

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
1690689-205378-PG

Bijlagen
1

Uw brief
14 May 2020

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

Datum
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het Kamerlid Asscher (PvdA)
over de Nederlandse strategie in de bestrijding van COVID-19 (2020Z08676).

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Let op: vul A.U.B. de naam van de ondertekenaar NIET handmatig in. Dit tekstvak mag ALLEEN
worden verwijderd op het moment dat het stuk in 'Printen en Verzenden' zit en de ondertekening
volledig is. De naam van de ondertekenaar wordt automatisch door Marjolein ingevuld, vlak voordat
het stuk ter ondertekening wordt aangeboden.

Antwoorden op Kamervragen van het Kamerlid Asscher (PvdA) over de Nederlandse strategie in de bestrijding van COVID-19.
(2020Z08676)

1. Deelt u de mening dat COVID-19 effectief bestrijden alleen lukt als voor de samenleving helder is welk doel en welke strategie er wordt nagestreefd? Zo nee, waarom niet? Zo ja, welke strategie ligt precies ten grondslag aan het beleid in de bestrijding van COVID-19? Wilt u het virus maximaal controleren c.q. elimineren (indammen) of maximaal verzachten (mitigatie) en kunt u dit toelichten?

Antwoord 1

Vanaf het begin van de uitbraak is de strategie van het kabinet gericht op het maximaal controleren van het virus. Daarbij staan twee doelen centraal: (1) Het zo goed mogelijk beschermen van mensen met een kwetsbare gezondheid en (2) zorgen dat de zorg niet overbelast raakt. Dit vereist zicht op en inzicht in de verspreiding van het virus.

In de uitbraakfase was een intelligente *lockdown* nodig om weer *in control* te komen. In de huidige overgangsfase is het van groot belang om ook *in control* te blijven, de voorwaarden daarvoor te creëren en zo toe te werken naar de controlefase. Dit doen we door het zicht op en inzicht in de verspreiding van het virus te versterken en maatregelen stap voor stap te versoepelen. Zo wordt vanaf juni iedereen bij klachten getest, en wordt het contactonderzoek geïntensiveerd en opgeschaald. Nauwe contacten van een besmet persoon worden gevraagd om gedurende 14 dagen thuis te blijven en zich te laten testen bij medische klachten. Zo sturen we sneller en gericht en dammen we het virus in.

De meeste landen om ons heen volgen een strategie van maximale controle¹. Dat is nodig, omdat het virus voorlopig onder ons zal blijven. Uiteraard is dit niet wat we willen, maar het is volgens de medisch experts een onoverkomelijk gegeven. Dat komt omdat het coronavirus erg besmettelijk is en zich, vanwege de overwegend milde klachten bij het grootste deel van de mensen, voor een deel onder de radar verspreidt. Bovendien is Nederland geen eiland; er zullen altijd nieuwe introducties van het virus vanuit andere landen optreden. En ten derde: de gedragsadviezen (zoals thuisblijven bij klachten en de anderhalve meter afstand) zullen, ondanks de inzet op volledige *compliance*, nooit 100% worden nageleefd.

Met andere woorden, zelfs bij een langdurige voortzetting van de *lockdown* kan nooit helemaal – zelfs niet *bijna* helemaal – voorkomen worden dat mensen ziek worden. Nog los van de ingrijpende maatschappelijke en economische gevolgen van het langdurig voortzetten van een *lockdown*, is de verwachting dat dit de acceptatie van de maatregelen dusdanig op de proef stelt dat de *compliance* met de gedragsadviezen wordt ondermijnd. Dit zou de effectiviteit van de bestrijding van het virus nadelig beïnvloeden.

¹ Zoals ook is aangeraden door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en het Europees Centrum voor ziektepreventie en bestrijding (ECDC).

2. Is de Nederlandse strategie in de overgangsfase alleen gericht op een acceptabele belasting van de intensive care (IC), bescherming van kwetsbare mensen en zicht op de verspreiding van het virus, of daarnaast ook op het zo snel mogelijk bereiken van de controlefase? Zijn aanvullende en/of striktere maatregelen dan nu in Nederland gelden mogelijk en in hoeverre zouden deze kunnen bijdragen aan het nog meer voorkomen van IC-belasting, betere bescherming van kwetsbare mensen, meer inzicht in de verspreiding van het virus en het sneller bereiken van de controlefase of eliminatie van het virus? Kunt u uw antwoord onderbouwen?

Antwoord 2

Zoals beschreven in mijn antwoord onder vraag 1 staan er in onze strategie twee doelen centraal: (1) Het zo goed mogelijk beschermen van mensen met een kwetsbare gezondheid en (2) zorgen dat de zorg niet overbelast raakt. In de overgangsfase vindt stap voor stap afschaling plaats van maatregelen op basis van advisering hierover door het OMT. Met meer en snel testen, traceren, isoleren, rapporteren en verdere verbetering van de monitoring wil ik het zicht op de verspreiding van het virus verbeteren. Zodat als het RIVM tijdig nieuwe signalen oppikt, we het virus snel en gericht de kop kunnen indrukken. Zo lokaal of regionaal mogelijk. Zo proberen we een nieuwe golf van besmettingen te voorkomen, zodat er meer ruimte blijft voor het afschalen van maatregelen en nieuwe maatregelen minder snel nodig zijn.

Om beter zicht te krijgen op de verspreiding van het virus ontwikkelen we een dashboard met een groot aantal indicatoren dat ons in staat stelt om sneller en gericht te kunnen sturen. In combinatie met een ruimer testbeleid biedt dit dashboard inzicht om vroegtijdiger signalen van een toename van de verspreiding van het virus op te pikken. Daarbij kunnen en zullen maatregelen getroffen worden die passen bij de aard van de impuls in verspreiding. We kunnen daarbij putten uit de ervaring over effectiviteit van maatregelen die we in uitbraakfase hebben opgedaan, zie ook de brief van 19 mei.

Ondersteunend aan deze strategie is de aanpak om op iets langere termijn meer ruimte te creëren op de IC. De minister voor Medische Zorg en Sport is hiermee bezig. Met een snel opschaalbare flexibele capaciteit op de IC ontstaat er meer ruimte om onverhoopte pieken op te vangen.

3. Bent u bereid het afwegingskader en adviezen die zijn gegeven voor de besluiten over maatregelen of het versoepelen van maatregelen, te delen met de Kamer? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 3

Het afwegingskader bij het treffen van maatregelen is in eerdere brieven uiteengezet. Deze is gebaseerd op de drie ankerpunten: zorgen dat de zorg het aan kan, bescherming van kwetsbaren, zicht op verspreiding van het virus. Voor versoepeling van maatregelen vragen we advies en input van het OMT/BAO. Hierover informeer ik u steeds in mijn brieven aan uw Kamer. Eventuele nieuwe maatregelen – of het afschalen daarvan – vloeien niet rechtstreeks voort uit het dashboard, maar vragen altijd om een integrale politieke afweging. Daarnaast wordt niet alleen het gezondheidsperspectief maar ook het maatschappelijk en economisch perspectief gewogen. Speciale aandachtspunten daarbij zijn de beschikbare vervoerscapaciteit, het gebruik van de publieke ruimte (hoeveelheid mensen op straat) en handhaafbaarheid. En vervolgens wordt gekeken in hoeverre de aanpak uitvoerbaar en afhankelijk is van anderen. De aanpak van de buurlanden wordt hierbij betrokken. Bij deze aanpak zijn vrijwel alle departementen betrokken, evenals andere bestuurlijk partners zoals de VNG en veiligheidsregio's.

De stappen in de versoepeling van de maatregelen zijn opgebouwd langs de volgende lijnen:

- De mate waarin de hoeveelheid mobiliteit van mensen toeneemt door opening van een sector;
- De mate waarin een sector in staat is de algemene hygie"nevoorschriften te implementeren;
- De sociaal-maatschappelijke en economische impact van een sector;
- De mate waarin de openbare ruimte belast wordt door opening van een sector.

4. Deelt u de opvatting dat het indammen/eliminieren van het virus alleen kan door testen, traceren (bron- en contactonderzoek), isoleren en quarantaine? Zo nee, kunt u beargumenteren waarom niet? Kunt u daarbij dan aangeven hoe maximale controle van het virus volgens u wel kan worden bereikt?

Antwoord 4

Zoals ik beschreef onder vraag 1, vormt maximaal testen, traceren, isoleren en rapporteren een essentiële pijler voor de vervolgstappen. Door snel te testen en goed te traceren houden we de epidemie onder controle. Zie ook mijn brief van 19 mei.

5. Wordt iedereen die klachten heeft en volgens de richtlijnen getest zou moeten kunnen worden, nu getest? Zo nee, waarom niet? Per wanneer gebeurt dat wel?

Antwoord 5

Iedereen met klachten die conform het huidige testbeleid in aanmerking komt om getest te worden, kan ook getest worden. Hier zitten geen belemmeringen in. Dat het testbeleid laagdrempelig is, blijkt ook uit het feit dat slechts rond de 5% van de geteste personen besmet blijkt.

6. Wordt bij iedereen die positief getest is op COVID-19 bron- en contactonderzoek verricht? Zo nee, waarom niet? Per wanneer gebeurt dat wel?

Antwoord 6

Ja, bij iedereen die positief getest is op COVID-19 wordt bron- en contactonderzoek verricht. In de Kamerbrief van 19 mei beschrijf ik hoe de GGD'en gaan opschalen, zodat ze ook vanaf juni bij iedereen die positief getest is op COVID-19 bron- en contactonderzoek kunnen verrichten.

7. Waarom is het protocol voor bron- en contactonderzoek door GGD'en minder grondig dan in andere landen? Kunt u aangeven welke landen voor een strikter en meer uitgebreid bron- en contactonderzoek hebben gekozen? Kunt u aangeven welk verschil in strategie tussen deze landen en Nederland bestaat? Kunt u aangeven waarom in Duitsland direct contact wordt opgenomen met mensen wie met een positief getest persoon in contact is geweest, terwijl in Nederland blijkens het protocol een brief wordt gestuurd?

Antwoord 7

Het bron- en contactonderzoek in Nederland is in lijn met dat in andere landen. Het RIVM scherpt in samenspraak met de GGD'en het protocol voor het bco verder aan. Zo wordt verduidelijkt dat ook de nauwe contacten allemaal zowel mondeling als schriftelijk op de hoogte worden gesteld. Daarnaast worden in het protocol ook afspraken opgenomen over het nabellen van contacten die voortgekomen zijn uit het bco. Iedereen zal in ieder geval gebeld worden op de eerste dag, rond dag zeven en op de laatste dag. Specifieke groepen kunnen vaker worden gebeld om de naleving van de adviezen te vergroten.

8. Op grond van welke overwegingen is voor een lichtere variant gekozen? Waarop is gebaseerd dat met minder actieve opsporing en controle en minder strikte isolatie toch tot maximale controle van het virus kan worden gekomen? Bij welke strategie past dit?

Antwoord 8

De Nederlandse aanpak verschilt niet wezenlijk van die van andere lidstaten. Op één punt is de Nederlandse protocol strikter dan bijvoorbeeld het ECDC-richtlijn. Anders dan in de ECDC richtlijn wordt in het Nederlands protocol voor bron- en contactonderzoek onderscheid gemaakt tussen huisgenoten en overige nauwe contacten. In de categorie huisgenoten vallen de contacten die in dezelfde woonomgeving leven en die langdurig op minder dan anderhalve meter afstand contact hadden met de indexpatiënt tijdens diens besmettelijke periode. Uit onderzoek blijkt dat binnen deze groep een grotere kans op overdracht van het virus bestaat dan in de groep nauwe contacten. Huisgenoten krijgen daarom een strikter advies om thuis in quarantaine te gaan.

9. Hoeveel mensen zijn nodig voor bron-en contactonderzoek volgens het laatste aan de GGD'en verzonden protocol? Hoeveel mensen zouden nodig zijn voor een actief en uitgebreider bron-en contactonderzoek, zoals in andere landen plaatsvindt? Hoeveel mensen worden geworven? Waarom denkt Nederland intensief bron en contactonderzoek te kunnen verrichten met een veel kleiner aantal fte dan andere en vergelijkbare landen?

Antwoord 9

Het opschalingsplan Bron en contactonderzoek gaat uit van een minimaal aantal van 800fte en een maximum van 3200fte. Naar aanleiding van de onder antwoord 7 beschreven aanscherping zal de GGD mij begin volgende week een geactualiseerd plan sturen.

10. Zijn alle GGD'en nu mensen aan het werven voor bron-en contactonderzoek? Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoeveel vacatures zijn er in totaal?

Antwoord 10

Ja, de regionale GGD'en hebben overigens al opgeschaald tot 670 fte en zullen komende weken werven voor minimaal 800fte. Voor de opschaling tot 3200 fte landelijke reservecapaciteit worden afspraken gemaakt met callcenters.

11. Waarom wordt niet gekozen voor isolatie van mensen die besmet zijn met COVID-19? Waarom wordt niet gekozen voor controle op quarantaine van besmette personen? Bij welke strategie past dit? Kunt u aangeven welke landen voor een striktere isolatie en quarantaine hebben gekozen? Kunt u aangeven welk verschil in strategie tussen deze landen en Nederland bestaat?

Antwoord 11

Ik verwijs u naar de antwoorden op vraag 7 en 8.

12. Welke mogelijkheden zijn er om ervoor te zorgen dat mensen zich wél willen houden aan quarantaine?

Antwoord 12

Ik verwijs u naar de antwoorden op vraag 7 en 8.

13. Wat zouden de kosten van maximaal bron-en contactonderzoek en isolatie en quarantaine van besmette personen zijn? Hoe verhouden deze zich tot de kosten

van een mogelijke tweede golf en als gevolg daarvan een (vorm van tweede) lockdown?

Antwoord 13

Ik ben ervan overtuigd dat we de juiste weg in slaan met het maximaal opschalen van de GGD'en voor het bron- en contactonderzoek en het aanpassen van het BCO protocol over de follow-up na het oorspronkelijk contact, zoals beschreven in het antwoord op vraag 7.

14. Worden voorwaarden die het Outbreak Management Team (OMT) stelt voor versoepelen van maatregelen strikt overgenomen en gehandhaafd? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 14

Bij het aanpassen van maatregelen door het kabinet speelt het OMT-advies een belangrijke rol, maar er spelen ook andere afwegingen mee, zoals nader toegelicht in antwoord 3.

15. Kunt u aangeven op basis van welke wetenschappelijke studies en adviezen besloten is over te gaan op het adviseren van het gebruik van mondkapjes in het openbaar vervoer maar niet op andere plekken, inclusief de plekken waar de anderhalve meter afstand moeilijk te handhaven is?

Antwoord 15

Het RIVM heeft op haar website de 'Afwegingen voor infectiepreventie in het openbaar vervoer' gepubliceerd, zoals vastgesteld in het OMT van 4 mei. Deze kunt u hier vinden.

<https://www.rivm.nl/sites/default/files/2020-05/Afwegingen%20voor%20infectiepreventie%20in%20het%20openbaar%20vervoer.pdf>

16. Deelt u de mening dat als het gebruik van mondkapjes verplicht is, de overheid deze kosteloos beschikbaar zou moeten stellen?

Antwoord 16

Nee die mening deel ik niet. Wel heeft het kabinet besloten om in ieder geval tot september geen btw meer te heffen op mondkapjes zodat ze goedkoper zijn in de aanschaf.

17. Wordt per maatregel die versoepeld wordt nauwkeurig gemonitord welke effecten er optreden ten aanzien van de verspreiding van het virus? Zo nee, waarom niet? Zo ja, kan worden aangegeven op welke momenten welke maatregelen worden geëvalueerd en welke criteria worden gebruikt om over te gaan op verdere versoepeling?

Antwoord 17

Het effect van maatregelen op de verspreiding van het virus worden telkens nauwkeurig gemonitord door het RIVM. Het beoogde dashboard met indicatoren is bedoeld om de signaleringsstructuur van het RIVM te versterken. Zie hiervoor het antwoord op vraag 1. Evaluatie van maatregelen vindt plaats nadat de crisis voorbij is.