

STENOGRAM PLENAIR DEBAT 20 MEI 2020 (uitgesproken tekst mVWS o.g.v. BCO)

Voorzitter. Dan kom ik bij de vraag die gesteld is over het OMT en de vijf voorwaarden. De eerste was dat de R_0 geruime tijd onder de 1 moet zitten. Dat is nu het geval. Het zorgsysteem moet het aankunnen. Je ziet nu dat dat kan door de daling van de opnamen en de ic-capaciteit. U heeft gehoord hoe het gaat met de testcapaciteit. In juni willen we iedereen met klachten testen. Daar hangt ook het bron- en contactonderzoek mee samen. Met betrekking tot het meetinstrumentarium heeft u gisteren van minister De Jonge de toelichting gehoord hoe we het dashboard gaan vormgeven.

...

Daarbij komt nog het volgende. Onze opvatting is dat de kans dat mensen zich niet aan de gedragsregels houden — zo veel mogelijk thuisblijven bij klachten, drukte vermijden, zo veel mogelijk thuiswerken, je handen wassen, de 1,5 meter aanhouden — levensgroot is als mensen weten dat de lockdown héél erg lang gaat duren, potentieel eigenlijk totdat er een vaccin is. In onze ogen is de paradox van die strategie dat dat juist zal leiden tot meer verspreiding van het virus in plaats van minder. Wij kiezen dus voor maximale controle. Daarbij hou je in de gaten dat kwetsbare mensen zo goed mogelijk beschermd zijn, dat de ziekenhuizen het aankunnen, dat je test, test, test en daar zo goed mogelijk opvolging aan geeft. Daarbij hoort — wat niet strategie is, maar onderdeel van de strategie in de uitvoering, hoe geef je daar nou vorm aan — dat als er nieuwe uitbraken zijn, je die indamt. Je damt die in door te testen en vervolgens het bron- en contactonderzoek te doen. Dat is net zoals dat in het begin de bedoeling was. Toen het in Brabant te veel werd, zijn we van indammen naar mitigeren gegaan. Het ging toen niet meer. In het noorden zijn we heel lang doorgedaan met indammen. Dat was geen strategie. Dat was het werk van de GGD en het opvolging geven aan besmettingen.

...

Voorzitter. Ik wil mijn beantwoording indelen in een aantal blokjes, uiteraard. Die traditie moet je in ere willen houden. Dan begin ik met de vragen die gerelateerd zijn aan het dashboard. Daarna de vragen die gerelateerd zijn aan testen en bron- en contactonderzoek. Dan kwetsbare personen, onder andere in verpleeghuizen, en dan nog een klein blokje varia. Ik zal proberen mijzelf te beperken. Dat kan ook, al was het maar omdat de minister-president toch de minister van alle zaken is gebleken in plaats van de minister van Algemene Zaken. Er was sprake van enige broodroof. Dat kunnen we wel vaststellen, denk ik.

...

Een aantal getallen, een aantal indicatoren, hebben we daarbij benoemd. Eerst de hoofdindicatoren, die gewoon te tellen zijn: het aantal ic-opnames en het gemiddeld aantal ziekenhuisopnames op een dag. We hebben ook de testuitslagen. Zeker als we straks iedereen gaan testen, zijn de testuitslagen ook een belangrijke indicator van hoe het gaat met de verspreiding van het virus. We hebben daarnaast in die hoofdindicatoren een aantal indicatoren die we op basis daarvan kunnen berekenen: de R_0 en het aantal besmettelijke personen op enig moment. Om die getallen goed te kunnen duiden heb je daarnaast meer indicatieve indicatoren, die met name voor het RIVM zeer relevant zijn. Dat zijn de zelfrapportagegegevens, de gegevens van de huisartsen, de uitkomsten van de GGD-contactonderzoeken, de rioolwatersurveillance en de sentinel surveillance onder zorgmedewerkers. Die zijn heel relevant en die zijn vaak ook al wat eerder bij het RIVM dan je zou kunnen bereiken op basis van de testuitslagen. Het is dus relevant om die gegevens wat eerder te krijgen en wat eerder te kunnen duiden. Daar weer aan voorafgaand zou je ook nog een aantal gegevens moeten hebben die wat meer gaan over vroegtijdig waarschuwen. Daar gaan bijvoorbeeld de locatiegegevens over, waar we het de vorige keer over hebben gehad. Over het gebruik van die locatiegegevens komt binnenkort een spoedwet in de richting van de Kamer. Die waarschuwen weer vooraf en zo kun je op den duur, als je dat dashboard helemaal gevuld hebt, leren: als we dit nu zien in de cijfers, dan zien we waarschijnlijk straks dat gebeuren bij de testraad en dan zien we waarschijnlijk straks dat gebeuren bij de ziekenhuisbedden. Zo moet het gaan werken.

...

Dan de vragen over het bron- en contactonderzoek en het testen. Het testen had een hele tijd terug meer een diagnostische insteek. Überhaupt is dat de manier waarop we de diagnostiek in Nederland gebruiken; je doet een test om te weten welk medisch handelingsperspectief er is. Daarom was de testdoelgroep heel erg gericht op kwetsbare personen. Dat is vanaf het begin de primaire testdoelgroep geweest, ook wetend dat je test in schaarste. We hebben ongelooflijk aan de boom geschud. Inmiddels is de testcapaciteit heel erg uitgebreid en zijn de GGD's heel erg opgeschaald om die testen af te nemen en vervolgens bron- en contactonderzoek te doen. We zijn dus tot veel meer testen in staat. We hebben inmiddels ook al een behoorlijk aantal nieuwe groepen kunnen aanschakelen. Maar die test heeft straks eigenlijk ook een ander doel. Naast de diagnostiek voor een individuele patiënt — de meeste mensen die positief getest zijn, moeten gewoon thuis op de bank gaan zitten en verder niks; die hoeven helemaal geen behandeling of wat dan ook te ondergaan — is de monitoring van de verspreiding misschien wel het belangrijkste doel van iedereen testen. Het vervolgens indammen door via bron- en contactonderzoek ook de mensen met wie zij in contact zijn geweest op de bank te houden, is een tweede doel. Het gaat dus om die combinatie. Het gaat om de monitoring, weten hoe het met de verspreiding gaat, en om het stoppen, het indammen, van die verspreiding door ook de contacten op de bank te zetten. Dat maakt dat 100%-testbeleid mogelijk. Dat is wat je moet willen.

Dan ga ik over naar de vragen. Die gaan met name over het bron- en contactonderzoek. Ik begin met de vraag van de heer Asscher. Hij zegt: wat wordt er nou eigenlijk aangepast in dat protocol? Ik denk dat het goed is om op dat punt iets preciezer te zijn. Het protocol is aangepast per 6 mei. Dat is een aanscherping ten opzichte van wat er was. Dat is al behoorlijk in lijn met en op een aantal punten zelfs strenger dan de (10)(2e) gebruikte lijn. Vandaag, of gisteren, moet ik zeggen, was er een overzichtsonderzoek van de WHO en ECDC waarin wordt beschreven waar de verschillen zitten. Je ziet dat die verschillen eigenlijk heel erg klein zijn. Aan de internationale standaarden voldoen wij dus behoorlijk.

Maar er is toch nog wel een aanscherping nodig, denken we. Daarover heb ik de afgelopen weken met het RIVM en de GGD gesproken. Van de mensen die positief getest zijn, kregen met name de huisgenoten de intensieve treatment: én bellen én schriftelijke instructie. Voor de intensieve of nauwe contacten niet zijnde huisgenoten, schreef de richtlijn van 6 mei — die richtlijn is overigens door het OMT vastgesteld; hij is door het RIVM gemaakt en door het OMT, de deskundigen dus, vastgesteld — voor dat die schriftelijk geïnformeerd zouden worden. We hebben dat met elkaar besproken. Het zou niet van toegevoegde waarde zijn om hen na schriftelijke instructie ook nog te bellen. Overigens is de ervaring met schriftelijke instructie dat mensen zich daar behoorlijk goed aan houden. Zo'n brief is ook best heel instructief. Dat is geen brief om schouderophalend terzijde te schuiven; het is een brief die heel serieus wordt genomen. Maar toch is bellen én schriftelijke instructie het beste, omdat je in dat telefoongesprek ook gelijk je vragen kwijt kunt en vervolgens schriftelijk kunt nalezen wat je ook alweer als advies hebt gekregen en wat er ook weer zo belangrijk was.

Een tweede aanpassing is de nazorg. Nazorg wordt ook nu al gewoon gedaan, met name bij personen waarbij de GGD inschat dat een belletje daar nog wel even fijn is om ze eraan te herinneren wat ze ook alweer moesten doen, en dat twee, drie, vier of vijf belletjes eigenlijk nog meer helpen. Dan vindt die nazorg ook nu al plaats. Maar we hebben afgesproken dat je dat eigenlijk bij iedereen zou moeten willen doen. Dat hoeft niet elke dag. Dat is ook de ervaring van de GGD Limburg, die dat in het begin een tijd heeft gedaan. Mensen echt elke dag bellen irriteert ook, en het is niet de bedoeling dat men zich gaat irriteren aan de GGD. De meeste mensen zijn overigens ook weer niet zo kort van memorie dat je ze echt elke dag moet bellen. Maar af en toe bellen is zeker goed. De mensen die het vaker nodig hebben, moeten vaker gebeld worden. Dan bel je om te vragen of men inmiddels klachten heeft ontwikkeld. Zo ja, dan moeten die klachten gemeld, gerapporteerd worden. Maar vooral moet dan gezegd worden: laat je testen, dan weet je of je het hebt. Ook moeten de mensen eraan herinnerd worden dat zij moeten thuisblijven. Nagevraagd moet worden of hun dat lukt. Hoe kan het dat ik allerlei ballenbakgeluiden hoor, je woont toch niet in de IKEA? Dat gesprek moet natuurlijk ook gewoon gevoerd worden.

Alle GGD's staan nu klaar voor de uitvoering op basis van de huidige richtlijn. Die richtlijn is, als het goed is, aangepast per vandaag. Als het goed is, staat de nieuwe richtlijn inmiddels op de website. Dus de nieuwe manier van werken, de nieuwe afspraak, met een intensiever bron- en

contactonderzoek, is vanaf heden de richtlijn waaraan de GGD's zich zullen houden. Ondertussen schalen de GGD's natuurlijk fors op, ook in capaciteit.

De vorige keer heb ik al gezegd dat die opschaling gedaan wordt op basis van de inschatting hoeveel er nodig is. Mevrouw Marijnissen vroeg daarnaar. Hoeveel capaciteit heb je dan nodig? Men heeft een opschalingsplan gemaakt en dat afgelopen vrijdag aan ons gepresenteerd. Wij hebben daar herhaaldelijk gezegd dat men carte blanche heeft; men moet gewoon doen wat nodig is en de mensen aannemen die nodig zijn. Er is geen enkele financiële restrictie om de dingen te doen die vanuit de inhoud van de infectiebestrijding van belang zijn. Het bron- en contactonderzoek wordt dus fors opgeschaald. De aanpassingen die in het opschalingsplan gemaakt moeten worden op basis van de laatste richtlijn, zullen volgende week doorgevoerd worden.

Iedere regionale GGD maakt zich op voor een uitbreiding, uitgaande van zo'n 2% positief te testen mensen en 30.000 mensen met respiratoire klachten die zich melden in de teststraat. Met een equivalent van een x-aantal uren per bron- en contactonderzoek kom je dan uit bij ongeveer 800 fte. Er staan er nu al zo'n 700 op de payroll, dus dat gaat wel lukken. Dat doen de regionale GGD's.

Voor de landelijke opschaling maakt de landelijke GGD afspraken met een aantal callcenters. Die afspraken komen deze week of anders begin volgende week rond. Dan staat men ook gesteld voor de binnen-24-uuropschaling naar 2.400 fte. Samen gaat het om 3.200 fte. Dat aantal zal nog wel iets naar boven worden bijgesteld op basis van de laatste richtlijn.

De voorbereidingen lopen op schema, maar het is natuurlijk een kort tijdsbestek. Ik kan volgende week laten weten of 1 juni daadwerkelijk lukt. Dat is overigens niet alleen van het bron- en contactonderzoek afhankelijk, maar ook van alles wat er landelijk überhaupt geregeld moet worden om het testen op orde te krijgen. De teststraten die nu voldoende zijn voor de mensen die getest moeten worden, moeten straks voldoende zijn om iedereen te kunnen testen. Maar elke keer als ik heel bezorgd de GGD's hierop aanspreek en hun vraag of het wel gaat lukken, kijken zij mij aan en zeggen zij: "Dat opschalen doen wij eigenlijk aan de lopende band. Heel snel opschalen om ergens heel fanatiek onderzoek te doen of heel fanatiek bron- en contactonderzoek te doen, doen wij aan de lopende band. Het bron- en contactonderzoek is al sinds mensenheugenis ons werk." Dus ik heb het idee dat men zich daar wel gaat redden.

Een aantal andere afhankelijkheden zijn veel ingewikkelder, in het bijzonder de IT-systemen om monsterstromen te kunnen verleggen op het moment dat het laboratorium waarvan een GGD normaal gebruikmaakt overbezet raakt. Dat is een grote afhankelijkheid, dus dat wordt nog wel even spannend. Volgende week laat ik weten of 1 juni lukt, dan wel dat het een andere week in juni wordt. In ieder geval zo snel als mogelijk; er wordt echt met man en macht gewerkt bij al die 25 GGD's. Die leveren echt een topprestatie; dat mag ook weleens gezegd worden.

Dan Duitsland. Er wordt veel naar Duitsland gekeken. Overigens ben ik zelf ook een fan van Duitsland, daar gaat het niet om, maar voor de precisie hebben wij via het RIVM even nagegaan gedaan bij het Robert Koch-Instituut. Ik begrijp dat de lokale gezondheidsdiensten zelf verantwoordelijk zijn voor de manier waarop zij opvolging geven aan het bron- en contactonderzoek. Het is dus niet zo dat dit in heel het land op dezelfde manier gebeurt en dat iedereen twee weken lang elke dag wordt gebeld. Zo is het niet. Men kiest er zelf voor of men dat een verstandige manier van werken vindt. Daarnaast is er ook een aantal landelijke teams actief, vergelijkbaar met wat wij ook gaan doen, die kunnen helpen bij de lokale gezondheidsdiensten. Soms kiest men in Duitsland voor contact per telefoon, soms per e-mail. Soms neemt de gezondheidsdienst contact op, soms zijn het de mensen zelf die contact moeten opnemen met de gezondheidsdienst. Kortom, ik heb het idee dat onze richtlijn veel meer guidance biedt om het in het hele land hetzelfde te doen. Kortom, ik heb het idee dat onze richtlijn veel meer guidance biedt om het ook in het hele land hetzelfde te doen. Eenduidig en uniform is het beleid in Duitsland dus niet. Goed is het wel. Daar gaat het niet om. Goed is het zeker wel. Ze doen het gewoon echt goed. Maar het is in Duitsland dus niet overal allemaal heel erg veel intensiever. Dat is niet de werkelijkheid zoals ik die begrijp. Het heet overigens Kontaktpersonennachverfolgung. Dat is wel weer erg mooi natuurlijk. We zullen kijken of we dat nog in de richtlijn kunnen verwerken.

Dan was er een aantal ingewikkelde vragen van de heer Heerma. Stel nou dat iemand wel positief is, maar zich bij het nabellen niet houdt aan die thuisquarantaine. Wanneer en hoe komen drang en dwang dan in beeld? Daar is in de Wet publieke gezondheid in voorzien, maar dat is wel vrij stevig. In de Wet publieke gezondheid kan een besmet persoon namelijk gedwongen in isolatie worden gezet. Dat lijkt me niet iets om graag voor te kiezen, maar het kan dus wel. Dat die mogelijkheid er is, heeft natuurlijk met name te maken met hyperbesmettelijke ziekten, bijvoorbeeld ebola en andere hyperbesmettelijke infectieziekten. Ik hoop er overigens geen gebruik van te maken.

GGD's kunnen overigens wel voorzien in isolatie. Dat zullen ze ook doen wanneer thuisquarantaine gegeven de thuissituatie niet mogelijk is. GGD's kunnen dan gewoon voorzien in een plek. Ze hebben natuurlijk meerdere coronacentra ingericht. De voorzitter van de veiligheidsregio zou de bevoegdheid hebben om daarop te acteren. De politie en de GGD kunnen daar uitvoering aan geven. Het is wel het laatste redmiddel. Je moet hopen dat het op die manier niet werkt. Overigens weten we dat de naleving van de adviezen van de GGD heel erg hoog is. Die is 85% tot 90% in het laatste onderzoek. We onderzoeken elke twee weken of mensen zich houden aan de gedragsadviezen van de GGD. Dat is een van de controlelampjes in ons dashboard.

Dan een andere vraag van de heer Heerma. Stel dat er op een school zorgen zijn over mogelijke klachten. Wat gebeurt er dan op dat moment? Hoe snel gaat er dan getest worden en is er inderdaad binnen een dag een uitslag? Als een docent klachten heeft, kan hij zich nu gewoon bij de bedrijfsarts melden en zich bij de GGD laten testen. Dat melden via een arts gaat er overigens uit vanaf 1 juni. Als iedereen zich kan laten testen heeft het geen meerwaarde meer. Dan is het gewoon: kom maar binnen. Je moet wel klachten hebben. Anders heeft zo'n test geen zin. Je moet zelf beoordelen of je vindt dat je klachten hebt. Er werd gevraagd hoe je dan omgaat met veeltesters. Daar ben ik niet zo heel erg bang voor. Iedereen die weleens dat wattenstaafje tot diep in z'n neus gedouwd heeft gekregen weet dat dat geen pretje is. Dat is dus niet iets wat je elke dag herhaalt. Als we iedereen gaan testen, vervalt dus die triage. Bij leerlingen van 0 tot 12 moeten scholen het melden bij de GGD als er een opvallend aantal leerlingen, in dit geval drie per groep, klachten heeft. Als er dus drie zitten te snotteren, moet er een telefoontje zijn van de school naar de GGD. De GGD start dan een onderzoek naar de school als geheel om te kijken of de besmetting daar inderdaad dusdanig is dat daar nadere actie nodig is en neemt vervolgens die testen af, uiteraard in overleg met ouders. Dan wordt gewoon de hele school doorgelicht.

De leerlingen vanaf 12 jaar, op de middelbare school, kunnen zich net als docenten gewoon bij de GGD melden. Die zijn dus onderdeel van de testgroep. De uitslag van die testen volgt de volgende dag. Die volgt dus altijd binnen 24 uur. Dat heeft te maken met het feit dat het moleculaire testen zijn, die dus wel in een laboratorium moeten worden gedraaid.

Dan de vraag wat je moet als een collega ogenschijnlijk wel klachten heeft, maar geen trek heeft om zich te laten testen. Is dan een meldplicht bij vermoedelijke besmettingen niet nodig? Dat is in eerste instantie natuurlijk aanleiding voor een goed gesprek met je collega. Waarschijnlijk heeft jouw collega dezelfde baas als jijzelf en je baas heeft een verantwoordelijkheid in de bescherming van z'n personeel. De verplichtingen die een baas heeft jegens z'n personeel en andersom staan vastgelegd in de Arbeidsomstandighedenwet. Wat in ieder geval niet kan — dat is een zorg die u uitsprak — is dat je als werkgever de handelingsadviezen van de GGD om je bij klachten te laten testen en vervolgens, als je positief getest bent, in thuisquarantaine te gaan of als je als contact in beeld bent gekomen zo veel als mogelijk thuis te blijven, niet opvolgt of daar geen ruimte voor biedt aan je werknemer. Dat is gecoverd in de Arbeidsomstandighedenwet. Maar de werkgever heeft geen meldplicht. Dat kan ook eigenlijk niet. Als werknemer, als collega, heb je ook geen meldplicht. Dat kan ook eigenlijk niet. Bij de start van de uitbraak was er een meldplicht voor verdenkingen. Die is komen te vervallen, omdat het nogal bureaucratisch werd. Bij iedereen met een verdenking kon je als arts natuurlijk gewoon zelf opereren door te kijken of die getest kon worden of door zelf handelingsadviezen te geven. De arts heeft dus een meldplicht bij een geconstateerde besmetting, omdat de GGD dat moet weten. De GGD kan dan bron- en contactonderzoek doen. Maar bij een verdenking is die meldplicht opgeheven, omdat die op enig moment eigenlijk geen zin meer had. Ik ga wel kijken — dat wil ik ook uitwerken — of die meldplicht voor verdachte gevallen in specifieke gevallen nog een functie zou kunnen hebben. Namelijk voor het geval dat je evident in het rond loopt te hoesten, maar toch absoluut geen trek hebt om je te laten testen. Waar kunnen mensen dan terecht? Je bent dan wel een gevaar voor de

volksgezondheid. Ik moet echt uitwerken wat daarin de mogelijkheden zijn en hoe een meldplicht dan zou kunnen werken. Ik denk dat het in ieder geval altijd via een arts zou gaan, want anders krijgen we wel een erg kliklijnerig gebeuren. Ik denk dat we dat niet moeten willen. Het zou in ieder geval altijd via een arts lopen. Dit waren de vragen van de heer Heerma. Ik denk dat ik dan door de vragenronde over bron- en contactonderzoek heen ben.

...

Er is vrij bewust voor de auto gekozen, omdat dit natuurlijk wel de veiligste manier is. Je zit namelijk gewoon in je eigen auto. Je hoeft alleen het raampje open te doen en dan wordt de test door het raampje afgenomen. Zo werkt dat op dit moment. In iedere regio zijn alle GGD's zich aan het prepareren voor de uitbreiding van de doelgroep. Die doelgroep is in de afgelopen weken al behoorlijk uitgebreid, maar de verwachting is dat je straks nog meer mensen krijgt. Dan moeten er dus meer testfaciliteiten zijn. Die worden dus uitgebreid. In mijn regio, Rotterdam-Rijnmond, heb je er straks vijf. Daar kun je op nabijere afstand ook gewoon op de fiets naartoe komen. Dat is dus sowieso een alternatief. Maar je hebt ook mensen die sowieso helemaal niet mobiel zijn. Je wilt ook niet iemand met behoorlijke klachten in het ov hebben. Dat wil je natuurlijk ook niet. Er komen ook — die zijn er op dit moment al — bemonsterteams die bij mensen thuis langsgaan. Dus ook dat is een aanvulling. Mijn verwachting is dat de GGD's meer afnamemogelijkheden zullen inrichten naarmate meer mensen worden getest. Dit zal zich echt even moeten zetten. Dit is natuurlijk echt niet vanaf 1 juni overal op-en-top geregeld. Dat moet ook even soepel gaan draaien. Men zal ook in iedere regio moeten kijken hoe dan dat fijnmazige, laagdrempelige netwerk mogelijk is. Het doel is natuurlijk dat er geen enkele drempel is voor mensen om zich te laten testen. Het advies wordt: bij klachten, blijf thuis en laat je testen. Nu is het advies: bij klachten, blijf thuis. Maar dan is het advies: blijf thuis en laat je testen. Dan moet dat natuurlijk ook wel zo laagdrempelig mogelijk kunnen.

...

Zeker. Wat heel belangrijk is, is dat we duidelijk maken dat mensen waarbij sprake is van een aantal ziekten die je extra kwetsbaar maken voor een coronabesmetting, zich juist via de huisarts moeten laten testen. Zodat je eigen huisarts — die jou helemaal van voor naar achter kent — jou helpt en vervolgens de uitslag met jou deelt om met jou het vervolg te kunnen bepalen. Kwetsbare personen moeten dus juist naar hun huisarts en de rest via de GGD, om de huisarts ook niet onnodig te belasten. Dat zullen we allemaal helder maken op een site. U had ook gevraagd hoe we die campagne gaan vormgeven. Ik hoop volgende week bekend te kunnen maken of we daarvoor op 1 juni klaar zijn, of misschien een week later. Als we er op 1 juni klaar voor zijn, dan moet die campagne ook volgende week van start. Dat zal sowieso via de site van de Rijksoverheid gebeuren, waarop ook helder een wegwijzer staat waar je terecht kunt en wie waar terecht kan. Er komt een landelijk nummer waar je de afspraak kunt maken. Er moet op den duur natuurlijk ook een landelijke site komen waarop je de afspraak digitaal in een keer kunt plannen. Kortom, dat is allemaal work in progress, maar het moet allemaal voor de mensen zo makkelijk en laagdrempelig mogelijk zijn.

...

Binnen 24 uur moet die duidelijkheid er gewoon zijn. Sneller dan dat is logistiek nauwelijks te doen. Binnen 24 uur moet wel te doen zijn. Daar gaat men nu soms overheen. Dat heeft alles te maken met het feit dat je die monsterstromen soms om moet leggen en dat dat meer tijd kost dan nodig is. Met het IT-systeem dat wordt ontwikkeld, moet dat juist sneller gaan. Dat is dus ook echt nodig om die duidelijkheid binnen 24 uur te halen.

...

Ik denk dat ik daar een aantal weken voor nodig heb. Ik denk dat ik daar in de volgende brief, over twee weken, hopelijk op kan ingaan. Ik zal dan in ieder geval de laatste stand van denken melden over de uitwerking van wat er nu al kan op basis van de Wpg. Hoe zouden voorzitters van de veiligheidsregio's dat instrument kunnen inzetten? Hoe zou men voor isolatie kunnen kiezen? Daarbij is de vervolgvraag of je iemand dan ook verplicht kunt laten testen nog weer veel ingewikkelder. Dat raakt natuurlijk ook aan de integriteit van het lichaam, dus om dat om een juridisch verantwoorde, goede manier te doen, valt nog niet mee. Isolatie is mogelijk op basis van

de Wpg. Hoe dat praktisch uit te werken, wanneer je dat zou doen en of de meldplicht gerelateerd is aan de inzet van dat instrument, moet ik echt nader juridisch uitwerken.

...