleen voor eigen gebruik en daar komen positieve gevallen uit, in hoeverre wordt die meldplicht dan gehandhaafd?

De heer Frequin:

Voorwaarde voor elke plek in Nederland waar getest wordt, is dat je de informatie deelt en dat je die meldplicht hebt. Maar nu kwam er even een tussenvraag voorbij, als ik dat zo mag noemen, namelijk: stel dat mensen in eigen kring iets doen, zonder dat zij deel uitmaken van het systeem, wat dan? Alle commerciële partijen of partijen die zelfstandig testen, worden geacht dat onder verantwoorde omstandigheden te doen en te melden. Op dit moment is de inspectie, zoals André van der Zande zei, aan het kijken of iedereen zich daaraan houdt. De berichten zijn tot nu te redelijk bemoedigend, maar we wachten nog even de resultaten van dat onderzoek af. Maar als iemand in huiselijke kring, als ik het oneerbiedig mag zeggen, dingen aan het doen is, kan ik niet garanderen dat dat in het

informatiesysteem komt. Maar de wat grootschaligere zitten allemaal in dat systeem. Iedereen weet ook dat ze dat moeten doen, want anders kan het niet om gebruik te maken van meerdere mogelijkheden in deze hele keten.

De heer **Van der Zande**:

Misschien toch even ter aanvulling. De meldplicht voor A-ziekten geldt voor medisch personeel dat in het BIG-register zit. Ze geldt niet voor burgers. Dat is gewoon de juridische situatie in dit land. Daar hebben wij mee te werken.

De **voorzitter**:

Dit roept aanvullende vragen op, zie ik. Het is nog geen twaalf uur, dus ik ga door met gelegenheid te geven tot het stellen van vragen. De heer Renkema.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Naar aanleiding van de vraag die mevrouw Diertens stelde en dit antwoord, heb ik nog een vraag. In de Wet publieke gezondheid hebben we het heel keurig geregeld in Nederland, maar die gaat wel uit van het klassieke beeld dat een arts, bijvoorbeeld een huisarts, op een gegeven moment constateert dat iemand besmet is met een infectieziekte. Maar als er op allerlei plekken wordt getest, krijgen ook allerlei mensen op een gegeven moment informatie over besmette personen. Zou die wet daarop moeten worden aangepast? Wat is uw advies daarin?

De **voorzitter**:

Ik kijk even wie deze vraag gaat beantwoorden. De heer Van der Zande.

De heer **Van der Zande**:

Er is ook de Wet op het bevolkingsonderzoek. We zijn nu aan het kijken of het regime van de Wet op het bevolkingsonderzoek misschien adequater is, met name voor dat massatesten, dan de Wet publieke gezondheid of de crisiswet waar we nu mee werken. De vraag is natuurlijk, maar dat is echt een politieke afweging, of we een wettelijke meldplicht voor burgers nodig hebben. Of kunnen we het gewoon regelen zoals we het nu regelen, via de bedrijfsartsen en andere mensen die wel onder het medische regime vallen? Dat zijn allerlei afwegingen en dat zijn ook politieke afwegingen.

De heer **Veldman** (VVD):

De vragen die nu opkomen, sluiten aan bij mijn vraag over het verschil tussen medisch testen en niet-medisch testen, zoals ik het maar noem. Dan gaat het dus om diagnose, het opsporen van besmetting of het uitsluiten van een besmetter die binnenkomt bij bijvoorbeeld een festival. Als we kijken naar de toekomst, waarin er misschien allerlei thuishanden ontstaan die mensen zelf kunnen doen, is het via een BIG-geregistreerde arts melden volgens mij sowieso utopisch. Daarmee lijkt het mij dus niet nodig om de wet aan te passen, want dat gaat natuurlijk nooit lukken. Maar dan komen we terug op de vraag hoe we het dan wel organiseren. Is er regie en is er regie nodig vanuit de overheid? Dat wordt wel voorzien in het systeem dat gebouwd gaat worden. Maar hoe gaan we dat dan organiseren, als je twee soorten testen krijgt, de diagnostische testen en de meer screenende testen? Daar ligt wel de kernvraag van hoe we dat organiseren.

De heer **Van der Zande**:

Ik denk dat de vraagsteller helemaal gelijk heeft. Daar moeten we een antwoord op geven. Wij zijn werkende weg ook dingen aan het uitvinden. Ik hoop dat hij ook kan billijken dat wij nog niet alle antwoorden hierop

hebben, maar omdat de Minister en het hele kabinet de ambitie hebben om naar maandelijks testen toe te gaan, zullen we ons regime daarop moeten aanpassen. Wij proberen daar vanuit onze uitvoeringsverantwoordelijkheid suggesties voor aan te dragen. Dat is onze positie.

De voorzitter:

Dank u wel. Als er geen andere vragen zijn, zou ik willen voorstellen om deze technische briefing af te ronden. Ik dank de heer Van der Zande en de heer Frequin voor hun presentatie en de beantwoording van de gestelde vragen, de Kamerleden uiteraard voor hun inbreng in deze technische briefing en de mensen thuis die deze briefing gevolgd hebben.

Vanmiddag is er om en nabij 15.00 uur een plenair debat over de ontwikkeling van het coronavirus, maar houdt u vooral het plenaire schema in de gaten. Zo dadelijk om 12.15 uur is er een gesprek met een gedragsdeskundige over het coronavirus. Dat is geen onderdeel van de technische briefing, maar u bent daar uiteraard weer voor uitgenodigd. Om 12.15 uur vervolgen we. Tot die tijd sluit ik deze vergadering. Om 12.15 uur zie ik u graag terug.

Dank u wel.

Sluiting 11.55 uur.