
Vergaderjaar 2019–2020

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 459

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 22 juli 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 25 juni 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 vijftien leden der Kamer, te weten: Agema, Asscher, Van den Berg, Diertens, Ellemeet, Van Esch, Hiddema, Hijink, Van Kooten-Arissen, Lodders, Van Otterloo, Öztürk, Van der Staaij, Veldman en Wassenberg,

alsmede de heer Van Dissel en de heer De Gouw.

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 van het coronavirus. Ik wil hartelijk welkom heten de heer Jaap van Dissel, directeur van het Centrum voor Infectieziektebestrijding van het RIVM en de heer Sjaak de Gouw, directeur Publieke Gezondheid van de GGD en de GHOR. Beiden hartelijk welkom. Hartelijk welkom aan de Kamerleden en aan de mensen die thuis deze technische briefing volgen. Ik zou willen voorstellen om als eerste het woord te geven aan onze beide gasten. Zij hebben beiden een presentatie voorbereid. Deze is, voor de mensen thuis, gepubliceerd op de website van de Tweede Kamer. Dus daar zou u kunnen meelesen. Daarna zou ik de leden de gelegenheid willen geven om twee vragen te stellen. Zodra iedereen geweest is, kijken we of er behoefte is aan een volgende ronde, want we hebben iets meer tijd ingeruimd voor het stellen van vragen. Met uw goedvinden zou ik als eerste het woord willen geven aan de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Gaat uw gang.

De heer Van Dissel:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Ik neem u weer mee door het COVID-19-probleem in Nederland. Ik geef eerst een update van de getallen, waarvan u de grafieken ongetwijfeld deels zult herkennen. Ik wilde met name nog wat nieuwe dingen illustreren die we hebben opgezet rond het dashboard en rond het vroegsignaleren van een eventuele toegenomen activiteit van het virus. Allereerst even het bekende overzicht van het nieuwe virus, met het longbeeld en het beeld van neusverkoudheid en van specifieke problemen die spelen, zoals een type shocklong maar ook trombose, dus stollingsproblematiek. Verspreiding gaat via druppels en contact, met aerosol genererende procedures op de ic, en navenant zijn er de maatregelen gericht op afstand. Uit alle onderzoeken die we hebben, ook de onderzoeken die de afgelopen tijd beschikbaar zijn gekomen, blijkt eigenlijk steeds dat afstand houden toch de meest effectieve manier is om dit soort infecties te voorkomen, natuurlijk in ziekenhuizen gevolgd door het gebruik van de juiste mondkapjes, waarbij overigens natuurlijk ook oogafscherming belangrijk is. Ook handhygiëne is heel belangrijk, vanwege het contactaspect. Ook laat ik weer even de piramide van de ziekte zien, waarbij de ic natuurlijk maar een klein deel representeert van alle zieke patiënten. Een groot deel ervaart eigenlijk maar geringe ziekte. Men richt zich ook lang niet altijd tot de medische zorg en de huisarts. De verhouding ziet u weergegeven in de percentages. Het is misschien interessant om, als een zijstraatje, te noemen dat in de Verenigde Staten vorige week onderzoek is gepubliceerd dat eigenlijk exact dezelfde curves laat zien. Dat onderzoek suggereert dat in Amerika, waar zo'n 2 miljoen besmettingen zijn gerapporteerd, 80% eigenlijk ontbreekt op het dashboard. Dat is de 80% van mensen die zich wel met griepachtige klachten bij een huisarts of generalist hebben vervoegd maar niet zijn getest. Dus ook daar zie je dat

de basis van de piramide waarschijnlijk nog veel breder is dan we nu kennen. Daaronder heb je dan weer de groep die eigenlijk nog te weinig ziek is om zich überhaupt te melden. Dit is dus een beeld dat nu algemeen naar voren komt.

Dan ga ik in op onze situatie, die natuurlijk inmiddels gunstig mag worden genoemd. We hebben verschillende rapportagesystemen.

In het Osiris-systeem, samen met de GGD's, staan inmiddels zo'n 50.000 patiënten, waarvan 23% is opgenomen in het ziekenhuis. Er is natuurlijk een sterke bias op zieke patiënten, zeker in het begin. Ook was er in het begin bijvoorbeeld een bias met betrekking tot bepalingen op zorgmedewerkers. Dat ziet u ook terug in de virologische dagstaten, waarvoor inmiddels zo'n 550.000 monsters zijn onderzocht. Het aantal opnames – ik kom daar zo op terug – is natuurlijk geweldig teruggelopen. Op de ic-afdelingen liggen nog tussen de 60 en 70 patiënten. Het totale aantal aan covid overleden patiënten ligt rond de 6.000, maar is natuurlijk beperkt tot de groep die getest is.

Aan de rechterzijde ziet u de surveillancesystemen die we meer in de maatschappij hebben, zoals het huisartsen/Nivel-peilstationsstelsel, waarin patiënten worden gedocumenteerd die met griepachtige klachten naar de huisarts gaan. Een deel wordt ook bemonsterd, en met enige teruggang is in die monsters ook het nieuwe coronavirus bepaald. Dat ziet u op de paarse balkjes aangegeven met de rode balkjes. Aan de grafiek daaronder ziet u het percentage corona onder de monsters. U ziet dat dat aanvankelijk opliep tot een piek en sedertdien daalt tot inmiddels bijna nul. Het is nu een zeldzaamheid als we nog een coronavirus via dat peilstationsstelsel krijgen.

Dan de virologisch dagstaatsbepalingen, waarin alle testen worden ingevoerd en nu dus ook die van de teststraten. Daaraan ziet u ook dat er aanvankelijk een stijging was van het aantal positieven en dat dat inmiddels sterk gedaald is. Ik denk dat collega De Gouw daar zo op in zal gaan. Er zijn nog zo'n grofweg 10.000 bepalingen per dag, waarbij er iets van 100 – het is 0,9% – momenteel positief zijn. Dat is dus een zeer gering aantal.

Dan de meldingen en de ziekenhuisopnames, met aan de rechterzijde een uitvergroting van het rode blok links, dat eigenlijk de staart van de uitbraak is. U ziet de bekende piek wat betreft opnames. U ziet dat in de recente weken het aantal meldingen terugloopt. Dat loopt terug, terwijl we natuurlijk met de testen en het opzetten van teststraten door de GGD's veel actie hebben ondernomen om meer mensen te laten testen. Dan zou je misschien verwachten dat dat zou toenemen, maar u ziet dat het desondanks afneemt. Daarbij kunnen nog talloze dingen spelen, zoals of iedereen naar de teststraat gaat, maar u ziet dat het beeld consistent is met dat van de Nivel-peilstations: het aantal positieve gevallen neemt af. Dat wordt ook gereflecteerd in een getal dat veel harder is, namelijk dat van het aantal ziekenhuisopnames. Dat is de laatste dagen en weken afgenomen tot zo rond de vier per dag. In beide gevallen zien we dus een afname van het aantal infecties dat rondgaat.

Dit zien we natuurlijk ook terug op de ic's. Die zijn behoorlijk in het nieuws geweest en gevolgd. U ziet de piek van nieuwe patiënten rond 30 maart, toen we nog 127 nieuwe patiënten op één dag hadden. We zitten de laatste weken rond twee patiënten of één patiënt per dag. Dat wordt met wat vertraging gereflecteerd in de curve, omdat men nou eenmaal enige tijd opgenomen is op de ic. U ziet dat de piek van 1.300 inmiddels gedaald is tot tegen de 50 of 60. Dus ook hier zien we een beeld van een uitbraak waarvan we nu tegen de laatste activiteiten aankijken. Daarbij is het natuurlijk belangrijk of de R-waarde verder zal dalen. Dat zullen we straks zien. Die willen we natuurlijk zo laag mogelijk krijgen, om de minste kans te hebben op hernieuwde uitbraakjes en oplevingen.

De verdeling over Nederland is aan bod geweest. Die heb ik hier weergegeven voor natuurlijk niet helemaal willekeurige periodes. Het zijn

namelijk de weken waarin de activiteit het hoogst was, en het beeld van de laatste periode. Dat heb ik aangegeven met het rode gebied aan de curve daarboven, waarin u het overallbeeld ziet van de ziekenhuisopnames. Helemaal rechts ziet u het beeld van Nederland over de laatste periode. Het moge duidelijk zijn dat, terwijl de meeste activiteit eerder zichtbaar was in Limburg, Noord-Brabant, Overijssel, Zuid-Holland en Utrecht, het beeld nu is dat heel Nederland nauwelijks meer aankleurt, omdat het aantal ziekenhuisopnames natuurlijk erg is teruggelopen. Ten slotte het beeld van de personen die overleden zijn. Dit is misschien een wat technocratische presentatie en ik realiseer me dat er ook veel leed achter zit, maar ik wil u ook hiervan de getallen laten zien. U ziet dat er, na de aanvankelijke toename, die natuurlijk synchroon liep met het aantal gevallen in de bevolking, inmiddels een afname is, ook van het aantal personen dat nog overlijdt aan covid. Daar zal zeker een zekere vertraging in zitten, omdat sommige patiënten bijvoorbeeld nog langdurig op ic's of in het ziekenhuis opgenomen zijn. Dan lijkt het alsof er momenteel relatief meer personen overlijden dan er nieuwe personen bijkomen. De verklaring daarvoor is dat voor sommigen het ziektebeeld echt lang kan duren. Aan de linkerkant ziet u dan het aantal patiënten dat overleden is en waarvan we een zekerheidsdiagnose hebben van covid. We weten inmiddels dat dat ongeveer twee derde is van de totale groep die er waarschijnlijk aan overleden is. Dat kunt u deels terugzien in de CBS-getallen, die een monitoring zijn van de sterfgetallen. Op die curve zien we de smalle, maar wel hoge piek van COVID-19-oversterfte. Daarbij geeft de gele, wat schommelende lijn aan wat de gemiddeld te verwachten sterfte is rond deze periode van het jaar.

Dan de groepen. Rechtsboven is aangegeven de man/vrouwverhouding, waarbij je kunt zien dat er ietsje meer mannen dan vrouwen zijn overleden. U ziet dat de gemiddelde leeftijd hoog ligt.

Dan een gegeven dat met enige regelmaat zal worden geüpdatet. U weet dat we natuurlijk ook geïnteresseerd zijn in het aantal personen dat immunologisch gezien, dus wat betreft hun afweer, tekenen vertoont dat het met het nieuwe coronavirus in aanraking is geweest. Dat ziet u hier weergegeven voor de Sanquin-researchdata. Dat wordt ook gedaan in het kader van het zogenaamde PIENTER-onderzoek door het RIVM. Bij Sanquin wordt bij plasmadonoren uit heel Nederland bepaald of er antistoffen zijn in het serum, dus in het bloed. U ziet hier twee opnames. Links is opnieuw weergegeven de grafiek van het aantal bevestigde gemelde gevallen in Nederland. Linksonder ziet u de verspreiding daarvan over Nederland tot nu toe, dus dat is cumulatief weergegeven. Je ziet dan eigenlijk dat in de periode van 1-15 april nog ongeveer 3,5% positief was. U ziet dat dat eigenlijk het midden was van het aantal meldingen bij de GGD's en in ons Osiris-systeem.

De tweede meting is een aantal weken later gedaan, toen de curve eigenlijk aan het afvlakken was. U ziet dat dat heeft geleid tot een toename van ongeveer 2%. Het verschil van die 2% kan ook deels komen doordat men er soms enige tijd over doet om antistoffen te ontwikkelen, dus daar zit sowieso een vertraging in. Het tweede dat het toont, is dat de verspreiding over Nederland wat betreft de aanwezigheid van antistoffen ongeveer gelijk is aan de geografische spreiding van het aantal gevallen. Dat betekent dus dat momenteel zo'n miljoen Nederlanders tekenen vertonen dat ze met het nieuwe coronavirus in aanraking zijn geweest en dat dat heeft geleid tot een infectie, afgeleid uit de vorming van in dit geval antistoffen, waarbij we ons natuurlijk ook realiseren dat antistoffen maar één onderdeel vormen van het afweersysteem. Het zou best kunnen dat cellen daarin belangrijk zijn, maar er zijn antistoffen, in dit geval een zogenaamde surrogaatmarker, voor het hebben gehad van de infectie. U ziet dat het beloop over Nederland, de verspreiding, eigenlijk gelijk is aan wat we verwachtten op grond van de meldingen. Ongeveer 1 miljoen

Nederlanders, – ietsje minder, maar er ontbreken er natuurlijk nog een paar in de grafiek – is dus in aanraking geweest met het nieuwe coronavirus.

Dan de R-waarde. Die hebben we al een aantal keren besproken, dus ik zal daar snel doorheen lopen. Het is een getal dat weergeeft hoeveel nieuwe zieken er ontstaan op grond van één ziektegeval. Aanvankelijk lag dat, ook in Nederland, tegen de 3. We hebben ook een periode van carnaval gehad, waardoor dat getal misschien is gestimuleerd door meerdere contacten. Het eerste geval in Nederland was in de week daarop, op 27 februari.

Vanaf 1 maart zijn er steeds maatregelen genomen, die op deze sheet staan aangegeven. Dat leidde tot een daling van het reproductiegetal tot onder de 1. Zodra je de 1 passeert, houdt dat in dat er geen toename meer is van het aantal personen, maar het aanvankelijk nog wel gelijk blijft. Het is dus op zich belangrijk dat het getal onder de 1 komt. U ziet in deze grafiek, die gebaseerd is op de ziekenhuisopnames, dat de R-waarde eigenlijk continu rond de 1 is geweest. Het hangt een beetje af van de database die wordt gebruikt wat de exacte waarden zijn, want op grond van andere databases gaat hij soms op de 1 of net daardoorheen, maar het algemene beeld is dat hij grofweg schommelt tussen 0,7 en 1 sedert hij op 16 maart door de 1 ging.

U ziet hier de maatregelen die genomen zijn, maar ook – onder de groene stippellijn – de maatregelen ter versoepeling. Ik denk dat duidelijk is dat de opening van het primair onderwijs, de kinderdagverblijven en de contactberoepen vooralsnog geen invloed lijkt te hebben gehad op de R-waarde. Inmiddels hebben we natuurlijk ook de maatregelen van 1 juni gehad. Dan komt er wel een periode van onzekerheid, omdat we altijd een dag of tien, veertien terugkijken met de R-waarde. Vanaf 1 juli komen daar natuurlijk de nieuwe versoepelingen bij.

De R-waarde is een belangrijk getal, omdat het weergeeft of het aantal uiteindelijk toeneemt, gelijk blijft of toch langzaam afneemt, wat we natuurlijk hopen. Het tweede wat je daarbij moet betrekken, is het totale aantal gevallen dat er nog is. Als dat aantal laag is en we een klein uitbraakje hebben, zoals we bijvoorbeeld in de slachterijen hebben gehad, kunt u zich voorstellen dat zo'n R-waarde, op grond van de waarneming van een plotseling substantieel aantal nieuwe personen op de lage waarden daarvoor, dan stijgt tot boven de 1, misschien soms wel naar 2. Dit terwijl de betekenis daarvan natuurlijk gering is, zeker als je meteen een diagnose stelt en dus duidelijk krijgt wat er aan de hand is. Het is een van de waarden die we nauwlettend controleren en die we graag onder de 1 hebben liggen, omdat dat uiteindelijk zal leiden tot het helemaal uitdoven en weggaan van het virus uit Nederland. Dat is natuurlijk de opzet.

Dan iets waarvan ik moet benadrukken dat het een heel grove inschatting is. Gevraagd is waarom we het allemaal hebben gedaan. Er is gevraagd naar een schatting van het effect zonder de interventies die gedaan zijn. Op deze sheet ziet u het aantal voorkómen ic-opnames weergegeven. Dat is dus los van de opnames die we hebben gehad. Het is het aantal dat we volgens de modellen erbij zouden hebben gehad als we niks hadden gedaan, alsmede het aantal voorkómen ziekenhuisopnames. Dat zijn toch hele grote getallen. In die zin zijn dit getallen zonder veel betekenis, omdat we natuurlijk met geen mogelijkheid 35.000, 40.000 patiënten op de ic hadden kunnen opnemen in Nederland. Maar het geeft toch weer dat als de maatregelen niet genomen waren, we een geweldige verstoring hadden gehad van het maatschappelijk leven op grond van de geweldige druk op de zorg. Je kunt die aantallen op verschillende wijzen benaderen en berekenen. U ziet hieronder een meer modelmatige berekening, die zelfs nog op hogere aantallen komt. Al met al zijn wij er dus van overtuigd dat we zinvolle interventies gepleegd hebben.

Er ligt een aantal specifieke vragen met betrekking tot het versoepelingspakket per 1 juli. Een belangrijke algemene vraag was: wat moeten we

nou doen met de groepsgroottes? U weet dat de groepsgrootte rond de 30 was gemaximaliseerd, zowel binnen als buiten, en dat er behoefte was om dat te verhogen. Ik wil u meenemen in een aantal overwegingen, die uiteindelijk tot de conclusie leidden dat er geen risicoloze versoepeling is en dat de versoepeling in belangrijke mate terugslaat op onszelf: de mate van zelfbeheersing die we tonen om de andere maatregelen te handhaven. U ziet hier het effect, in de curve weergegeven, van de groepsgrootte op de potentiële toename van het reproductiegetal, uitgerekend voor een bepaalde prevalentie. Daarmee bedoelen we dat het van belang is hoeveel infecties er überhaupt nog zijn, want even in het extreme: als er helemaal geen infecties meer zouden zijn, dan zou de groepsgrootte natuurlijk helemaal niet van invloed zijn, want dan zijn er gewoon geen infecties. Je moet dus beginnen met de kans dat er infectie aanwezig is in de groep waarover je praat. Als je dan uitgaat van één binnen die groep, dan ziet u hier het effect op de R-waarde van de groepsgrootte. Op die manier kan je voorspellingen doen met betrekking tot wat nou een acceptabel of wijs advies is voor de groepsgrootte. Even los van de puur modelmatige bepalingen zijn er sowieso een aantal overwegingen die, denk ik, heel invoelbaar zijn met betrekking tot groepen. Als je een groep groter maakt, zal er altijd wat geroezemoes zijn. Als je je dan verstaanbaar wilt maken, praat je altijd met stemverheffing. Daar zitten misschien weer aparte risico's in, want er zal altijd wat meer lawaai zijn. Ook geldt voor toenemende groepsgroottes dat er meer logistieke problemen ontstaan, dus problemen met betrekking tot hoe je op een bepaalde plek komt, wat de druk wordt op het openbaar vervoer en wat voor wachtrijen je kan verwachten aan de bar, bij het toilet, aan de garderobe en dergelijke. Los van de groepsbijeenkomst zelf kunnen dat risicofactoren vormen als de groepsgrootte toeneemt. Ook is het natuurlijk duidelijk dat er altijd een verschil is tussen binnen en buiten, waarbij zaken als ventilatie binnen natuurlijk een belangrijke rol gaan spelen. Ten slotte zijn er ook gewoon logistieke overwegingen met betrekking tot: als het dan misgaat, hoe makkelijk ben ik dan in staat om iedereen terug te vinden en om alle contacten boven water te krijgen? Als de groep te groot wordt, kan dat natuurlijk capaciteitsproblemen geven bij het bron- en contactonderzoek, zodat secundaire gevallen misschien minder makkelijk te traceren zijn dan wanneer de groepsgrootte klein is. Om dat toch beter te beheersen, kun je triage doen en kun je reserveringen en placering, dus het plaatsen op stoelen, verplicht stellen. Een combinatie van al deze argumenten heeft geleid tot wat gisteren gecommuniceerd is, waaronder het advies van het OMT om de groepsgrootte binnen en buiten te doen verschillen tussen 100 en 250 zonder een aantal maatregelen. U heeft ook gezien dat we vertrouwen hebben in de anderhalvemetermaatregel met betrekking tot groepsgrootte als je triage en reservering erbij doet. Groepsgrootte is een aspect waarbij je in principe een kans hebt dat je plotseling een uitbraak krijgt van enige grootte. Dat komt natuurlijk doordat iemand die besmettelijk zou kunnen zijn, zich door een groep beweegt en op die manier misschien meer personen infecteert dan het gemiddelde aantal personen dat je verwacht op basis van de R-waarde. Ik wil u laten zien dat het omgekeerde eigenlijk ook geldt. Dat wil ik u laten zien aan de hand van het aantal contacten dat we met z'n allen hebben, gemeten in 2017 en in het voorjaar. Ik heb de grafieken links al een keer eerder gedemonstreerd. Op deze zogenaamde hitemap geeft de kleurintensiteit het aantal contacten weer. Naarmate het meer blauw wordt, zijn er minder contacten en naarmate het meer geel wordt, komen er meer contacten. In de curve van 2017 ziet u dat de contacten vooral met leeftijdsgenoten zijn, vooral rond de kinderleeftijd en ook weer op oudere leeftijd. Recent gemeten, in 2020, is het aantal contacten tussen personen sterk teruggegaan en wel met ruim 60%.

Binnen die contacten geldt dan nog dat men heel erg verschilt in het aantal contacten dat men heeft. Dat is bij de curves in het midden te zien. Op de horizontale as ziet u het aantal contacten dat iemand heeft. Dat loopt in dit geval van 0 of 1 tot 100. Op de y-as, dus verticaal weergegeven, ziet u het aantal personen dat zich in die groep bevindt. Je ziet dus eigenlijk dat de meeste personen een relatief gering aantal contacten heeft, maar dat een aantal personen meer dan 100 contacten per dag heeft. Het interessante is dat als je naar de onderste curve kijkt, die de situatie op dit moment representeert, je eigenlijk precies hetzelfde beeld ziet, zij het dat men gemiddeld minder contacten heeft. Het is misschien wat moeilijk te zien op deze sheet, maar op uw hand-out kunt u wel zien dat er ook nu nog personen zijn die tussen de 80 en 100 contacten hebben. U kunt zich dus voorstellen dat, ofschoon het gemiddeld van ruim 14 naar 5 tot 6 terugloopt, er nog steeds personen zijn die meer dan 100 contacten per dag hebben. Als zo'n persoon geïnfecteerd is met het coronavirus, wat deels een kansproces is, kunt u zich voorstellen dat je plotseling een geweldige verspreiding krijgt, die – tussen aanhalingstekens – weleens wordt aangeduid als superspreading event of superspreader. Dat is in dit geval dus te verklaren uit de curve van het aantal contacten dat die persoon heeft. Dit even met betrekking tot een aantal achtergronden van de versoepeling.

Ik denk toch dat het algemene motto momenteel is dat we uit de acute crisis zijn wat betreft de aantallen patiënten – dat heb ik ook laten zien aan de hand van de grafieken – en dat het nu vooral een kwestie is van de vinger aan de pols houden om te zorgen dat het zo blijft en we niet opnieuw met een dergelijke verheffing geconfronteerd worden. Qua inspanning is dat niet minder, denk ik. We kunnen daar een heleboel zelf aan doen door ons heel nauwkeurig te houden aan de regels die gisteren in de persconferentie met nadruk zijn genoemd, waarbij de 1,5 meter een zeer belangrijke maatregel is, ook op grond van alles wat we daarvan weten uit de medische literatuur. Maar er zijn natuurlijk meer dingen, ook dingen die we vanuit het RIVM gaan ondersteunen en intensief gaan ondernemen.

Ik heb u er eerder in meegenomen dat er altijd een bepaalde tijdsperiode zit tussen infecties, het krijgen van klachten, het gaan naar de huisarts en het gaan naar het ziekenhuis. Met de wijze waarop we het nu hebben ingericht, bijvoorbeeld met het Nivel-huisartsenpeilstation waarbij we op het niveau van de huisarts kijken, maar natuurlijk ook met het volgen van ziekenhuisopnames en ic-opnames, hebben we altijd een bepaalde vertragingfactor met betrekking tot wat we eigenlijk willen beheersen: het aantal infecties. Ik heb u er ook in meegenomen dat we daar een aantal systemen voor aan het inrichten zijn. Sommige werken en andere hebben nog meer aandacht nodig om ze helemaal geschikt te maken voor het doel. Maar los van de strategieën en onze doelen hebben we earlywarningsystemen, dus vroegsignaleringssystemen, opgezet, net als surveillancesystemen, waarbij we continu kijken naar het aantal gevallen dat speelt in Nederland.

Daar wil ik u een aantal voorbeelden van laten zien. Dat earlywarning-systeem heeft te maken met het gedragsonderzoek, waarbij we bijvoorbeeld kijken wat het gedrag van personen is met betrekking tot het gebruikmaken van de teststraten. Als we zien dat dat in belangrijke mate achterblijft, kun je voorstellen dat je daar extra communicatiemiddelen op in wil zitten om dat toch voldoende onder de aandacht te brengen. Dat uit zich ook in een nalevingsmonitor. Dat is een soort portfolio: we schrijven op wat de gebeurtenissen of situaties zijn waarin verspreiding van het virus heeft plaatsgevonden, natuurlijk met als doel om dat in een volgende periode te voorkomen. We willen ook gebruikmaken, als dat wordt toegestaan, van verplaatsingsgegevens via de telefoon. Dat wilde ik

u zo illustreren. Daarnaast hebben we een aantal surveillancesystemen. Daarvan wilde ik u de rioolwatersurveillance illustreren. Daar begin ik nu mee.

Wat houdt rioolwatersurveillance in? In feite precies wat het woord zegt. We nemen bemonsteringen uit rioolwater. Omdat rioolwater uiteindelijk alle uitscheidingen van de mens samenbrengt, kunt u zich voorstellen dat als het virus via de ontlasting naar het riool gaat, het met de huidige zeer gevoelige detectiemethoden ook mogelijk is om virus aan te tonen in dat rioolwater. Dat ziet u hier weergegeven voor twee verschillende periodes. Links ziet u de periode van de uitbraak. U ziet weer de bekende curve van het aantal door de GGD gemelde personen. Tijdens de piek en in een latere fase, 1 en 2, zijn er bemonsteringen gedaan van zo'n 29 locaties uit het rioolwater. Dat doet het RIVM samen met de waterschappen. U ziet de bepalingen in staafdiagrammetjes. De eerste periode waren die relatief hoog. Tijdens de tweede tijdspanne – u ziet dat in de rechter grafiek – komen de staafdiagrammen veel minder hoog. Dat reflecteert dat er minder virus in het rioolwater is aangetroffen. U ziet dat zich dat helemaal relateert aan het aantal patiënten dat met COVID-19 op dat moment in die gebieden aanwezig was. De kleuring geeft de ziekenhuisopnames in die gebieden aan. U ziet ook dat die gebieden die wat meer donkergroen zijn gekleurd, over het algemeen ook hogere staafdiagrammen hebben dan de gebieden die lichter zijn gekleurd.

We kunnen uit dit onderzoek al een aantal conclusies trekken. Er is dus een relatie tussen het aantal personen met COVID-19-infectie en de uitscheiding van het virus in rioolwater wat we kunnen waarnemen. We hebben ook waarnemingen dat in gebieden waar geen patiënten zijn gemeld aan het ziekenhuis, er toch activiteit was in het rioolwater. Dat kan zich bijvoorbeeld wel vertalen naar meldingen bij de GGD die niet tot ziekenhuisopnames leiden. Die gegevens maken dat we verwachten dat het meer intensief gaan monitoren van rioolwater – dat zullen we in de toekomst voor veel meer locaties doen dan in dit pilotonderzoek – een vroeg signaal kan zijn van vernieuwde ziekteactiviteit die zich misschien nog lang niet altijd heeft vertaald in ziekenhuisopnames en GGD-meldingen. Rioolwateronderzoek lijkt dus een interessante wijze van vroegsignalering om het rondgaan van het coronavirus in Nederland te detecteren.

Dan hebben we nog de Infectieradar. Die hebben we door zeer onfortuinlijke omstandigheden helaas offline moeten halen, maar we hopen die snel weer online te hebben met een toekomstbestendige oplossing, zoals dat heet. U ziet de huisartsenpeilstations weergegeven, waarbij de patiënt naar de huisarts moet. U kunt zich voorstellen dat als de patiënt zelf per week rapporteert of hij wel of geen klachten heeft – dat ziet u in de blauwe lijn aangegeven – je hele gedetailleerde informatie krijgt die meteen weergeeft hoeveel klachten er spelen onder de bevolking. Als voldoende personen in de bevolking mee willen doen aan deze registratie en deze surveillance, dan geeft dat een heel betrouwbaar beeld, hopelijk gespreid over Nederland, over ziekteactiviteit die zou kunnen berusten op corona, maar ook een ziekteactiviteit waarvan je hoopt dat die leidde tot bezoek van de teststraat. Ook dit is dus een vroegsignaleringsinstrument waar burgers zelf actief in kunnen participeren en waarin we dus het aantal personen in de tijd meten, wat per week wordt geüpdatet, van personen die klachten hebben die misschien zouden kunnen passen bij een coronavirusinfectie.

De voorzitter:

Een verduidelijkende vraag van mevrouw Van den Berg. Gaat uw gang.

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

Mag ik nog even terug naar de rioolwatersheet? Ik kom zelf uit Zeeland, en ik weet dat daar eigenlijk heel weinig besmettingen zijn. Het valt mij nu op

in Zeeuws-Vlaanderen dat dat staafje daar nog erg hoog is. Hebt u daar nog wat extra achtergrond over?

De heer **Van Dissel**:

Nee, dat hebben we momenteel nog niet. Maar we weten natuurlijk wel dat, als we het aantonen in het rioolwater – dat gebeurt meerdere keren, het is niet zo dat we op één meting vertrouwen – dit gewoon betekent dat er personen zijn die op dat rioolwater uiteindelijk ontlasting toevoegen en die blijkbaar positief zijn. We weten natuurlijk ook dat een heleboel personen lang niet altijd zo ziek worden dat zich dat ook uit in huisartsenmeldingen of ziekenhuisopnames. Dat is dan waarschijnlijk gaande in dat gebied. Daarom is dit zo'n mooi instrument om waarschijnlijk in een heel vroeg stadium op te pakken of er in bepaalde gebieden weer meer activiteit is, omdat dit natuurlijk meteen het optreden en de ontwikkeling van infecties representeert.

Nog iets over de teststraten. Ik weet zeker dat collega De Gouw daar straks meer over zal vertellen. We hebben zo'n 80 GGD-testlocaties. Sedert 1 juni zijn deze opengesteld, dus in drie weken tijd zijn daar zo'n 180.000 testen afgenomen. Dat vertaalt zich grofweg naar zo'n 10.000 per dag. Over het algemeen verwacht je dan dat, als je meer gaat testen, je ook meer positieven krijgt. Maar u ziet opmerkelijk genoeg dat het aantal positieven zelfs in die kleine periode al is afgenomen en eigenlijk is gehalveerd. Daar kunnen allerlei verklaringen voor zijn. Maar als je dat in het grote beeld plaatst, ook met minder ziekenhuisopnames, minder meldingen bij de huisarts en minder meldingen op de Infectieradar, dan berust dat toch zeer waarschijnlijk op een reële afname van het aantal infecties.

Het tweede wat onder andere al uit dat onderzoek volgt, is dat de meeste positieven – 0,9% in week 25 – via gericht bron- en contactonderzoek door de GGD worden geïdentificeerd en worden gekenmerkt als risico.

Wanneer die personen, die dus contact hebben gehad met een index die bevestigd COVID-19-positief is, klachten krijgen, blijkt ongeveer 14% van hen ook positief te zijn. Dat betekent ook weer omgekeerd dat de bron- en contactonderzoeken blijkbaar goed in staat zijn om mensen te vinden die inderdaad ook een verhoogd risico hebben. Tegelijkertijd: als je naar de totale groep kijkt – dat ziet u daaronder weergegeven – dan is de meerderheid van de personen die nu naar de testlocatie gaat ongeveer 85%. Wie positief wordt bevonden maakt nog geen onderdeel uit van zo'n bron- en contactonderzoek. Daar is dus ook nog steeds winst te behalen.

De **voorzitter**:

Een verduidelijkende vraag van de heer Van Otterloo. Gaat uw gang.

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

Ik was benieuwd of die 14% ook iets zegt over de R-waarde. Welke conclusie trekt u uit het feit dat van de mensen die in contact zijn geweest met iemand die het heeft gehad, dit voor ongeveer 14% tot een positieve uitslag leidt?

De heer **Van Dissel**:

Je kunt er vele dingen uithalen. De R-waarde wordt, voor de duidelijkheid, uiteindelijk berekend uit het aantal positieve personen. In die zin heeft het daar natuurlijk betrekking op. Tegelijkertijd zegt het natuurlijk ook iets over hoe goed de GGD in staat is om met het bron- en contactonderzoek de juiste mensen te identificeren. Even heel extreem gezegd: als het 0 zou zijn, betekent dat dat we niet de goede personen vinden en als het 100 zou zijn, denk ik dat je er een heleboel mist. Je wil dus eigenlijk een getal hebben – ik denk dat dit helemaal geen slecht aantal is – waarbij je het gevoel hebt dat je alle relevante personen oppikt en tegelijkertijd natuurlijk niet veel te veel test, wat allemaal negatieve waarden oplevert.

Uit dat bron- en contactonderzoek en ook de Osiris-data wilde ik nu nog een aantal dingen laten zien, geïllustreerd in een tabel. Ik denk dat u echt de sheet erbij moet nemen, om het goed te kunnen lezen. Ik in ieder geval wel van deze afstand. Laten we even naar de tabel aan de rechterzijde gaan. Die geeft percentagegewijs voor de periode vanaf 1 mei en vanaf 1 juni – dat zijn als het ware opeenvolgende perioden in de tijd – weer waar die positieve personen zitten die we hebben gevonden via het bron- en contactonderzoek. Dan ziet u eigenlijk dat de thuissituatie en de overige familie nog steeds in de meeste gevallen de groep, de setting, identificeren waarin we positieve personen vinden in bron- en contactonderzoek. Dat betekent, met andere woorden, dat het grootste deel van de besmettingen in Nederland plaatsvindt in de familiesetting. U ziet dat werk ook gerepresenteerd is, met aanvankelijk 17% en later teruglopend naar zo'n 13%. In de linker opsomming ziet u genoemd dat dat aanvankelijk gezondheidsmedewerkers waren, maar u ziet ook dat dat afneemt. Het is inmiddels verder afgenomen. Daar zien we dus minder infecties. Je ziet daar bijvoorbeeld ook in terug, als je meer in detail gaat naar de werksituatie, bijvoorbeeld de slachterijen, de vleesslachterijen. Daar zijn via werk besmettingen opgetreden, wat zich direct vertaalt in een verhoogd percentage in deze tabel.

De tweede groep die ik even omcirkeld heb, aan de rechterzijde, zijn de verpleeghuizen en wooncentra voor ouderen. U ziet dat daar het percentage positief getesten sterk aan het afnemen is, wat zich ook reflecteert in het feit dat er momenteel minder infecties in de verpleeghuissetting plaatsvinden, al is het, zoals u ook in het nieuws heeft kunnen horen, nog geen 0. Dat is natuurlijk ook een gunstig gegeven. Sinds 1 juni worden verpleeghuizen dan ook nauwelijks nog genoemd als een setting waarin besmetting heeft plaatsgevonden, net als – dat heb ik net al even genoemd – dat het aantal positieven onder zorgmedewerkers afneemt. Dit is dus nuttige informatie, want die vertelt ons dat de meeste besmettingen die er nog zijn eigenlijk familieclusters zijn. Dat betekent dat je je daar extra op kunt richten bij het voorkomen van nieuwe infecties, maar ook dat het bron- en contactonderzoek, dat zich met name richt op de personen die het meest intensief contact hebben met index, zoals de GGD's doen, zich terecht met name op de huissituaties richt.

Dan nog even iets anders over dat bron- en contactonderzoek. Dat is natuurlijk niet iets wat gebeurt zonder dat we daar bepaalde kwaliteitseisen bij willen betrekken. U ziet een aantal indicatoren weergegeven waarvan we het belangrijk achten dat daar een bepaalde streefwaarde wordt bereikt. Die worden momenteel uitgewerkt. Je wilt dus dat er een bepaald aantal contacten per positieve index wordt gevonden. We hebben het de vorige keer al even gehad over de tijdigheid, dus dat we eigenlijk zouden willen dat we binnen één dag van personen die klachten hebben terugkrijgen of ze al dan niet positief zijn, zodat dat weer heel snel tot een vervolg kan leiden. Je wil de begeleiding van contacten op een bepaalde wijze borgen en zeker weten dat dat voldoende gebeurt. Je wil ook de epidemiologische opbrengst weten, dus hoe vaak het contactonderzoek leidt tot nieuwe gevallen. Dat is die 14% die ik net noemde. Dat is ook een indicator. Als die te hoog zou zijn, betekent dat eigenlijk dat je personen mist. Dan moet je het bron- en contactonderzoek weer aanpassen. U kunt zich voorstellen dat er zo allemaal kwaliteitseisen zijn die we aan dat bron- en contactonderzoek stellen.

Moet ik even stoppen?

De voorzitter:

Ja dit is de bel voor de aanvang van de plenaire vergadering. Die duurt een minuut. Laten we daar even op wachten.

Gaat u verder, meneer Van Dissel.

De heer **Van Dissel**:

Dank u wel. U ziet aan de linkerzijde twee grafieken. De bovenste grafiek herkent u, denk ik. Dat zijn de meldingen in het Osiris-systeem vanuit de GGD van positief geteste personen. Ik wil u even meenemen naar de grafiek linksonder. Die schetst wat ons betreft een gunstig beeld. We zien dat er eigenlijk meer bronnen worden geïdentificeerd en dat dat ook sneller gebeurt. Want wat ziet u in die grafiek? U ziet in de tijd, die eigenlijk synchroon loopt met het aantal infecties dat daarboven wordt weergegeven, of het al dan niet mogelijk is om een bron te vinden bij een indexgeval, dus om zogenaamde «paden van overdracht» vast te stellen tussen een bron en een geïnfecteerde. Als dat lukt, leidt dat tot een bolletje op de grafiek. U ziet eigenlijk dat die bolletjes toenemen naarmate je recenter komt. Wanneer je de eerste periode vergelijkt met de laatste periode, ziet u in de laatste periode veel meer bolletjes en ook grotere bolletjes dan aan het begin. Dat betekent dat we er uiteindelijk vaker samen met de GGD in slagen om vast te stellen hoe een bepaalde keten van overdracht geweest is, om te zogenaamde «transmissiepaden» te vinden.

Het tweede dat u ziet, ziet u op de blauwe lijn die daar doorheen getrokken is. Die geeft de tijdspanne, dus de periode, weer tussen de bron en het vaststellen van de geïnfecteerden. Dat is dus een maat voor hoe snel je in staat bent om zo'n hele keten duidelijk te krijgen. U ziet eigenlijk dat dat langzaam opliep – dat is een niet zo goed teken, want dan zijn we blijkbaar niet in staat om dat heel snel te doen – maar dat het sinds enige tijd afneemt. Dat betekent dat we samen met de GGD's sneller in staat zijn om bron en geïnfecteerden vast te stellen. Dat betekent dus ook dat zo'n bron, als die op dat moment nog onbekend was, minder kans heeft om nog anderen te infecteren. Dat is dus op zich een gunstig gegeven. Het is ook weer een voorbeeld van hoe de kwaliteit van het bron- en contactonderzoek en ook het Osiris-systeem continu wordt geëvalueerd om ervoor te zorgen dat we daar zo goed mogelijk mee bezig zijn en helpen om de verspreiding van COVID-19 te voorkomen.

Dan ten slotte iets over hoe we kunnen monitoren op de beweeglijkheid van personen. Dat hebben we lange tijd gerapporteerd op grond van de Google Mobilitydata, zoals dat heet. Die geven voor bijvoorbeeld gebruik van publiek transport, voor waar iemand zich bevindt, voor waar hij werkt, weer wat de veranderingen waren onder invloed van de interventies. U ziet dat er aanvankelijk een toename was van het aantal personen dat inderdaad thuisbleef, thuis werkte, en minder gebruikmaakte van bijvoorbeeld het openbaar vervoer. U ziet dat dat toch allemaal wat aan het teruglopen is. Dat zien we natuurlijk ook gebeuren als we om ons heen kijken. Dit is daar een meer kwantitatieve reflectie van. Overigens zegt dit natuurlijk niks over het gebruik van de 1,5 meterregel, maar het geeft wel weer dat men meer buiten komt. Eigenlijk is dit ook wel een heel belangrijke maat, die je zou willen koppelen aan mogelijke verspreiding van het virus. Net als de rioolsurveillance is het ook een manier om te kijken hoe we het naar de toekomst toe zo snel mogelijk de kop in kunnen drukken, ook om een tweede golf, als die al komt, zo vlak mogelijk te laten zijn.

Daarvoor wordt eigenlijk in alle landen om ons heen gebruik gemaakt van telefoondata, in de zin dat op volledig geanonimiseerde en ook geaggregeerde wijze – dat wil zeggen dat het niet om één persoonlijke telefoon gaat, maar om meerdere tegelijkertijd, zodat dat nooit op de persoon is terug te voeren – wordt gekeken naar waar die telefoons zich bevinden. U ziet hier dat Duitsland, Frankrijk en ook Noorwegen daar gebruik van maken. U ziet aan de rechterzijde een aantal voorbeelden van hoe zich dat dan vertaalt in informatie. Ik meen dat de onderzijde verschillende gebieden in Noorwegen is, tezamen genomen in de groene lijn en helemaal aan de onderzijde uitgesplitst voor verschillende steden in Noorwegen. Je ziet dat er aanvankelijk een geweldige afname was van

mobiliteit en daarna weer een toename, ook in het kader van de versoepling in Noorwegen. Boven ziet u, overigens maar voor een deel van de tijd, de veranderingen weergegeven die ik dacht in Wales en Schotland zijn opgetreden wat betreft mobiliteit na het opstarten van de lockdown in Engeland.

Dit is natuurlijk maar één ding wat je ermee kan. Het ligt misschien voor de hand en het is misschien nog niet zo informatief, maar je kunt zien hoe Duitsland daar gebruik van maakt. Die hebben een website die je kunt bezoeken en die zeker per dag de mobiliteit weergeeft, dus wat de verplaatsingen in Duitsland waren. U ziet het hier even op twee kaartjes weergegeven. Aan de linkerzijde ziet u een periode waarin de lockdown effectief was. Met name richting Oostenrijk, waar natuurlijk meer besmettingen waren, ziet u dat de kleuren heel erg donker zijn. Dat betekent dat men thuisbleef. En aan de rechterzijde ziet u al veel minder donkere kleuren, en zelfs een aantal rode kleuren in de kustgebieden, waar men alweer enig toerisme opstart. Die informatie wordt in Duitsland gevolgd. Ik heb als voorbeeld gegeven het voorkomen van het aantal nieuwe covidgevallen in verschillende steden in Duitsland. Het moge duidelijk zijn dat daar een goede correlatie is tussen de mobiliteit op basis van de telefoongegevens en het aantal covidgevallen, in dit geval geprojecteerd naar verschillende steden. U kunt zich voorstellen dat je dat ook per regio kunt bekijken. Er zijn allerlei manieren om deze gegevens te interpreteren, maar in Duitsland wordt het gezien als een zeer waardevolle aanvulling op een aantal andere systemen.

In alle eerlijkheid vermoeden wij dat een dergelijk systeem in Nederland opnieuw nuttige informatie zou geven, toegevoegd aan de andere informatie die we hebben, om risicovolle gebeurtenissen te kunnen zien. Als we die kunnen vaststellen en als we ook kunnen vaststellen dat die hebben geleid tot besmettingen, kunnen we van die kennis gebruikmaken om dat te gaan voorkomen in de toekomst. Wij denken dat dit een belangrijk systeem is om toe te voegen aan ons earlywarningsysteem. Dat betekent dat we op het RIVM momenteel een aantal veranderingen doorvoeren. We zullen veel minder van het Outbreak Management Team gebruikmaken, omdat de meeste maatregelen inmiddels zijn teruggedraaid of omdat duidelijk is hoe ze teruggedraaid kunnen worden. Los daarvan bestaat het Outbreak Management Team met name uit deskundigen van buiten het RIVM, meestal van Nederlandse universiteiten. We zullen natuurlijk niet schromen om ze weer bij elkaar te roepen mochten er vragen komen om te beantwoorden, maar we gaan toch weer meer terug naar onze standaardrol. In dit geval is dat het nauwlettend in de gaten houden van de verspreiding van het virus, gebruikmakend van die earlywarningsystemen en die surveillancesystemen, en het zo snel mogelijk signaleren van verheffingen. Een ander deel van onze rol is het ondersteunen van de GGD en het samen onderzoek doen. Verder zijn het de dingen die ik genoemd heb, zoals rioolsurveillance. We denken dat dat veelbelovend is, maar dat vraagt natuurlijk nog het nodige aan onderzoek, zoals we net ook bij de vragen hebben gehoord. Het is er allemaal op gericht om betere kennis te krijgen en uiteindelijk te zorgen dat we COVID-19 de kop blijven indrukken.

Het heeft ook tot gevolg dat we, nu we het dashboard hebben, met het ministerie hebben afgesproken om onze dagelijkse rapportage van de inmiddels toch niet meer zo indrukwekkende getallen op de website, naar één keer per week terug te brengen, net als de duiding ervan. We denken namelijk dat het dagelijks rapporteren van één tot drie ziekenhuisopnames niet zo zinvol is. Uiteraard doen we de signalering van eventuele verspreidingen of toenames wel dagelijks, maar dat wordt niet dagelijks gerapporteerd.

Hierbij wilde ik het houden. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank. Dan vraag ik de bode om de afstandsbediening even te reinigen. Ik geef nu graag de heer De Gouw de gelegenheid voor zijn presentatie. Hij zal ingaan op de voortgang van het testen en het bron- en contactonderzoek. Het woord is aan de heer De Gouw. Gaat uw gang.

De heer **De Gouw**:

Dank u wel voor de gelegenheid om u bij te praten over de voortgang van testen en bron- en contactonderzoek. Het gaat met name over cijfers en ervaringen uit de praktijk. Daarbij wil ik drie onderwerpen aanstippen. Ten eerste is dat de ketenbenadering. Die is de afgelopen tijd nogal in het nieuws geweest en heeft natuurlijk onze volle aandacht. Ten tweede ga ik in op de cijfers en de ervaringen die we hebben met het testen. Ten derde ga ik in op de ervaringen met het bron- en contactonderzoek.

Als we kijken naar de keten van aanmelden, testen en starten, begint het natuurlijk bij klachten, het benaderen van het callcenter, het inroosteren in de teststraat, het testen, het laboratoriumonderzoek en het streven om bij een positieve uitslag binnen één dag te beginnen met het bron- en contactonderzoek. Dat is cyclisch, in die zin dat de 14% die net door collega Van Dissel werd genoemd, dus de objecten uit het bron- en contactonderzoek die positief testen, op dat moment weer index worden, waarmee het hele traject met hen weer opnieuw begint.

Laten we kijken naar de stappen in de testketen en de samenwerking. Er zijn ongeveer 80 testlocaties, de 30 laboratoria – dat worden er 50, maar er zijn er op dit moment 30 aangesloten – en 25 GGD's. Ik noem dat omdat CoronIT, waarin dit is opgezet, een geheel nieuw ontwikkeld platform is. Het was er gewoon niet. Dat betekent dat we dat met stoom en kokend water hebben ingericht. Maar het betekent ook dat alle aansluitingen op dat systeem vanuit de verschillende laboratoriumsystemen en vanuit registratiesystemen, maar ook de verschillende afspraakmodules die er binnen GGD's zijn voor de teststraten, een-op-een moeten worden aangeklikt en aangesloten in dat systeem. Dat is inmiddels gebeurd. We zijn nog bezig met het aansluiten van de laboratoria daarop, waarmee we uiteindelijk op 50 uitkomen. Op dit moment kunnen we alle afgenomen testen in hoog tempo verwerken, maar we proberen uiteraard wel om iedere keer wat meer inzicht te krijgen in die grote logistieke opgave: waar zitten nu de knelpunten en waar zitten de verbetermogelijkheden?

Als u rechts kijkt, ziet u dat we dat hebben ondergebracht in veertien verschillende stappen, vanuit het perspectief van de klant gezien, waarbij er een aantal meetbaar zijn. Die zijn donker gekleurd. Die meetbare, dat zijn dus de stappen op basis waarvan wij evalueren of er nog mogelijkheden zijn tot verbetering en hoe de stand van zaken nu is. Er is een taskforce gevormd, samen met het landelijk centrum voor diagnostiek in de keten en het programmabureau van GGD GHOR Nederland en het RIVM. Die bekijken waar welke stap nog verbeterd kan worden. Dat gebeurt dus ook in samenwerking met laboratoria, want voor laboratoria is het ook nieuw om op deze manier te werken. U zult dadelijk in mijn presentatie nog een paar zaken terugzien waarbij die verbeteringen mogelijk zijn. Onder andere waar het hier gaat over «aankomst lab» en «monsterafname verpakt en verzonden aankomst lab» zien we nog verschillen. Landelijk is bepaald welke labs meewerken aan de analyse van COVID-19. Er zijn ook productieafspraken gemaakt, zodat de labcapaciteit zo goed mogelijk kan worden gebruikt. Dat betekent bijvoorbeeld het volgende. In Limburg is er een teststraat naast een lab. Daar worden vijf keer per dag de monsters opgehaald. Maar bijvoorbeeld in Utrecht moet een deel van de monsters naar Deventer worden gebracht en dat gaat natuurlijk niet vijf keer per dag. Daar gaat een flinke tijd overheen, want je gaat niet voor één monster heen en weer rijden. Dat is een voorbeeld van de stappen waarbij wij nog verbetermogelijkheden zien om te zorgen voor versnelling.

U ziet ook de stap «autorisatie in LMS». Dat is iets wat door de microbioloog moet gebeuren. Als er een analyse is geweest, moet die geautoriseerd worden. We proberen dus ook met de microbiologen te bekijken hoe dat zo snel mogelijk kan gebeuren. Het is namelijk niet zo dat een microbioloog ieder moment bij die machine zit om iedere afzonderlijke uitslag te autoriseren. Dus u ziet dat we er ontzettend hard mee bezig zijn om dat te verbeteren.

Bij de monsterafname zien we hetgeen collega Van Dissel heeft verteld: meer dan 180.000 mensen hebben zich gemeld bij de GGD's een afname van het aantal positieven. Dat is natuurlijk ook te modelleren en een van de conclusies daarvan kan zijn dat we in ieder geval genoeg testen. Als je een percentage zou hebben dat even hoog is als ten tijde van het uitsluitend testen van doelgroepen die een hoger risico lopen op besmetting, zou je weten dat je niet genoeg test, omdat er dan nog een hoop mensen zijn die... Je verwacht namelijk dat je tussen de 1% en 2% uitkomt en dat was ook de ondergrens die wij hadden bepaald voor het aandeel bron- en contactonderzoek en onze capaciteitsplanning daarvoor. We zien dat we daar op dit moment onder blijven en dat betekent in ieder geval ook dat er genoeg wordt getest.

Onze ervaringen zijn dat de meeste mensen het callcenter in de ochtend bellen om een afspraak te maken. In het begin was dat hectisch. Er waren 1.100 callcentermedewerkers, maar op de eerste dag belden er op maandagochtend om 08.00 uur 70.000 mensen! Elke medewerker kan meerdere telefoontjes tegelijkertijd aannemen, maar dan staan er dus nog steeds 68.000 mensen in de wacht. Dat zijn natuurlijk aantallen die je je nauwelijks kunt voorstellen. Vandaar ook dat we al snel met de oproep zijn gekomen om het later op de dag nog een keer te proberen. Dat deden we om het beter te spreiden, maar mensen laten zich daar niet altijd door leiden. Zeker mensen die dezelfde dag nog getest willen worden, blijven het 's ochtends proberen.

Nu de kinderziektes zijn weggewerkt, kan het overgrote deel van de mensen die het callcenter belt, meteen worden geholpen met het inplannen van een afspraak. Een uitzondering is nog steeds de maandagochtend, want dan is er soms een wachtrij van drie tot vier minuten. Maar in de loop van de dag zien we dat die wachtrij gewoon is verdwenen.

Wij vragen mensen natuurlijk wanneer ze hun afspraak willen hebben. Dan zijn er mensen die zeggen: ik wil «m zo snel mogelijk. Maar er zijn ook mensen die zeggen dat ze eerst een oppas of vervoer moeten regelen en vervolgens vragen of het niet morgen kan. Er zijn ook mensen die zeggen dat ze pas over twee of drie dagen een afspraak willen, omdat hun dat beter uitkomt, maar die mogelijkheid hebben we dichtgezet. Je meldt je met klachten en daar zit dan ook een zekere urgentie aan. Wij willen daarom bevorderen dat mensen zich zo snel mogelijk laten testen en daarvoor dus ook tijd in hun agenda vrijmaken. Mensen moeten van tevoren nadenken over hoe ze het gaan regelen als ze ergens naartoe moeten.

Het heeft er verder mee te maken dat de vraag voor bepaalde teststraten soms groter is dan het aanbod van die betreffende teststraat. Om in mijn regio te blijven: wij hebben vier teststraten en we zien dat die in Katwijk relatief snel volloopt, terwijl er in Leiderdorp plaats genoeg is. Wij proberen mensen dan te bewegen naar die andere straat te komen, omdat het niet mogelijk is om de capaciteit gedurende de dag te vergroten. We proberen de capaciteit op basis van het aantal gemaakte afspraken in te richten en te verplaatsen, maar dat kent wel zijn logistieke beperkingen. We zien toch dat mensen dan zeggen: dan wacht ik liever nog een dag, zodat ik gewoon in Katwijk terecht kan en niet naar Leiderdorp hoef te gaan. Dat zijn de ervaringen die wij daarmee hebben.

Dan ga ik nu over naar het bron- en contactonderzoek. Daarbij spelen twee dingen: de bronopsporingen en het contactonderzoek. Wij vragen daarvoor elke patiënt waar hij of zij de infectie mogelijk opgelopen denkt

te hebben. Daarbij gaan we veertien dagen terug en het is nogal een operatie om dat bij iedereen uit te vragen. Gaat u zelfs maar eens na waar u de afgelopen veertien dagen allemaal bent geweest en welke mensen er in die periode bij u in de buurt zijn geweest. Dat is wel iets wat we navragen bij mensen. Bij mensen die ziek zijn, is dat vaak nog ingewikkelder. Dat zagen we met name in het begin toen we mensen in het ziekenhuis vroegen waar ze de afgelopen veertien dagen waren geweest en met wie ze contact hadden gehad. Daar kregen we dan uit: «Ik ben in die en die winkels geweest en in dat restaurant. En ik ben ook bij kennissen op visite geweest.» Je krijgt dan over die veertien dagen echt een enorme hoop locaties waar iemand het virus mogelijk heeft opgelopen. We registreren die locaties op dat moment en u zult zo meteen zien hoe we die verwerken.

Natuurlijk zijn we alert op bijzondere clusterings van cases van mensen met een infectie. Als we zo'n verheffing zien, bijvoorbeeld dat in een gemeente plotseling een aantal mensen meer dan gemiddeld en met een zekere samenhang positief test, kunnen we veel gerichter op zoek gaan naar een gemeenschappelijke bron. Dat is eigenlijk het meeste werk. Want als je tien mensen hebt die plotseling in een gemeente besmet zijn geraakt, dan heb je bij al die tien mensen nagevraagd: waar bent u dan in de afgelopen periode geweest? Dan lukt het in een steeds groter aantal gevallen om vast te stellen dat er een gemeenschappelijke bron is, bijvoorbeeld een kerk, een restaurant – het werd al genoemd – een slachthuis of een viering maar het kan ook een familiebarbecue zijn. Allerlei evenementen komen dan naar voren als mogelijke plaats van verspreiding. Dan is het ook wel goed dat men zich het volgende realiseert. Waar je bijvoorbeeld bij legionella in staat bent om vervolgens op die plek maatregelen te nemen, geldt bij covid dat niet te verwachten is dat het virus er na een week in een lege kerk nog is. Dus het gaat er niet om dat je maatregelen neemt die gericht zijn op het gebouw, behalve bijvoorbeeld bij slachterijen en verpleeghuizen. Daar zie je natuurlijk ook dat je hygiëneadviezen kunt geven en de situatie kunt verbeteren. Maar bij het merendeel van de bronnen weet je gewoon dat mensen daar op enig moment bijeen zijn geweest en dan kun je niet zo veel met die bron. We kijken het wel altijd na. En als er meerdere infecties zijn, nemen we ook altijd contact op met die locatie, of dat nou een restaurant is of een feesthal of een winkel, om toch te kijken hoe het komt dat het op die plek vaker voorkomt, althans: we denken dan van een aantal mensen dat ze daar besmet zijn geraakt. Bijzondere signalen zoals slachthuizen worden wekelijks gedeeld met alle GGD's, met de microbiologen en met het RIVM, zodat we dat ook van elkaar weten en registreren.

Het doen van contactonderzoek betekent dat we bij iedere patiënt de contacten in kaart brengen. Wij vragen dus: met wie heeft u contact gehad vanaf 48 uur voor de eerste klachten, voor de eerste ziektedag? Dat betekent dat we van die contacten contactgegevens, zoals telefoonnummers en adressen, kortom zo veel mogelijk gegevens, moeten hebben om mensen te benaderen. We benaderen ze telefonisch, maar je moet maar net het nummer hebben. Dan blijkt toch dat een aantal mensen contact hebben gehad met anderen waarvan ze niet direct het telefoonnummer hebben en dat ze zeggen: dat moet ik nog opzoeken; ik moet het even bij die en die navragen. Dat is dus de praktijk waarmee we te maken hebben in ons researchewerk. Dat is ook de reden dat zo'n eerste gesprek makkelijk tweeënhalf tot drie uur duurt.

We onderscheiden die contacten in drie categorieën. De eerste categorie zijn de huisgenoten, met wie wordt samengewoond. De tweede categorie zijn de overige nauwe contacten. Dat zijn mensen met wie men langer dan 15 minuten op minder dan 1,5 meter afstand is geweest óf korter dan 15 minuten met hoog risico, dat wil zeggen: hoesten, kussen en dergelijke. Dat zijn dan de nauwe contacten. De derde categorie zijn de overige, niet-nauwe contacten. Dat zijn contacten waar wél langer dan 15 minuten

contact mee is geweest maar op grotere afstand dan 1,5 meter. Dat zijn de overige, niet-nauwe contacten. Dat onderscheid is van belang omdat we die eerste twee categorieën volgens de richtlijn met best wel strenge adviezen en verzoeken benaderen, terwijl de overige, niet-nauwe contacten worden benaderd met het gegeven dat men in contact is geweest, maar niet direct met iemand die positief is getest. Die krijgen dus het advies om gewoon alert te zijn en zich met klachten direct te laten testen.

De index en huisgenoten worden gebeld op dag één, dag zeven en dag veertien. Nu we drie weken verder zijn, zijn we in staat om daarvan ook de eerste gegevens te gaan verzamelen. Als je dat op een statistisch betrouwbaar niveau moet doen bij toch een beperkt aantal positieven en een beperkt aantal contacten per positieve, dan duurt dat gewoon enige tijd. Dus die gegevens worden verzameld, maar daar is op dit moment nog geen analyse van te maken. De eerste beelden zijn wel dat mensen bereid zijn om gewone maatregelen op te volgen. Dat blijkt dan uit de telefoontjes op dag zeven en op dag veertien. Maar ik kom er dadelijk nog op terug wat we kunnen doen om dat te bekorten en verbeteren. Zoals ik net al zei: bij brononderzoek gaat het er met name om dat je meerdere besmettingen naar één bron probeert te herleiden, omdat je daarmee de besmetting effectiever kunt bestrijden. In ruim de helft van de gevallen slagen we erin om een bron of de meest vermoedelijke bron te identificeren. Vaak is dat de thuissituatie of de familie. Wat wij dan ook doen, als wij het zeker willen weten, is het RIVM vragen om sequencing te doen. Collega Van Dissel had het over die paren die gevonden zijn waarbij je dus kunt zeggen dat het echt gaat over het broertje of het zusje van het virus en niet dat de verschillen tussen de virussen zo groot zijn dat je moet vaststellen dat het twee verschillende bronnen zijn. Op die manier proberen we dat te doen, maar wel altijd als het effectief is voor de bestrijding.

Ik denk dat het goed is om te benadrukken dat Osiris en de landelijke registratie voor de surveillance zijn, terwijl de bestrijding in alle regio's plaatsvindt. Dat betekent dat wij meer data hebben over de verspreiding. Wij hebben van iedereen alle contactgegevens, het bsn-nummer, de naam. Die voeren wij in in onze eigen registratie, maar wat wordt doorgegeven aan het RIVM ten behoeve van de surveillance is een beperkte set gegevens. Dat is in de Wet publieke gezondheid geregeld. Het lukt dus niet altijd om een bron te vinden. Met name als er individuele gevallen zijn, wat bij deze lage aantallen meestal zo is, dan kunnen we hoogstens een aantal vermoedelijke bronnen benoemen – de plaatsen waar iemand is geweest of relatief vaak is geweest – maar hebben we geen bewijs dat het ook de bron is en geen mogelijkheden om het verder te onderzoeken. Het is dan echt wachten op meerdere besmettingen die tot dezelfde bron zijn te herleiden voordat je bestrijdingsmaatregelen op dat punt kunt nemen. Het grootste deel van de bestrijding is dus echt gericht op het individu, met name door het volgen en zo snel mogelijk testen van nauwe contacten en huisgenoten.

Over dat testen heeft u ook in de brief van het kabinet kunnen zien dat we nu samen met het RIVM gaan onderzoeken of het zinvol is om nauwe contacten – u heeft net gezien dat 14% positief test – op vaste dagen te gaan testen en of we daarmee nog sneller bepaalde geïnfecteerden in beeld kunnen krijgen en dringend kunnen verzoeken om zich te isoleren, waarna we met die nieuwe nauwe contacten weer het contactonderzoek gaan doen. We vragen mensen om zich te isoleren, maar we doen toch contactonderzoek omdat mensen in die vorm van isolatie vaak nog contacten hebben, veelal met huisgenoten.

Wat u hier ziet, is een screenshot van Osiris. Wat ons wordt gevraagd en wat wij ook invullen is: zijn er gerelateerde ziektegevallen? Dan is het antwoord gewoon ja, nee of onbekend. Vervolgens ziet u een scrollbar waarbij wij kunnen aangeven in welke setting er sprake was van die

gerelateerde gevallen. Dat kan betekenen dat je bij iemand die veertien dagen heeft doorgewerkt met klachten en die in winkels en in restaurants is geweest, vier, vijf of zes mogelijke locaties, settings, gaat aanklikken waar de verspreiding heeft plaatsgevonden, omdat je niet weet bij welke van die bronnen dat is geweest. Ook een vraag is: is er één patiënt aan te wijzen als meest waarschijnlijke bron? De presentatie van collega Van Dissel die u net heeft gezien van die aantallen, is dus gebaseerd op de manier waarop dit wordt ingevuld. Maar het kan vaak ook niet ingevuld worden. Dan is het «overig: onbekend», omdat we gewoon niet in staat zijn om bij alle individuele gevallen de meest vermoedelijke bron vast te stellen.

De clusters brengen we lokaal in kaart, omdat wij dan beschikken over alle persoonsgegevens. Een cluster is niet direct af te leiden uit Osiris. Wel is daaruit af te leiden dat er meerdere gerelateerde patiënten zijn. Die kunnen dus gekoppeld worden aan die locaties. Dat is de rapportage die u net zag, maar het is nooit een complete registratie, gelet op het feit dat we een aantal dingen niet weten. Het in kaart brengen van de clusters gebeurt binnen het bron- en contactonderzoek. U ziet op de foto's van de bco's dat twee of drie mensen voor een heel groot vel staan en met allerlei cirkels proberen het netwerk in kaart te brengen. Zoals ik al zei, is wekelijks het signaleringsoverleg met het RIVM. Daar bespreken we met elkaar de bijzondere clusters die er zijn en of je daar zaken uit zou kunnen afleiden wat de bestrijding betreft. U bent ervan op de hoogte dat daarin bijvoorbeeld slachterijen maar ook fruitteeltbedrijven, arbeidsmigranten maar ook eerder verpleeghuizen onderwerp van gesprek zijn geweest. Dat heeft geleid tot landelijke voorstellen voor maatregelen, samen met brancheorganisaties, werkgevers en bedrijfsartsen. Dat kan ook een effect zijn van het bron- en contactonderzoek.

Dan de snelheid. We zijn nu met de huidige aantallen in staat om in de meeste gevallen het contact met de indexpatiënt en alle contacten in kaart te brengen binnen één dag na ontvangst van de positieve uitslag. U begrijpt dat er een aantal positieve uitslagen binnenkomen. Degenen die met bco bezig zijn, gaan daarmee aan de slag. Je bent tweeënhalf tot drie uur voor de eerste kwijt, maar je kunt ze niet allemaal tegelijkertijd bellen. We proberen dat wel zo snel mogelijk te doen en in een taakverdeling zo goed mogelijk in kaart te brengen, omdat in een aantal gevallen een risico-inschatting moet worden gemaakt. Ook moet worden bepaald of wij binnen de GGD zelf het bron- en contactonderzoek doen of dit bron- en contactonderzoek laten uitvoeren door het landelijk ondersteunend centrum dat we daarvoor hebben ingericht om met een harmonicamodel te zorgen dat we altijd voldoende capaciteit hebben.

We hebben die capaciteit nu en doen nu ook extra dingen. We maken bijvoorbeeld epidemiologische analyses van scholen als daar twee of drie besmettingen zijn geweest en af en toe testen we gericht bij mensen zonder klachten in het kader van studie en surveillance. We proberen op allerlei manieren naast de standaardonderdelen van het bco steeds beter zicht te krijgen op het virus.

We zien nu dat er gemiddeld per index 2,7 nauwe contacten zijn inclusief huisgenoten. Collega Van Dissel had het net over de PIENTER-studie, waar zes personen uit komen. Het verschil zit erin dat in die zes ook de niet-nauwe contacten zijn meegenomen. In het kader van bron- en contactonderzoek raken die voor ons een beetje buiten beeld. We informeren ze, maar we volgen ze niet intensief. We zagen net ook dat het belang van het bron- en contactonderzoek is dat je hiermee 14% van de mensen opspoort tegenover minder dan 1% met de teststraten.

Ik wil afsluiten met het belang dat wij nu ook terugzien in onze cijfers, als het gaat over nauwe contacten en het percentage mensen dat besmet is. We zien in onze cijfers terug dat het mensen niet altijd lukt om zich te houden aan de basismaatregelen: altijd en overal 1,5 meter en thuis-blijven bij klachten. Anders zou je per definitie nul of nagenoeg nul

mensen met klachten hebben, als iedereen het op die manier zou doen. Wat de maatregelen betreft en de campagnes die erop gericht zijn om dit vol te houden, zien we vanuit de praktijk dat het ontzettend belangrijk is om ons daar ook in de komende periode aan te houden.

De voorzitter:

Hartelijk dank. We zijn daarmee aan het einde gekomen van de beide presentaties. Ik wil graag overgaan tot het stellen van vragen. Daarvoor geef ik als eerste het woord aan mevrouw Agema. Mevrouw Agema spreekt namens de fractie van de PVV. Gaat uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Het is natuurlijk ontzettend fijn dat we zo vlak voor het reces op deze manier deze presentaties kunnen krijgen, die zo positief zijn. We zijn uit de crisis; het zijn uw woorden. Het Outbreak Management Team komt niet meer frequent bij elkaar. De dagstaten krijgen we zo direct niet meer. Het crisisteam van de regering komt niet meer bij elkaar. We krijgen geen persconferenties meer van Rutte. Ik was wel heel erg verbaasd dat de 1,5 meter overeind blijft, terwijl we vandaag ook weer horen dat het aantal besmettingen zeer gering is en dat het om de laatste activiteiten gaat. Ik las vanmorgen in Trouw: «Toch houdt het Outbreak Management Team, de groep belangrijkste medische adviseurs van het kabinet, vast aan de anderhalve meter. Dat heeft deels met communicatie te maken. Het is een hele duidelijke maatregel, zegt een woordvoerder van het RIVM. Als je zegt: onder die omstandigheden niet, onder die omstandigheden wel, dan geeft dat veel ruis.» Dus ik begrijp goed dat we elkaar geen hand mogen geven, dat we elkaar geen drie zoenen mogen geven, dat opa geen knuffel meer krijgt, dat we niet naast elkaar mogen zitten en niet naast elkaar mogen lopen, omdat het zo lekker communiceert. Mijn vraag is: dat valt toch niet vol te houden?

De voorzitter:

Dank u wel. Ik kijk in de richting van de heer Van Dissel. Gaat uw gang.

De heer **Van Dissel:**

Op de vraag of het vol te houden is heb ik natuurlijk geen antwoord. Wat ik u wel kan antwoorden is waarom het zo belangrijk is om 1,5 meter te handhaven. Verschillende overwegingen spelen daarbij een rol. Allereerst. Als je in de medische literatuur kijkt wat de meest effectieve maatregelen zijn om doorgifte van infecties te voorkomen, dan komen er stevast een aantal dingen terug. Een daarvan is: bij infecties die worden overgedragen vanuit de luchtwegen – als iemand diarree heeft, gaat het weer anders – is dat 1,5 meter afstand houden. Uit alle studies, alle meta-analyses komt dat als nummer één naar boven: als je nou iets doet, doe dát dan. Dan zijn er afgeleide dingen die bijvoorbeeld spelen in ziekenhuizen of in situaties, ook door collega De Gouw even genoemd, waarbij je nauw contact moet zoeken met iemand die de ziekte heeft. Dat betekent dat je je binnen de 1,5 meter begeeft en dat je soms zelfs op korte afstand van bijvoorbeeld het gelaat komt. We weten dat medische mondkapjes dan effectief zijn. Welk type masker je dan gaat dragen, is vervolgens afhankelijk van wat voor handeling je exact verricht, of er al of niet bijvoorbeeld een aerogene verspreiding zou kunnen komen of dat in ieder geval kleine druppels een rol gaan spelen. Die situatie is volkomen helder. Er is echt een geweldige medische literatuur over die dat ondersteunt.

De volgende handelingen zijn gericht op hygiëne. Ook daarvan is het belang aangetoond, zeker bij dit type infecties. Het gaat om hygiëne in de zin van handen wassen en hygiëne in het algemeen, bijvoorbeeld dingen schoonhouden, zoals net het knopje hier. Ik denk dat collega De Gouw mij op mijn persoonlijke triage vertrouwt, maar in ieder geval wordt dat hier ook schoongemaakt. Dat is een volgende stap. Bij bepaalde typen

handelingen die bijvoorbeeld in het ziekenhuis worden verricht, schieten mondkapjes alleen tekort en moet je soms ook oogbescherming gebruiken. Dat vergeet men weleens. Maar die 1,5 meter staat centraal. Dat is één. De werkzaamheid daarvan staat gewoon niet ter discussie. Wetenschappelijk gezien hè, voor de duidelijkheid.

Het tweede punt is: in wat voor situatie zitten we nu? Nog maar heel kort geleden hadden we hier ook briefings op een moment dat we meer dan 1.300 patiënten op de ic hadden en niet wisten of dat nog zou toenemen of zou afnemen. We hebben het over allerlei scenario's op de ic gehad waar je eigenlijk liever niet over wil nadenken. Dat is nog maar heel kort geleden. Daarna is dat als gevolg van de maatregelen – daar hebben wij vertrouwen in – allemaal gedaald. Alles wat we nu willen doen, is zorgen dat het virus ofwel helemaal weggaat of in ieder geval zich zo gedraagt dat we het de kop in kunnen drukken als het terugkomt. Daarvoor richten we al deze surveillancesystemen in, het bron- en contactonderzoek dat net is toegelicht.

Wat zijn de meest effectieve maatregelen geweest die we hebben genomen? Dat zijn de maatregelen die collega De Gouw op de een-na-laatste dia liet zien. Blijf thuis als je klachten hebt. Met andere woorden, als er een probleem is, zorg dan dat het op dat moment niet verder komt dan het huishouden. Dat is natuurlijk een hele goede vorm van zelf in quarantaine of zelf in isolatie gaan, natuurlijk afhankelijk van wat je hebt. Omdat we weten dat dat niet in alle situaties voldoende is, is de volgende stap de 1,5 meter en handen wassen. Als we het nu allemaal terugdraaien en de versoepelingen, waarvan ik denk dat we toch een behoorlijk pakket geadviseerd hebben, mogelijk willen maken en ook de kans willen geven om zich te bewijzen, dan zul je een aantal maatregelen voort moeten zetten waarvan wij het vertrouwen hebben dat die het waarschijnlijk doen en de belangrijkste invloed hebben om het terugkomen van het virus tegen te gaan. Vanuit het wetenschappelijk advies is het volkomen helder. Je moet bepaalde maatregelen voortzetten omdat je daar vertrouwen in hebt. Daardoor geef je een heleboel situaties in Nederland de kans om weer op te starten, om te kijken wat er mogelijk is. Al doende leer je. De 1,5 meter is een essentieel onderdeel van die maatregelen. Voor de duidelijkheid: wat betreft de experts uit het OMT.

De voorzitter:

Dank u wel. Uw tweede vraag, mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik las een paar dagen geleden in het AD dat er een hoogoplopende wetenschappelijke discussie over is. Maar de vraag die ik stelde is niet beantwoord. Die ging over wat er vanochtend in Trouw stond, namelijk dat de 1,5 meter wordt gehandhaafd omdat het zo lekker communiceert. Dat was de vraag die ik stelde, maar nu wil ik graag een andere vraag stellen.

De heer Van Dissel zei hier net als op 4 juni dat er zeker een aantal studies is dat het RNA van het virus in kleine druppels aantoon, maar dat je met geen mogelijkheid er iemand ziek mee kan krijgen. Op 4 juni zei de heer Van Dissel ook dat daar een heleboel wetenschappelijke bewijzen voor zijn. Maar op 19 juni heeft Maurice de Hond het onderzoek van Wells erbij gepakt, het boek uit 1955. Daaruit blijkt juist dat grote druppels meestal niet verder komen dan de mond of de slokdarm en dat kleine druppels via het inademen direct diep in de longen kunnen komen. Dat ging over aerogene transmissie. Op 20 mei heeft de heer Van Dissel toegezegd dat er een OMT-advies zou komen. Dat hebben we nog niet gehad. De vorige keer heb ik ernaar gevraagd, maar het is nog steeds niet gekomen. Nu is er een hoogoplopende wetenschappelijke discussie. En wat lezen we vannacht in de brief van het kabinet: «Buiten aerosolvormende handelingen in de zorg lijkt aerogene verspreiding geen relevante rol te spelen

in de verspreiding van het virus.» Ik zou hier graag opheldering over willen. Wanneer krijgen we het OMT-advies? Hoe kan het dat de Amerikaanse CDC, het Robert Koch Instituut, de Chinese autoriteiten en de Belgische Hoge Geneeskundige Raad allemaal de aerogene transmissie bevestigen en dat wij hier nog steeds te maken hebben met een hoogoplopende wetenschappelijke discussie in virologeland?

De **voorzitter**:

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

De heer **Van Dissel**:

Ik weet niet precies waar die hoogoplopende wetenschappelijke discussie plaatsvindt, maar dat even terzijde. We hebben binnen het OMT uitvoerig aandacht gegeven aan dit probleem. Voor de duidelijkheid: het OMT vindt niet dat dit een maatregel is omdat die zo makkelijk te communiceren is. Het is gewoon een maatregel waarvan we uit de medische literatuur weten hoe belangrijk die is bij het voorkomen van overdracht van infecties.

Met betrekking tot het probleem, of niet het probleem... Met aerosolen, grote en kleine druppels en aerogene besmetting kunnen we hier denk ik zonder meer nog een paar uur vullen. Maar als we dat kort samen nemen... U vindt dat overigens deels al als addendum toegevoegd bij het vorige OMT-advies. Dat is inmiddels geloof ik drie weken geleden en daar komt een aparte notitie over. Ik zal proberen het heel kort samen te vatten. Als er druppels worden gevormd, hebben die druppels verschillende grootten. Druppels van 10, 1 of 0,1 micrometer verschillen al snel geweldig in volume en dus ook in de hoeveelheid virus die ze eventueel kunnen bevatten. Grote druppels bevatten natuurlijk veel meer virus dan hele kleine druppeltjes, domweg door hun grootte.

We kennen een heleboel omstandigheden waaronder die druppels gevormd worden. Dat kan deels bij spraak. Bij schreeuwen is dat weer anders. Dat kan in bepaalde gevallen bij zang zijn. Maar we weten dat zeker bij bepaalde behandelingen in het ziekenhuis die aerosolen vrijkomen, waarbij die aerosolen ook consequenties hebben. Want los van de natuurkundige, fysische eigenschappen van aerosolen, waar een heleboel mensen een mening over hebben, is de algemene opvatting dat grote druppeltjes als een kogel in een parabool naar de grond gaan terwijl hele kleine druppels lang kunnen blijven hangen in ruimtes. Daar is iedereen het over eens. Het OMT is ook volledig van die studies overtuigd. Maar de vraag bij dit specifieke virus is natuurlijk: wat is nou de toegevoegde waarde van het type aerosol dat vrijkomt – grote versus grote en kleine versus kleine druppeltjes – voor de overdracht van het virus?

Laten we een paar voorbeelden nemen van virussen waarvan we weten dat ze via die aerogene verspreiding, dus via minuscule druppeltjes, plaatsvinden. Dat zijn bijvoorbeeld pokken. Dat hebben we gelukkig niet meer. Andere voorbeelden zijn waterpokken en mazelen. Daarvan weten we dat, als een persoon het heeft in een ruimte als deze, zelfs als hij al weg is, talloze personen in deze ruimte besmet raken. Is dat een kenmerk dat we bij COVID-19 terugzien? Nee, dat zien we niet terug bij COVID-19. Hoe verplegen we onze patiënten in het ziekenhuis, waar toch patiënten liggen die ziek zijn en die veel druppels verspreiden? Die verplegen we tegenwoordig in eenpersoonkamers, waarbij er niet eens altijd sprake hoeft te zijn van een sluis. Dat kunnen we doen, omdat we weten dat het in de praktijk via die grote druppels gaat. Als het via kleine druppels zou gaan, dan zou dat betekend hebben dat alle ziekenhuizen die patiënten hebben behandeld in eenpersoonkamers – dat zijn bijna alle ziekenhuizen in Nederland – hele grote zogenaamde nosocomiale ziekenhuisuitbraken zouden hebben gehad, en die hebben we niet gezien.

Ik noem een ander voorbeeld. Wat heeft dan gewerkt? We hebben nu net – dat citeerde u gelukkig – laten zien dat de COVID-19-infectiedruk in

Nederland geweldig is afgenomen. Met andere woorden, we zijn er blijkbaar in geslaagd om de infecties terug te brengen. Hoe hebben we dat gedaan? Dat hebben we gedaan door met name de anderhalvemeter-maatregel in ere te zetten en te houden, wetende dat we daarmee de overdracht door de grotere druppels – maar zeker niet de aerogene verspreiding – tegengaan. Is dat dan succesvol gebleken? Ik denk dat u aan de grafieken heeft kunnen zien hoe succesvol dat was. Ook daarvoor geldt dat, als aerogene besmetting de hoofdmoot was geweest, we dan niet naar deze curves hadden gekeken, want dan was het gewoon doorgedaan. Zo kan ik u talloze voorbeelden noemen.

Het is geen zwart-witverhaal. Dat wil ik hier ook niet beweren. Het is niet zo dat wij zeggen dat er nooit aerogene verspreiding kan zijn. Dat kan er wel zeker zijn. Daar houden we ook rekening mee bij allerlei handelingen in het ziekenhuis waarvan we weten dat die tot aerogene verspreiding kunnen leiden. Dan handelen we aldus, met de maskers en eventueel met aparte kamers. We weten dat we daarmee die infectie ook kunnen beperken. Door alle experts binnen het OMT is natuurlijk uitvoerig bediscussieerd wat het belang van aerogene verspreiding in de publieke ruimtes in Nederland is. Maar hoe je het ook wendt of keert, we moeten gewoon constateren dat wij het niet zien en dat het dus zeer gering is, als het al een rol speelt, en dat de maatregelen gericht op contactinfecties en druppelinfecties via de grotere druppels succesvol zijn gebleken. Misschien ten slotte nog het volgende. Ik zei al dat, als infecties echt aerogeen verspreiden, zich dat natuurlijk als eerste uit in het zogenaamde reproductiegetal, waar we het vaak over hebben gehad. We weten dat we voor mazelen, voor waterpokken en voor pokken, zonder interventies geen reproductiegetal van 2 tot 3 vinden. Nee, dan is het tegen de 20 aan. Dat hebben we ook niet gezien in de situatie dat er nog helemaal geen interventies werden gedaan. Ook het feit dat we een heleboel familieclusters kennen waarbij lang niet iedereen in de familie besmet raakt, pleit tegen een belangrijke rol voor aerogene verspreiding. Dit is uitvoerig bediscussieerd in het OMT. In het OMT is daar verder geen hoogoplopend wetenschappelijk discours over. Daar zijn we het over eens. Dat vind je ook terug in de stukken die we daarover geschreven hebben. Het enige wat nog volgt, is een algemeen stuk over ventilatie. Dat komt binnenkort beschikbaar.

De voorzitter:
Hartelijk dank.

Mevrouw **Agema** (PVV):

We krijgen nu weer de belofte dat er een OMT-advies komt. Die belofte kregen we op 20 mei al. We zouden een OMT-advies krijgen over aerogene transmissie. Het is heel ernstig dat de halve wereld het inmiddels erkent, maar dat wij hier nog steeds het betoog krijgen dat het allemaal niet waar zou zijn. Kan dat advies er alsjeblieft nog voor het zomerreces komen? Juist dat wat je moet voorkomen, zijn natuurlijk nieuwe superspread events, want daar is R soms wel 100, 250 of 300. Dat is natuurlijk waar de grote zorg zit voor de komende zomer.

De voorzitter:

Ik geef de heer Van Dissel nog even de gelegenheid om daarop te reageren, maar het is ook een vraag die u vanmiddag tijdens het debat kan stellen.

De heer Van Dissel:

Zeker. Ik wil toch verwijzen naar het addendum dat we al bij de vorige OMT-brief hebben toegevoegd en naar wat er op de website van het RIVM over staat als voorbeeld. In dat addendum stond eigenlijk alles al wat ik

net vertelde. Dus ik begrijp niet helemaal het verwijt dat het niet beschikbaar zou zijn.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik snap dat u de informatie wil hebben, maar...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Voorzitter. Een OMT-advies over aerogene transmissie is ons al vele malen beloofd. Ik vraag om dat voor het zomerreces nog aan de Tweede Kamer te doen toekomen, want dan kunnen we het beleid controleren. Dat is een heel belangrijke taak die wij hebben. En nu krijg ik te horen dat het in een bijlage zou staan. Nee, we hebben het OMT-advies over aerogene transmissie nog niet gekregen.

De voorzitter:

Uw punt is helder. We hebben net ook de reactie van de heer Van Dissel gehoord. Ik zou u zeker willen vragen om dit ook vanmiddag aan het kabinet te vragen. Dat is degene die het stuk van het OMT doorgeleidt. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Van den Berg voor haar vraag. Gaat uw gang. Mevrouw Van den Berg spreekt namens de fractie van het CDA.

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

Dank u wel, voorzitter. Eerst onze dank aan de heer Van Dissel en de heer De Gouw voor de presentatie. Mijn eerste vraag is voor de heer Van Dissel. Heel mooi dat wij nu in de cijfers een sterke vermindering zien. Ook heel belangrijk om te voorkomen dat de cijfers weer zouden toenemen. Want we hebben de afgelopen maanden gezien wat een enorme economische, maatschappelijke maar ook sociale schade dat heeft gebracht. Voorkomen is dus beter dan genezen. Dat dashboard is daarbij een belangrijke plek. Ik heb daar een paar korte vragen over. We hebben bij de intensive care gezien dat het NICE-systeem van de intensivisten eigenlijk altijd achterliep met de actuele cijfers ten opzichte van de dagelijkse telefonische inventarisatie. In hoeverre is dit systeem dus actueel, day to day?

Ten tweede. In de brief van vannacht staat dat er in stapjes wordt gewerkt naar completering van het dashboard. Is dat gereed voordat de r in de maand zit?

Ten derde het rioolwater dat wij nu onderzoeken. Op pagina 13 van de brief staat dat wij de eerste zijn in Europa. Mevrouw Koopmans heeft vanmorgen nog in de PZC, en ik denk dus ook in het Algemeen Dagblad, aangegeven dat we eigenlijk veel meer internationaal zouden moeten samenwerken.

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Van Dissel, gaat uw gang.

De heer **Van Dissel:**

Uw eerste vraag had betrekking op NICE. Wat u signaleert, zullen we altijd in enige mate houden, denk ik, domweg vanwege het feit dat je een moment kiest waarop je de informatie opvraagt. Daarna kan er iemand in worden gestuurd of kan er iemand overlijden die al opgenomen was. Er blijft dus altijd het aspect aan zitten dat je een voorlopige opgave doet over het aantal bevestigde gevallen. Dat kan echter dezelfde avond toch al weer anders liggen. We zullen dus altijd enige correctie op de getallen moeten toestaan. Het is in de loop der tijd natuurlijk wel een stuk beter actueel geworden. We doen er ook alles aan om het zo actueel mogelijk te hebben. Maar u kunt zich voorstellen dat als er nog maar zulke geringe aantallen zijn, bijvoorbeeld drie, men soms een sterk verdacht geval erbij

zet dat dan vervolgens een dag later toch wat anders blijkt te hebben. Dan zullen we gewoon blijven houden.

Maar tegelijkertijd doen we er alles aan om dit probleem op te lossen en het zo kort mogelijk te maken. Daar hebben we ook alle belang bij, want we willen goede getallen hebben, niet getallen die we niet kunnen vertrouwen. Ik wil echter wel benadrukken dat je altijd 24 uur hebt en in die 24 uur kan er een heleboel gebeuren met de personen die er liggen. Er kunnen erbij komen en eraf gaan. Dat zal altijd die getallen beïnvloeden. Dat is denk ik een belangrijk deel van het antwoord op uw vraag, je wil er zo sterk mogelijk op zitten.

Dan de vraag over rioolwater. In Nederland is een traditie om rioolwater-monitoring te doen voor bijvoorbeeld polio. We deden het dus al heel lang voor een aantal andere virussen, bijvoorbeeld om in een gebied wel aangeduid als Biblebelt zo snel mogelijk op de hoogte te zijn als er een verheffing zou zijn. Het zijn dus technieken die in Nederland al lang worden toegepast. Ik moet er overigens bij zeggen dat het wel allerlei specifieke expertise vereist. Maar bij mijn weten zijn er ook wel een aantal andere landen die dat doen. Het is natuurlijk een techniek die men erkent als waardevol. In Nederland zullen we dit verder opzetten. Dat heeft zeker internationale uitstraling als dat succesvol blijkt. De technieken op zich worden al internationaal gewisseld. Dus als het systeem heel erg krachtig blijkt met betrekking tot het voorspellen van ziekteactiviteit, zullen we daar ongetwijfeld ook de nodige bekendheid aan geven in internationale gremia.

De voorzitter:

Uw tweede vraag, mevrouw Van den Berg.

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

Maar voorzitter, ik had nog de vraag gesteld wanneer het dashboard compleet zou zijn. Die heeft de heer Van Dissel...

De heer Van Dissel:

Ik gaf al aan dat we dat dashboard natuurlijk zo snel mogelijk compleet hopen te hebben. Maar we zijn afhankelijk van een aantal dingen.

Bijvoorbeeld die riool surveillance die wordt opgestart. Er zijn natuurlijk ook een aantal getallen die al compleet zijn. Er zijn ook dingen als Nivel die we willen uitbreiden. De Infectieradar moet weer worden opgestart. Er zitten dus onderdelen in die beter moeten en kunnen, maar de basis van het dashboard is natuurlijk al beschikbaar.

De voorzitter:

Uw tweede vraag, mevrouw Van den Berg.

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

Dank u wel, voorzitter. Mijn tweede vraag is aan meneer De Gouw. Misschien lees ik het verkeerd, maar ik begrijp uit de brief dat er 80 locaties zijn om te testen en dat op dit moment twee derde van de mensen die geen klachten hebben, bereid is om getest te worden, maar slechts 28% van de mensen die wel klachten hebben. Er komt dus een heel laag percentage uit van mensen die daadwerkelijk besmet zijn met covid. Als heel veel mensen zich laten testen die eigenlijk geen klachten hebben... Hoe komt het dat het percentage zo laag ligt bij mensen die echt klachten hebben? Ik hoor in ieder geval terug in de mailtjes die ik krijg dat men zegt «80 locaties, het kost me zó veel tijd om ergens te komen» en dat mensen met milde klachten dus denken: ik voel me verder kippielekker, ik kan wel doorgaan, ik ga niet twee uur reizen met bus et cetera om ergens te komen en daarna weer terug. Bovendien is er aangegeven dat als je besmet bent, je binnen 24 uur een reactie krijgt, maar ik krijg mail van mensen die dagen zitten te wachten op een reactie.

Dat heeft ook consequenties voor hun werk en hun sociale leven. Kan meneer De Gouw hier wat meer duidelijkheid over geven?

De voorzitter:

De heer De Gouw.

De heer De Gouw:

Wat betreft de bereidheid tot testen het volgende. Twee derde van de mensen zonder klachten geeft aan dat ze bereid zouden zijn om zich te laten testen als ze klachten hebben. Dit terwijl van degenen die daadwerkelijk klachten hebben, maar 28% zegt bereid te zijn te testen. Het betreft dus twee groepen, het is niet zo dat veel mensen zonder klachten getest worden, want wij vragen bij iedereen na of men klachten heeft. Dat wordt ook geregistreerd, omdat onze boodschap is: zonder klachten laten testen heeft geen zin, want dan is die test in nagenoeg 100% van de gevallen negatief. Dus dat is één nuance. Wij vinden ook dat het percentage omhoog zou moeten. Dat is ook waarom in overleg met RIVM en VWS nu door VWS en GGD GHOR Nederland wordt gewerkt aan de intensivering van de publiekscampagne. Daar heeft u in de brief wat over kunnen lezen. Wij vinden dus ook dat het omhoog moet. Aan onze kant betekent dit dat we het testen zo laagdrempelig mogelijk moeten maken. Dat zien wij als onze opdracht. Omdat het heel snel moest en er veel productie gedraaid moest worden, hebben we nu teststraten ingericht voor mensen met een auto. Daarnaast zijn er op dit moment ook al mobiele locaties. Ook hebben we een thuismonsterteam voor mensen die niet zelf kunnen komen. We kijken dus bij ieder telefoontje wat de mogelijkheden zijn voor degene die zich wil laten testen. Onze opdracht is wel te proberen om iedere keer nóg laagdrempeliger te zijn, zeker als we richting winter gaan, want dan is het wat klimatologische omstandigheden betreft niet houdbaar om uitsluitend testlocaties in de buitenlucht te hebben. Dat is dus een plan dat we de komende tijd moeten gaan uitwerken, om ervoor te zorgen dat we de testbereidheid en de laagdrempeligheid van het testen zo groot mogelijk maken.

De voorzitter:

Misschien kunt u nog ingaan op de signalen die mevrouw Van den Berg aangaf?

De heer De Gouw:

Wij registreren nu een aantal zaken. We zien dat er soms gegevens ontbreken. Als er bijvoorbeeld een verkeerd telefoonnummer is opgegeven, kost het ontzettend veel moeite om het goede nummer te achterhalen. We weten dat van de data die wij inleveren bij laboratoria, 95%, of een dergelijk getal, binnen één dag terug is. Maar soms zie je dat het niet lukt om het binnen één dag te doen. Dat zijn dan incidenten, maar dat zijn natuurlijk ook degenen die zich het meest bezwaard voelen. Iedere grafiek die we hebben, heeft een klein uitloopstaartje waar zich de bijzondere gevallen voordoen. Maar de logistiek is nu zo ingericht dat mensen door het landelijke callcentrum teruggebeld kunnen worden. Ook hebben we nu veegacties opgezet. We kunnen drie stappen onderscheiden. We proberen mensen te bellen. Als dat een aantal keer niet lukt omdat ze niet bereikbaar zijn of er een verkeerd telefoonnummer is, komen ze in het tweede deel van het proces. Daarin proberen we het op een andere manier. Als dat na 48 uur niet gelukt is, sturen we in ieder geval standaard een brief. Dat zijn de stappen die we nu hebben gezet. Maar we beginnen wel met mensen te bellen zo snel als we de uitslag binnen hebben. Dat wel, maar soms lukt het gewoon niet.

De voorzitter:

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

De heer **Veldman** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Wederom dank aan de heren Van Dissel en De Gouw voor hun heldere presentatie. Mijn eerste vraag is aan de heer Van Dissel. Ik zag deze week een grafiek voorbijkomen met de gecombineerde gegevens van een aantal landen die laat zien dat de gemiddelde leeftijd van mensen die besmet zijn, daalt. Ik weet niet hoe dit hier in Nederland zit, dat zat zonet niet in uw presentatie, maar allicht is het in Nederland hetzelfde. Dat kan natuurlijk een aantal redenen hebben. Misschien komt het doordat er meer getest wordt, of doordat ouderen wat voorzichtiger zijn, of doordat jongeren juist wat onvoorzichtiger zijn. Nou is dat laatste natuurlijk kwetsbaar, kijkend naar de maatregelen die gisteren door het kabinet zijn afgekondigd, onder andere dat onder de 18 jaar de 1,5 meter niet meer hoeft te worden aangehouden. U zei daar zonet al van dat dat de meest effectieve maatregel is. Dit in de wetenschap dat de meeste besmettingen in de thuissituatie plaatsvinden. Hoe is dan de risicoafweging geweest om onder andere tegen de groep van jongeren onder de 18 te zeggen dat we de maatregel van 1,5 meter voor hen achterwege laten?

De heer **Van Dissel**:

Dat is een heel duidelijke vraag, met wellicht een complex antwoord. Er spelen hier een paar dingen. Allereerst hebben we tot nu toe in de groep tot 18 jaar, oplopend naar de gemiddelde waarde voor de groepen daarna, minder infecties gevonden. Dus in die leeftijdscohorten. Even los van de oorzaak daarvan, betekent dit dat het virus blijkbaar in die cohorten minder circuleerde. Dat kan natuurlijk vele oorzaken hebben. We vinden dit niet alleen terug in de meldingen zoals bijvoorbeeld gedaan door de GGD of in het Osiris-systeem in Nederland, we vinden het ook terug – u kunt het zich misschien nog herinneren – in de PIENTER-studie, waarbij ook gekeken is bij die jongere leeftijdsgroepen of ze antistoffen hadden ontwikkeld. Ook daar vonden we dat in deze leeftijdsgroepen de antistoffen ongeveer de helft waren van wat je bij de hogere leeftijdsgroepen vindt. Kortom, om wat voor redenen dan ook, want die hebben we natuurlijk daarin niet onderzocht, hebben jongeren minder frequent die infecties.

Het tweede dat gevonden en gerapporteerd is, overigens door vele landen, is dat jongeren als ze geïnfecteerd worden, eigenlijk altijd minder klachten en minder heftige beelden hebben, minder vaak naar het ziekenhuis moeten gaan en al helemaal niet, gelukkig, naar de ic. Dus blijkbaar is het een groep die met de huidige setting minder vaak geïnfecteerd wordt. Als ze dat wel worden, zijn ze minder heftig ziek. Dat is één kant van het verhaal.

De andere kant van het verhaal, is dat bijvoorbeeld Portugal in Lissabon weer bepaalde maatregelen heeft ingesteld zelfs heel specifiek gericht op jongeren en niet op ouderen, omdat men daar ziet dat de jongeren zich minder aan de in Portugal geldende anderhalvemetermaatregelen houden. Dat zou mogelijk een verklaring kunnen zijn dat daar meer virus rondgaat. Dat is in eerste instantie, ook omdat de infecties meestal milder van aard zijn, misschien op zich nog niet zo'n probleem, maar je maakt je natuurlijk zorgen of ze die infecties niet aan hun ouders en vervolgens aan hun grootouders doorgeven. In ieder geval heeft het daar tot wat meer infectiedruk geleid. Dit is bijvoorbeeld ook iets wat vanuit Amerika, Florida, gerapporteerd wordt, opnieuw bij deze groep. Dus dat is zeker een realistisch punt.

Hoe kom je er dan toch toe om uiteindelijk op een advies te komen op die 1,5 meter? Dat komt omdat we tegelijkertijd in de medische literatuur stukken zien langskomen, en bepaald niet in de minste bladen, over de

schadelijke werking die het voortzetten van al dit soort maatregelen in deze groep zou hebben, zowel wat betreft onderwijs als ook sociale interactie. Kortom, dat is een balans, waarbij gekeken moet worden naar: wat vinden we van de risico's; hoe kunnen we het vervolgen om eventueel ook, mocht het ertoe leiden dat hierdoor een probleem ontstaat, toch weer andere maatregelen te nemen; hoe ga je dat wegen? En dan was toch in het OMT het gevoel dat, als je het de kans wil geven, nu het moment is, want nu is het dermate laag dat de risico's daarvan waarschijnlijk gering zijn.

We hebben systemen, ook samen met de GGD, om dat steeds nauwkeuriger te volgen. Ik denk dus dat dit, zoals elke versoepeling, een risico inhoudt, dat dit er een is dat we, denk ik, weloverwogen genomen hebben, ook vanwege de potentieel schadelijke werking op kinderen, als je dat zou voortzetten. En dat is dan nog even los van de handhavingsvraag, misschien. Uiteindelijk was dus het advies om het in die groep los te laten. En dat gold zowel voor de scholen, waar natuurlijk de problemen evident zijn als je daar op 1,5 meter zou moeten gaan, in de huidige grootte van de scholen, maar ook voor buiten de scholen. En voor sport en spel was het natuurlijk al eerder veranderd. Het enige wat ik verder kan zeggen met betrekking tot hoe het in Nederland gaat, heb ik u laten zien. In ieder geval hebben we voor wat betreft de lagere scholen, waar dit natuurlijk ook gold, nog geen negatieve effecten gezien, maar dit is natuurlijk iets wat we nauwkeurig willen volgen.

De voorzitter:

Dank u wel. Een tweede vraag van de heer Veldman.

De heer Veldman (VVD):

Ja, dank u wel. De tweede vraag is aan de heer De Gouw. We zagen net in de presentatie van de heer Van Dissel dat het percentage positieve testen het hoogste is bij mensen die getest worden na bron- en contactonderzoek, maar dat desondanks 85% van de positief geteste mensen in die teststraten niet bekend was via bron- en contactonderzoek, en dus nieuwe of andere bronnen zijn. Nou liet de heer De Gouw op 17 juni in het Algemeen Dagblad optekenen dat wij geen landelijke registratie hebben van waar precies de bron is. Misschien wel in hoofdlijnen, zoals net in de presentatie van de heer Van Dissel zat, maar niet supergedetailleerd zoals dat in een aantal andere landen wel gebeurt. En even in mijn woorden samenvattend: ik las uit het artikel dat de heer De Gouw zei dat hij daar de meerwaarde niet van inzag. Ik kan mij voorstellen dat die meerwaarde er wel is, juist gezien het hoge percentage van positief geteste mensen die niet via bron- en contactonderzoek uit die teststraten komen. Dan is het toch juist van belang om supergedetailleerd te weten waar die besmetting is opgelopen, als je die kunt achterhalen, juist ook om te kunnen zien of er specifieke plaatsen zijn – even los van een bijzondere cluster als een slachterij, maar in zijn algemeenheid – te noemen waarvan we kunnen zeggen: hé, hier komt het vaker voor, en dat maakt in zijn algemeenheid dat we ergens een maatregel moeten treffen om iets met dat soort plaatsen te doen.

De heer De Gouw:

U schrijft over een overall conclusie, het beeld dat u krijgt van het standpunt. Ik heb het in ieder geval genuanceerder bedoeld. Er is geen sluitende registratie, in die zin dat wij vaak of meerdere bronnen rapporteren in Osiris, of dat we «overig» of «onbekend» moeten zeggen. Dus wat ik heb bedoeld te zeggen, is dat we niet in percentages kunnen aangeven hoe het precies verdeeld is. Wat ik net in mijn inleiding aangaf: er is een verschil tussen de gegevens die je nodig hebt voor bestrijding en gegevens die je nodig hebt voor surveillance. En de gegevens die wij doorgeven zijn ten behoeve van surveillance. De gegevens die wijzelf

gebruiken, zijn ten behoeve van de bestrijding. En zeker nu we, zoals Minister De Jonge zegt, regionaal brandjes moeten gaan uittrappen, hebben we juist die gegevens nodig om te kijken of er een school of een restaurant of een verpleeghuis of wat dan ook is waar duidelijk een verheffing is, en dus ook duidelijk sprake van de verspreiding van het virus binnen die setting. En wij treden dan ook op. Wij treden dan in contact met de eigenaar, exploitant of wat dan ook – dat kan van een hotel zijn, van een vakantiehuisje – dus daar treden we dan gewoon regionaal op. Dus de gegevens die we nodig hebben voor de bestrijding, die hebben we. Voor wat betreft de surveillance zien we dat er overzichten zijn, alleen die zijn niet nauwkeuriger te maken dan ze zijn, gewoon door de onzekerheden die er zijn. Het heet dan ook een «vermoedelijke bron van besmetting», maar we zien wel dat we toch in staat zijn om maatregelen te nemen op basis hiervan. U zag in de presentatie van collega Van Dissel de verpleeghuizen en overige woon-zorgvoorzieningen met een hoog percentage. Nou, dat is dan toch reden om ook landelijk een handreiking te maken door het RIVM en te bekijken of je in de handreiking en in de protocollen die er zijn voor hygiëne, maar ook testprotocollen bijvoorbeeld, maatregelen te nemen, specifiek gericht op die sector. En dat zijn de onderwerpen die we in dat signaleringsoverleg bespreken, waar sprake is van waar we bijzondere clusters inbrengen en kijken of daar beleid op moet worden gevoerd. Dus het is voldoende voor surveillance, wat we hebben. En door de aanvulling van de bespreking in het signaleringsoverleg zijn we ook in staat om maatregelen voor te stellen op landelijk niveau. Maar de feitelijke bestrijding vindt toch altijd in de regio plaats. En daarvoor hebben wij de gegevens wel op naam en in aantallen, alleen de manier waarop we ze overbrengen naar de landelijke registratie... Dat is een systeem dat al tijden bestaat en daarin worden bijvoorbeeld ook geen persoonsgegevens bijgehouden, dus wordt ook niet iedere keer de precieze grootte van de cluster daar ingebracht, maar wel waar clusters zich het meeste voordoen. En dat is dus wat u heeft gezien.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef nu het woord aan de heer Hijink, en die stelt zijn vraag namens de fractie van de SP. Ga uw gang.

De heer Hijink (SP):

Dank, voorzitter. Wij hebben de afgelopen maanden hier heel uitgebreid, oeverloos misschien wel bijna, gediscussieerd over wat nu precies de strategie is die het kabinet vaart als het gaat om het bestrijden van het virus. Nou viel mij op in het OMT-advies dat vannacht onze kant op is gekomen dat daar eigenlijk een heel duidelijke omschrijving staat van hoe het OMT interpreteert dat wij maximaal controleren, wat dan de strategie is en hoe we dat moet opvatten. Ik moet het nu even citeren, voorzitter: «Maximaal controleren is het zo veel mogelijk indammen van het virus, zodanig dat het aantal nieuwe infecties naar bijna nul gaat, waardoor nieuwe uitbraken voorkomen worden of beheersbaar blijven». Ik vind dat een heel duidelijke omschrijving. Ik weet niet of het past bij maximaal controleren, maar de strategie op zichzelf is heel duidelijk. Mijn vraag aan de heer Van Dissel is of de manier waarop het nu is opgeschreven, een interpretatie is van hoe het kabinet het beleid maakt, een interpretatie van de huidige bestrijding van het virus, of dat het eigenlijk een advies is van het OMT voor hoe het kabinet zou moeten opereren. En in hoeverre doet het kabinet dat dan, en welke maatregelen zouden aanvullend genomen moeten worden om ook precies tot deze definitie van «maximaal controleren» te komen, als u begrijpt wat ik bedoel?

De voorzitter:

Dat gaan we horen, dank u wel. De heer Van Dissel.

De heer **Van Dissel**:

Ik denk het wel. Kijk, wat wij toch nog een keer wilden vastleggen, is inderdaad meer de langeretermijnvisie. En ik denk dat we daarin realistisch moeten zijn, dat we natuurlijk lang niet altijd meteen overtuigd waren wat daar de beste keuze in was, domweg omdat we tot voor kort niet zouden weten waar we zijn uitgekomen. Het lijkt achteraf gezien allemaal heel helder en causaal gegaan, maar er zijn natuurlijk twijfels over wat de maakbaarheid daarvan allemaal is en was op de verschillende momenten. Als je op dit moment kijkt, dan zien we dat de druk van het virus en het rondgaan van het virus dermate laag is, dat wij denken dat het zinvol is om het zo veel mogelijk te onderdrukken, ook om daarmee allerlei secundaire effecten die je anders krijgt, te voorkomen. En dat hebben wij eigenlijk nog een keer heel helder willen bevestigen, ook in de OMT-brief, dat wij denken dat dat toch het streven is, dat we ons realiseren – en dat zie je ook om ons heen, van Zuid-Korea tot Duitsland tot Singapore – dat je altijd weer verrast wordt door uitbraken, waarvan je hoopt dat je daar zo snel mogelijk een diagnose en helderheid op krijgt, samen met de GGD, en wat daar de reden van is, dat je die kan beperken en vervolgens het algemene beleid kan voortzetten. Dat hebben we hiermee willen aangeven. In hoeverre de overheid daar uiteindelijk toe overgaat, dat lijkt me typisch iets wat bij u ligt. Als wij bij een volgend OMT... En het is absoluut niet zo dat we geen OMT's meer hebben; ik wilde alleen aangeven dat aan de cyclus die we van tevoren hadden afgesproken op grond van het versoepelingsbeleid, een eind komt. Maar anders zullen we natuurlijk niet schromen om dat van een nieuw advies te voorzien, met wat naar onze indruk daarnaartoe zou moeten gaan. Dus dit is waar we nu naar kunnen streven. We kunnen streven om het zo laag mogelijk te krijgen. Het liefst natuurlijk weg, maar we zijn ook een open land, dus het zou een heleboel voeten in de aarde hebben om dat voor elkaar te krijgen, maar we denken dat we nu in die richting moeten gaan.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Hijink, uw tweede vraag.

De heer **Hijink** (SP):

Ja. Die haakt daar een beetje op aan. Die zou ik graag aan beide heren willen stellen. En dat is eigenlijk een heel concreet voorbeeld van wat we op dit moment in Brabant zien: dat is die slachterij in Boxtel, waar bijna 2.000 mensen werken. Daar zijn steekproeven gedaan. Een paar weken terug was een op de zes medewerkers besmet met het virus, inmiddels blijkt een op de drie in een steekproef besmet met het virus. En toch wordt zo'n bedrijf op dit moment niet gesloten. Mijn vraag is eigenlijk: wat is op zo'n moment nou de rol van de GGD in deze regio, waarom grijpt de veiligheidsregio niet in als er op zo'n grote schaal een uitbraak plaatsvindt? En ik zou ook graag van de heer Van Dissel willen horen wat, puur vanuit wetenschappelijk oogpunt, zeker als je kijkt naar die strategie van hoe u «maximaal controleren» interpreteert, eigenlijk op zo'n moment zou moeten gebeuren.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De eerste vraag was in de richting van de heer De Gouw. Ga uw gang.

De heer **De Gouw**:

Ja, dank u wel, voorzitter. In de Wet publieke gezondheid is geregeld dat de voorzitter van de veiligheidsregio degene is die besluiten kan nemen. En dat kan hij doen op basis van, meer algemeen, de Gemeentewet, het bestuursrecht, bestuurlijke maatregelen, alsook op grond van de Wet publieke gezondheid. En dat kan dan quarantaine en isolatie betreffen, of maatregelen gericht tegen gebouwen, vervoersmiddelen en terreinen.

Voordat een dergelijk besluit wordt genomen, moet de voorzitter van de veiligheidsregio advies vragen aan de GGD, maar in de praktijk is er altijd een operationeel team en een beleidsteam, die eigenlijk gewoon continu bij elkaar zijn, en waar de GGD altijd bij aangesloten is. Dus de rol van de GGD: vanaf het moment dat de eerste besmettingen worden gemeld en verder onderzocht, wordt dat contactonderzoek opgezet, worden steekproeven genomen en is de GGD daar continu bij betrokken. Waar het over gaat, is dat je zo'n maatregel tot sluiten alleen maar mag nemen als hij proportioneel is en als die niet door minder verregaande maatregelen kan worden vervangen. Dat is ook een bepaling in de wet. En je ziet dat dat de afgelopen tijd gebeurd is. Er is gekeken of er maatregelen zijn te nemen in de setting van de slachterij die ervoor zorgen dat we het vertrouwen hebben dat er niet meer besmettingen in de slachterij plaatsvinden, dus dat het besmettingsgevaar daar wordt beperkt. Samen met het RIVM hebben we ook gekeken naar waar dat precies is, en dan blijkt dat er bepaalde delen van de locatie zijn waar het besmettingsgevaar groter is door een combinatie van temperatuur, ventilatie en circulatie. Dat zijn dan ook de maatregelen die we gaan bespreken met het bedrijf. Dus voor al die bedrijven geldt: we stellen vast welke maatregelen er moeten worden genomen, en als die maatregelen effectief worden ingevoerd, dan kan dat reden zijn om de bedrijfsvoering weer op te starten. Dat is een continu proces, waarbij we ook samen met de Arbeidsinspectie, Sociale Zaken, de GGD, de veiligheidsregio, de NVWA bekijken wat op dat moment het beste beleid is. En wij spelen daarin een adviserende rol.

De voorzitter:

Dank u wel. Aanvullend de heer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

Ik denk dat het antwoord twee aspecten heeft. Ik denk dat wij wetenschappelijk gezien willen begrijpen wat er speelt, want er is duidelijk sprake van een bijzondere situatie, die klaarblijkelijk leidt tot een groot aantal besmettingen. En collega De Gouw en ik lezen natuurlijk ook de kranten en ook informatie over slachterijen in het buitenland, waar blijkbaar soortgelijke situaties spelen. Dan zijn er al een aantal dingen op voorhand aan te wijzen. Dat zijn het niet-handhaven of onvoldoende handhaven van de 1,5 meter. Dat kan zijn in de setting zelf, maar natuurlijk ook in het vervoer van werknemers en eventueel in leefomstandigheden van werknemers, want het betreft natuurlijk toch een speciale groep. En het tweede, wat collega De Gouw ook even noemde, is wat je ook terugziet in Amerikaanse slachterijen en in Duitsland, namelijk dat een deel van het werk in gekoelde ruimtes plaatsvindt, wat weer een bepaald effect heeft op die grotere druppels. Het tweede is dat je, om die ruimte te koelen, natuurlijk een koelsysteem hebt. En als je een koelsysteem continu ververst, zal dat ongetwijfeld meer energie vragen dan wanneer je recirculeert. Dus u kunt zich voorstellen dat je, als je in een beperkte ruimte waar misschien niet alle werknemers op grond van de locatie voldoende afstand kunnen houden, maar ook in een atmosfeer zitten die wordt gerecirculeerd en onvoldoende ververst, dan wel een situatie hebt gecreëerd waar problemen kunnen ontstaan. Om dan door te gaan naar het tweede deel van uw vraag: mijn antwoord zou dan zijn dat ik dat per acuut wil beëindigen, en zorgen dat daar verandering in kan optreden om te zorgen dat dat niet gebeurt; en tegelijkertijd een inventarisatie doen van waar dat nog meer zou kunnen gebeuren. Want een dergelijke situatie, daar leer je van. Ik denk dat de GGD het daar helemaal mee eens is: dat is zo'n portfoliogebeurtenis waarmee je meteen de slag wil slaan naar de rest van Nederland, om daar onderzoek uit te zetten naar of daar dezelfde condities gelden waar je ook

op kan ingrijpen. Maar er zijn natuurlijk een heleboel overwegingen, waar ik gelukkig niet zorgen over heb, die maken dat dat minder snel kan dan in ieder geval ik welzeker zal adviseren, natuurlijk.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef nu graag het woord aan mevrouw Ellemeet, en zij spreekt namens de fractie van GroenLinks. Ga uw gang.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. En dank voor de presentaties. Mijn vraag gaat door op het punt van de strategie. We zien nu inderdaad op bladzijde 15 van de presentatie van de heer Van Dissel onder «strategie» als eerste staan: «indammen virus». Het kan voortschrijdend inzicht zijn, maar daar worden nu andere woorden gekozen dan in het begin. Maar het gaat natuurlijk om hoe je een strategie operationaliseert. Eén voorbeeld is dan een uitbraak bij een slachterij. Je kan dan zeggen: is een maatregel proportioneel? Maar proportioneel ten opzichte van wat; daar gaat het natuurlijk om. Als je strategie en doel indammen is, dan zul je heftigere maatregelen moeten nemen om dat voor elkaar te krijgen. Mijn vraag gaat over het bron- en contactonderzoek, dat natuurlijk een heel belangrijk onderdeel vormt in het kunnen indammen van het virus. De heer De Gouw geeft aan dat – om het zo maar te zeggen – de doorlooptijd nu twee dagen is, als ik het goed begrijp. Tussen het moment dat je denkt dat je getest wilt worden en het moment dat je het bron- en contactonderzoek hebt afgerond, zitten opgeteld twee dagen. Dat klinkt goed, dat lijkt me snel. Ik hoor graag hoe dat is, afgezet tegen andere landen. En is het doel om het verder te versnellen? En als het gaat om de hoeveelheid mensen die zich willen laten testen, die 28%, is dat natuurlijk wel heel erg zorgelijk. Want als we willen indammen, dan betekent dat dat we iedereen in beeld moeten hebben. Ik begrijp dat een publiekscampagne een middel is, maar wat kunnen we nou nog meer doen of wat moeten we nog meer doen om dat percentage omhoog te krijgen?

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef graag het woord aan de heer De Gouw voor de beantwoording.

De heer **De Gouw**:

Voor wat betreft die termijnen en de andere landen: ik heb een aantal processtappen laten zien. We maken de afspraak, en zodra die afspraak is gemaakt, nemen wij monsters af en sturen die een paar keer per dag naar het laboratorium. Alle laboratoria hebben dezelfde procedure. De procedure zelf duurt zo'n 12 uur. Daarna moet nog autorisatie plaatsvinden. Wij zijn op zoek naar momenten om dat te versnellen, en zeker als het gaat over grotere hoeveelheden en een grotere druk, moet die versnelling ook echt plaatsvinden. Daar is die taskforce nu mee bezig, en daar zal dus ook een vorm van monitoring gaan plaatsvinden. En we moeten ook nog verbeteringen gaan aanbrengen in het systeem dat we hebben, CoronIT, omdat je dan voor alles met timestamps moet gaan werken om die tijdanalyse goed te kunnen doen. Bij de inrichting van het systeem hebben we ons er vooral op gericht om er in ieder geval voor te zorgen dat alle gegevens er goed inkomen en goed uitgaan. Dus dat systeem wordt nu nog aangepast om ervoor te zorgen dat we op meer momenten timestamps in het systeem hebben, waardoor we beter kunnen meten waar die verbeteringen nog mogelijk zijn. Als we kijken naar andere landen om ons heen, zien we dat het proces eigenlijk overal vergelijkbaar is, en dat de doorlooptijden dus ook vergelijkbaar zijn, omdat wij op dit moment geen wachttijden kennen als gevolg van capaciteitsproblemen. Wat ik al zei: als je overdag belt, dan word je meteen geholpen. De helft van de afspraken kan nog dezelfde dag

plaatsvinden, de andere helft wordt de volgende dag ingepland. En dat traject loopt, dus ja, het duurt twee tot drie dagen van het begin tot het eind – af en toe met een uitzondering, helaas. Maar ik krijg er zelf ook e-mails over van burgers, en als ik het dan bij de organisatie navraag, blijkt er altijd wel een reden te zijn geweest anders dan capaciteitsproblemen. Dus als je voldoende capaciteit hebt en je hebt het proces goed uitgeregeld, dan heb je toch het maximum bereikt van snelheid. Los van het feit dat we nu gaan onderzoeken of we de snelheid van het vinden van besmette personen nog kunnen versnellen door tijdens het bco ook mensen zonder klachten te gaan onderzoeken en testen, maar dat is een onderzoek dat nog uitgevoerd moet worden om te laten zien of het wel of niet effectief is.

En wat betreft het percentage: enerzijds publiekscampagne, en anderzijds is het gewoon onze opdracht om het zo laagdrempelig mogelijk te maken om je te laten testen. En we hebben nu de tijd, in deze periode waarin het relatief rustig is, om na te denken en plannen te maken over hoe we dat na de zomer kunnen doen. Maar als het gaat over die testbereidheid, die 28%, en als je kijkt naar de argumenten daarvoor, dan moet je op basis van die argumenten kijken wat je daaraan kunt gaan doen. En dan zie je toch dat publiekscampagnes, overtuigen van de urgentie en overtuigen dat het echt nodig is om dit met z'n allen te doen, dus gewoon de boodschap van het kabinet, de belangrijkste aspecten zijn. En we hebben uit de gegevens die we tot nu toe hebben van testbereidheid niet «het kost me te veel moeite» of zo gehoord. Als dat zo was, dan moest je daaraan gaan werken. Dus we moeten nog veel meer onderzoek doen naar de motieven voor een beperkte testbereidheid om op basis daarvan een maatregelenpakket samen te stellen.

De voorzitter:

Dank u wel. Uw tweede vraag, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja, dank. Ik sluit me aan bij de collega's die ook al zeiden dat het een enorme opluchting is dat we nu dit gesprek met elkaar hebben, heel anders dan een paar maanden geleden. Maar als we naar Amerika kijken of naar Brazilië, dan zien we daar natuurlijk de meest vreselijke scenario's en situaties ontstaan en zich ontploffen. Wij zijn inderdaad een open land. We zijn ook verbonden met die landen. We vliegen ook nog steeds op die landen, ook al zijn dat tot nu toe alleen noodzakelijke vluchten. Mijn vraag daarover is aan de heer Van Dissel. Kijk, hij pleit terecht, denk ik, voor het vasthouden aan die 1,5 meter. Maar als we kijken wat de situatie is als mensen een vliegtuig ingaan, met boarden, met security, dan zien we ook in die landen dat er aan die 1,5 meter niet wordt vastgehouden. Het zijn lange vluchten. Het RIVM heeft zelf in een advies gezegd dat de ventilatie nog geen bewezen succesvolle techniek is. Mijn vraag aan de heer Van Dissel is: hoe brengen we nou die risico's van de besmetting via die brandhaarden via het vliegtuig onder controle?

De heer Van Dissel:

Dit is natuurlijk een evident belangrijk punt. En nu is er nog een bepaald beleid, Europeesbreed ook, om daar toch bepaalde restricties op te hebben. Maar natuurlijk, als dat meer op gang komt en er vanuit gebieden met een veel hogere incidentie van ziekten, dus vanuit Amerika of Brazilië, op Nederland gevlogen gaat worden, dan denk ik dat we daar apart advies over moeten geven, dus of je niet voor die groepen specifieke maatregelen zal moeten nemen. En er zijn er natuurlijk een aantal mogelijk. Het zou erom kunnen gaan, zoals sommige landen doen, om personen die aankomen, in een quarantaineperiode te zetten. U kunt zich ook voorstellen dat, als wij weten dat een vroege afname van een bemonstering voldoende voorspellende waarde heeft met betrekking tot het al of

niet optreden van infectie, dat soort handelingen ook te overwegen zijn. En die worden in sommige landen ook al toegepast heb ik begrepen, bijvoorbeeld IJsland. Dus ik denk dat we dit heel nauwlettend in de gaten houden, en dat, als dat meer volume gaat krijgen, we hier absoluut apart naar moeten kijken. Het is natuurlijk wel zo dat je je tegelijkertijd realiseert dat Schiphol, of gewoon luchthavens, helaas maar een van de manieren is om Nederland binnen te komen, dus je zal ook wel moeten nadenken of daar nog andere maatregelen op nodig zijn, via de grens, of dat je afspraken moet maken met andere landen waar eventueel mensen van buiten de EU naartoe kunnen komen.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef nu graag het woord aan de heer Asscher, die spreekt namens de fractie van de Partij van de Arbeid. Ga uw gang.

De heer Asscher (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Ik zag dat er op twee punten anders wordt geoordeeld dan de Wereldgezondheidsorganisatie in haar advies over het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen. Zo wordt niet het advies overgenomen om met die FFP2-maskers te gaan werken bij het verzorgen van covidpatiënten en wordt er niet overgegaan op het gebruik van dit soort maskers in de reguliere zorg. Mag ik ervan uitgaan dat het advies op het eerste punt niet is ingegeven door overwegingen van schaarste en prijs, zoals we dat eerder in de crisis wel hebben gezien? Twee. We weten dat als er in een verpleeghuis een besmetting is, de gevolgen heel snel fataal zijn. Zou het met het oog daarop niet raadzaam zijn om daar dan toch af te wijken van de algemene lijn in de reguliere zorg en te zeggen «gebruik daar wel standaard zo'n mondneusmasker» om te voorkomen dat daar weer nieuwe uitbraken plaatsvinden?

De heer Van Dissel:

U verwijst naar een nieuw WHO-advies. Dat bestaat eigenlijk uit een drietal punten, waaronder: gebruik het in de publieke ruimte wanneer er sustained community transmission is. Verder suggereren ze veranderingen met betrekking tot het gebruik van de maskers in de zorg. Ik weet niet hoeveel details u wilt horen, maar ik kom hier al snel op de onderliggende medische stukken. Er is een publicatie geweest in het toonaangevende blad The Lancet en daarmee wordt dit verhaal met name ondersteund. Ik kan u zeggen dat het onderwerp is geweest van een uitvoerige bespreking van de experts van het OMT.

Wij zijn natuurlijk goed op de hoogte van de onderliggende medische literatuur en wij weten bijvoorbeeld ook of die volledig is aangehaald. Je hebt talloze wat wij «methodologische pitfalls» noemen. Er zijn met andere woorden dingen die maken dat je de studies zeer kritisch moet bezien om te bepalen of de conclusies die erin worden getrokken ook juist zijn. Dat is op dit stuk uitvoerig toegepast en de mening van de experts was vervolgens toch dat er onvoldoende onderbouwing is en onvoldoende juiste citeringen zijn in het WHO-rapport. Ik kan het niet anders brengen. Dat kunt u overigens ook terugvinden in de rapportage hierover op de RIVM-website. Dit onderwerp is echt terdege besproken en de mening was dat de in het rapport genoemde argumenten geen aanleiding zouden moeten zijn om het Nederlandse beleid aan te passen. En dat geldt eigenlijk voor alle onderdelen.

Volgens de WHO staan we bij de sustained community transmission op een bepaalde lijst, maar als wij naar de criteria kijken, komen wij tot een wat andere conclusie, en dat staat nog los van het type mondkapjes. Maar goed, het kan ook zijn dat die lijst moet worden geüpdatet. Het kan dus heel goed zijn dat ze hierover nu anders zouden besluiten.

De essentie is dus dat dit rapport voor ons geen aanleiding was om het beleid te veranderen. Wij realiseren ons natuurlijk heel goed dat de WHO

een orgaan is dat vooral globaal adviseert en dat Nederland dan maar een klein land is op die grote wereldkaart. Dat is ook al even genoemd in verband met de landen waar er zeker sustained community transmission is. Je kan je natuurlijk een heleboel landen voorstellen waar dit een heel zinnig advies kan zijn gezien de situatie in die landen, maar in sommige gevallen is die totaal anders dan die in Nederland. Het antwoord is dus: wij zien op grond van het WHO-rapport geen reden om ons beleid ten aanzien van mondneuskapjes te veranderen.

Uw laatste vraag ging specifiek over de verpleeghuizen. Ik had het graag nu al gehad, maar we hopen dat we volgende week een onderzoeksrapportage over de verpleeghuissetting, die specifiek op dit punt ingaat, kunnen presenteren. Maar daar kan ik nog niet op vooruitlopen, omdat ik het nog niet heb gezien. We zullen die rapportage zodra die beschikbaar is, uiteraard zo snel mogelijk meenemen in de overwegingen. Hopelijk geeft het met name op deze vraag een antwoord.

De voorzitter:

Hartelijk dank. De tweede vraag van de heer Asscher.

De heer Asscher (PvdA):

Mijn tweede vraag sluit aan bij de eerste vraag van mevrouw Ellemet, maar ik wil beginnen met een compliment uit te spreken voor het werk dat bij de GGD's door heel veel mensen wordt gedaan. Ik ben best onder de indruk van hoe snel daar nu heel veel bron- en contactonderzoek wordt gedaan. Aangezien het voor onze economie en onze gezondheid essentieel is dat dat indammen via dat bron- en contactonderzoek ook slaagt, zou mijn vraag zijn: hoever zijn we nu met de werving van voldoende gekwalificeerde mensen om zo'n drie-uursgesprek op een goede en effectieve manier te kunnen voeren? Ik vraag dat met het oog op de mogelijkheid dat het aantal mensen met klachten heel snel toeneemt. We hebben het over de testbereidheid gehad, maar als ik goed geïnformeerd ben is te verwachten dat er in het najaar veel meer mensen met klachten zullen komen. Hoever zijn we en wat is er nodig? Is er bijvoorbeeld voldoende financiële armslag om de GGD's en alles wat daarmee samenhangt, voldoende voor te bereiden?

De heer De Gouw:

Laten we kijken hoe dat gebeurt. Het is voor veel mensen nieuw werk, want je werft mensen en die moeten vervolgens getraind worden. Ze moeten daarna natuurlijk ook werk hebben. Er zijn mensen die een week getraind worden, maar niet zeker zijn dat ze daarna dat werk ook krijgen. Die mensen zeggen dan: «Als ik dit werk niet krijg, weet ik niet of ik dit ga doen. Dan ga ik een andere baan zoeken.» Zeker na de vakantie gaat het om mensen die geen andere baan hebben. Je stelt wel bepaalde eisen aan die mensen, maar het is toch een beetje het idee van oproepkrachten. Voor de landelijke organisatie die we nu hebben, is dat gebruikelijk. De alarmcentrales hebben gewoon een vaste pool mensen en een oproepbare pool mensen. Die mensen zijn gewoon beschikbaar en die worden ook zo veel mogelijk getraind. Maar de training heeft ook een praktijkdeel en dat is een essentieel deel van de training. Het lage aantal bco's betekent daarom dat we eigenlijk niet genoeg bco's hebben om iedereen nu te trainen.

We hebben daarom een strategie afgesproken. Een deel van de bco's is landelijk en een deel is lokaal. We moeten ook lokaal en landelijk mensen opleiden. We hebben afgesproken dat we iedere keer proberen om zoveel mensen op te leiden als past bij de bco's die we verwachten in de weken daarna. We baseren ons daarbij op de modellering van het RIVM voor het aantal luchtweginfecties. Dat betekent dat we nu een plan hebben om mensen gefaseerd op te leiden, zodat we ze daarna ook inderdaad enigszins aan het werk kunnen zetten, en dat hoeft niet 100% te zijn. De

aantallen waarover het gaat, hebben we goed in beeld en die zijn ook beschikbaar.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Wassenberg namens de Partij voor de Dieren. Gaat uw gang.

De heer Wassenberg (PvdD):

Voorzitter, ik neem waar voor mevrouw Van Esch die op dit moment een algemeen overleg heeft. Ik doe het dus namens haar.

Ik heb de presentatie op mijn kamer gezien en toen hoorde ik de heer Van Dissel – dank overigens voor u beider presentaties – zeggen: we zijn nu uit de acute crisis wat betreft de patiënten. Maar er zijn natuurlijk nog twee brandhaarden als ik het zo mag noemen: de slachthuizen en de nertsenfokkerijen. Een maand geleden was ik ook aanwezig bij een presentatie over COVID-19 bij dieren. Dat was op 25 mei. Toen waren er vier bedrijven besmet. Inmiddels zijn het er zeventien! Er zijn dus dertien bedrijven bij gekomen in minder dan een maand, want de cijfers lopen een beetje achter. Ik vind dat heel zorgelijk.

In de Boerderij van afgelopen vrijdag werd uw collega Stegeman geciteerd over de vraag hoe het kan dat die bedrijven besmet zijn. Het blad stelt dat het mogelijk is dat bedrijven elkaar besmet hebben en dan zegt de heer Stegeman: «Mochten er bewust besmette nertsen zijn overgeplaatst om bedrijven te besmetten, dan kunnen we dat traceren. In het onderzoek wordt gekeken naar kleine mutaties in het virus, waardoor de herkomst van het virus inzichtelijk wordt.» Daar gaat mijn vraag over. Kunt u ons vertellen hoe dat onderzoek verloopt? Zijn er al uitkomsten? Zijn er aanwijzingen dat besmette nertsen zijn overgebracht van bedrijf naar bedrijf of van locatie naar locatie? Kunt u verder iets vertellen over dat onderzoek naar COVID-19 bij nertsen?

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

Ik dacht dat ik de vorige keer iets heb laten zien over de technieken die we kunnen gebruiken en over de resultaten van de eerste groep die we gedaan hebben. Ik ben nog niet bekend met nieuwere resultaten. Daar kan ik u dus geen antwoord op geven.

Even in z'n algemeenheid iets over wat je kunt verwachten van het zogenaamde sequencen van het virus, het in kaart brengen van de genetische informatie van het virus. In het virus kunnen inderdaad hele subtiele veranderingen zitten die maken dat je in ieder geval kan zeggen: dit is een identiek virus. Dat zijn uitspraken die je eventueel kan doen. Daardoor weten we ook dat het virus soms langere tijd ergens heeft gecirculeerd, in dit geval dus binnen een nertsenboerderij, en dat het daarna is overgegaan op een aantal mensen. Dat die mensen het van de nertsen hebben overgenomen, kan je op die manier vaststellen. Het punt bij het vinden van twee identieke sequenties tussen twee bedrijven die ruim uit elkaar liggen, is dat je alleen maar kan vaststellen dat het blijkbaar hetzelfde virus is. De interpretatie daarvan kunnen we vanuit de wetenschap of vanuit het laboratorium natuurlijk niet geven. Er kan eventueel natuurlijk ook worden aangetoond dat het verschillende virussen zijn. Dat geeft dan misschien meer antwoord op uw specifieke vraag, maar als je identieke virussen vindt, dan blijft de vraag staan: hoe kan je dat verklaren? Dat is een nadeel en het vereist dan ook het nodige werk. En zelfs dan is het nog maar de vraag of je er met zekerheid achter kan komen. De kracht van die sequentieanalyse ligt er vooral in dat je kunt aantonen dat het verschillende virussen zijn, omdat dat allerlei dingen uitsluit.

De **voorzitter**:

Uw tweede vraag, meneer Wassenberg.

De heer **Wassenberg** (PvdD):

Kunt u zeggen wanneer dat onderzoek komt? U hebt daar nu nog geen gegevens over, maar wanneer kunnen we dat verwachten? Weet u daar iets van?

De heer **Van Dissel**:

Nee, dat zou ik moeten navragen. Dat hangt van een aantal dingen af. In de eerste plaats is het überhaupt afhankelijk van de vraag of er voldoende virusisolaten zijn die kunnen worden gesequenced. Verder zijn er veel activiteiten op het gebied van sequencing binnen het Erasmus MC en het RIVM, omdat er soms ook patiëntenvragen liggen. Ik zou gewoon moeten nagaan wanneer dat precies bekend is, maar daar kunnen we natuurlijk over communiceren.

De **voorzitter**:

Dank u. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Diertens die...

De heer **Wassenberg** (PvdD):

Nee, voorzitter! Ik heb nog een tweede vraag. Dit was alleen een verduidelijking van de eerste vraag.

De **voorzitter**:

Ik dacht dat u ermee akkoord was dat ik doorging. Maar gaat uw gang. Uw tweede vraag.

De heer **Wassenberg** (PvdD):

Dank, voorzitter. Mijn tweede vraag is voor de heer De Gouw en sluit een heel klein beetje aan op de vraag van mijn collega van de SP over de slachthuizen. In sommige slachthuizen worden steekproeven gedaan, maar niet bij allemaal. Wie bepaalt dat? Is dat de lokale GGD? Is dat de voorzitter van de veiligheidsregio? Zijn er misschien landelijke regels? Ik vraag dat ook, omdat ik wil weten of er landelijke regels zijn voor dat bron- en contactonderzoek. Ons bereiken berichten van medewerkers van slachterijen dat hun collega's niet worden meegenomen in dat bron- en contactonderzoek bij besmette medewerkers van slachterijen. Zelfs als die bezorgde collega's zelf contact opnemen met de GGD Brabant – daar speelt dit voorbeeld – krijgen ze de mededeling dat ze niet zullen worden getest. Weet u of dat klopt en waarom is dat? Zijn er ook landelijke regels voor?

De heer **De Gouw**:

Voor het testen van mensen zonder klachten zijn er geen landelijke regels. De landelijke regels zijn conform de ECDC-richtlijn en de WHO-richtlijn: testen doe je bij mensen met klachten. In de praktijk probeer je, zowel voor de bestrijding als om meer inzicht te krijgen in de verspreiding van het virus, vast te stellen waar mensen het virus hebben opgelopen. Daarbij kan het dus helpen dat je ook mensen zonder klachten test. Maar dat is als het ware op indicatie en die indicatie is afhankelijk van de situatie die zich voordoet. Datzelfde geldt voor mensen zonder klachten die zichzelf zien als een nauw contact. Dat kan, maar de vraag is dus of het bijdraagt aan de bestrijding om die mensen te testen. Het eerder genoemde onderzoek naar het testen van mensen in een bco op dag vier en dag acht moet daar meer duidelijkheid over brengen. Maar nu stellen we ons vooral de vraag: is het effectief, gelet op de bestrijding en de kennis die we al hebben, om meer kennis te krijgen? Dat betekent dat je het in een aantal situaties wel en in een aantal situaties niet doet. Het heeft ook te maken met de pretestincidentie: wat weet je al over de

verspreiding van het virus en wat is dan de meerwaarde, ook de statische meerwaarde, van het testen van mensen zonder klachten? Soms is die groot en soms is die klein, en dat bepaalt dus of je het wel of niet doet. Er wordt op dit moment een plan van aanpak gemaakt dat breder is en dat uitgaat van drie principes en van risicogericht werken en risicogestuurd werken. Het verschil is dat risicogericht betekent dat je vooraf identificeert in welke sectoren, locaties of domeinen het risico op besmetting het grootst is en risicogestuurd dat je op basis van de situatie die zich daadwerkelijk voordoet, intensiever beleid gaat voeren. We doen dat ook gefaseerd, beginnend met de hoogste risico's. Dat plan wordt de komende maanden ook gewoon uitgevoerd.

De voorzitter:

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

Mevrouw Diertens (D66):

Dank u wel, voorzitter, en wederom hartelijk dank voor de heldere presentaties.

In antwoord op mevrouw Ellemeet ging het heel erg over Nederland en Schiphol. Ik wil toch onder de aandacht brengen dat de grootste buurlanden van ons koninkrijk heel dichtbij liggen. Dat zijn namelijk de buurlanden van onze Caribische eilanden: Brazilië, Colombia en Venezuela.

Mijn vraag gaat over het ontwikkelen van een vaccin. Die ontwikkeling is in volle gang, maar het kan nog wel even duren. We lezen dat Sanquin bezig is met een behandeling met antistoffen. Maar welke andere behandelingsopties zijn er op dit moment? Ik krijg daar veel vragen over van mensen die chronisch ziek zijn geweest en nu niet buiten de deur durven te komen, omdat ze een slecht immuunsysteem hebben. Wellicht kunnen die mensen daarom straks ook niet gevaccineerd worden. Met welke medicatie kunnen we deze mensen het beste helpen en zijn deze mensen gebaat bij het dragen van medische mondkapjes? Als zij die dragen, kunnen ze dan wel weer naar buiten?

De heer Van Dissel:

Vraagt u nu of er behandelingen beschikbaar zijn voor de acute infectie of voor mensen die moeten revalideren? Dat is me niet helemaal duidelijk. Het laatste leek daar wel naar te verwijzen.

Mevrouw Diertens (D66):

Ik krijg bijvoorbeeld vragen van mensen met longziekten die al heel lang chronisch ziek zijn of in het verleden een kankerbehandeling hebben gehad, die een behoorlijke aanslag is geweest op het immuunsysteem. Die mensen maken zich heel erg zorgen. Ze willen graag naar buiten, maar durven niet.

De heer Van Dissel:

Dan is de vraag dus eigenlijk of er behandelingen beschikbaar zijn om covid te voorkomen en of we behandelingen hebben op het moment dat covid optreedt. U heeft waarschijnlijk ook in de krant kunnen volgen dat er sprake is van middelen die eerder onder andere tegen malaria werden gebruikt, chloroquine en dergelijke. Die middelen zijn eigenlijk gewoon afgevallen, omdat ze onvoldoende effect lijken te hebben. Dan heb je nog een zeer specifiek middel, remdesivir. Dat is een middel dat de ziekte duur bekort en de klachten enigszins tempert. Dat middel is van belang voor bepaalde groepen mensen, maar de beschikbaarheid van dat middel is beperkt. Recent is er in Engeland gepubliceerd over het middel dexamethason. Dat is een ontstekingsremmend middel en het is zeker geen middel dat het virus remt. In situaties waar de ontsteking meer kwaad dan goed

lijkt te doen voor de patiënt, kan het een gunstige werking hebben. Blijkbaar is dat bij een bepaald percentage van de patiënten het geval, zowel bij patiënten die zuurstofbehoefstig zijn, de echt ziekere groepen, als bij de patiënten die worden beademd. Het zijn geen van alle optimale therapieën en ze zijn zeker niet te vergelijken met andere infectietherapieën.

U noemde Sanquin. Die therapie berust op de gedachte dat je antistoffen uit bloeddonaties isoleert. Dat is de groep die ik u liet zien: die inmiddels 1 miljoen Nederlanders die het virus onder de leden hebben gehad en met hun afweersysteem hebben gereageerd, onder andere door het aanmaken van antistoffen. Als je die antistoffen in handen hebt, kun je je afvragen wat je daar het beste mee kan doen. Je kan je bijvoorbeeld voorstellen dat je zo'n antistof voor groepen kwetsbare patiënten in de setting van een uitbraak middels infusie – dat is het dan natuurlijk – preventief inzet. Met andere woorden, je weet dan dat de kans op een infectie bij die groep reëel is. Een deel van de groep die u noemt, zou daar onder kunnen vallen. In z'n algemeenheid is het nadeel van antistoftherapieën wel dat de halfwaardetijd beperkt is. Na drie weken ben je al meer dan de helft van de antistoffen kwijt en dat betekent dat de therapie repetitief zou moeten zijn, dus bij herhaling zou moeten worden gegeven. Maar je kan je voorstellen dat het een zinvolle interventie zou kunnen zijn in de setting van een uitbraak in een instelling met personen die misschien minder goed in staat zijn om zelf antistoffen te maken. Dat zijn eigenlijk de mogelijkheden die we op dit moment hebben.

Vaccins zijn natuurlijk een heel breed onderwerp. Er wordt inmiddels aan meer dan 130 vaccins gewerkt. Dat wordt dus heel breed ingezet. Ik verwacht dat daar nog een geweldige afname is van het aantal dat uiteindelijk succesvol kan worden voortgezet in mensen. Een heleboel personen en instellingen werken eraan. We hebben het vertrouwen dat de wetenschap het oplost en dat we goede vaccins krijgen, maar die zijn natuurlijk niet op korte termijn beschikbaar.

De voorzitter:

Dank u wel. Een tweede vraag.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Ik heb ook nog gevraagd of mondkapjes kunnen helpen. Ik heb het niet over mensen die in instellingen zitten, maar over mensen die jonger dan ik zijn, die graag naar buiten willen, maar die een ziekte hebben gehad.

De voorzitter:

Stelt u gelijk uw tweede vraag.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Mijn tweede vraag is kort. Op slide 4 zien we dat het aantal patiënten sinds april niet snel daalt, maar dat er wel een daling is van het aantal ziekenhuisopnamen. Hoe verklaart u dit?

De voorzitter:

Helder. Twee vragen aan de heer Van Dissel.

De heer **Van Dissel:**

Ik begin met het antwoord op de laatste vraag. In de tussenperiode hebben we een uitbreiding van het testbeleid gehad. Dan ga je dus meer mensen vinden, terwijl het testbeleid zich eerder richtte op groepen die werden opgenomen. Dat dat uit elkaar loopt, verwachtten we dus ook. Dan de vraag met betrekking tot mondkapjes. Ik denk dat de essentie blijft dat met het aanhouden van de regels die we daarvoor hebben afgesproken, zeker in de huidige situatie waarin er heel weinig virus circuleert, oplettendheid en triage van eventuele contacten voldoende

moeten zijn om het oplopen van infecties voldoende terug te brengen. Ik zou daar geen nieuwe handelingen op willen suggereren, anders dan dat je er natuurlijk vanuit moet gaan dat iemand waarmee je contact hebt, ook de verantwoordelijkheid neemt om thuis te blijven als hij ziek is. Als hij niet ziek is, heb je alleen te maken met de geringere presymptomatische overdracht die in belangrijke mate met antigenen is tegen te gaan. Door het consequent toepassen van de huidige maatregelen moet daar al een heleboel ruimte in zijn.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik nu het woord aan de heer Van der Staaij namens de fractie van de SGP.

De heer Van der Staaij (SGP):

Dank u wel, voorzitter. En dank aan beide heren voor hun heldere presentaties. Mijn vraag gaat over zingen. In de persconferentie van gisteren leken daar verschillende signalen over te komen. Aan de ene kant kunnen zangkoren weer repeteren en optreden. Dat is dus een verruiming. Aan de andere kant is er de inperking dat het zachtjes meezingen in kerkdiensten niet meer zou kunnen. Wat is de bestaande risicoanalyse rond het zingen? Ik dacht: misschien helpt het OMT-advies. Maar dat zegt dat het later nog moet worden beoordeeld.

De heer Van Dissel:

Ik kan niet anders zeggen dan dat het laatste deels helaas juist is. U geeft zelf al een beetje het antwoord door te spreken van «zachtjes meezingen». Op een gegeven moment wordt dat mummen met de mond dicht. Daar kun je natuurlijk helemaal geen bezwaar tegen maken. Het punt is gewoon dat we een aantal situaties gerapporteerd zien waarbij bijeenkomsten met zang en met spreekkoren – denk aan voetbalstadions – een behoorlijke impact hebben gehad op de infectiedruk daarna. De vraag is dan altijd: wat was precies de oorzaak? Zoals mijn collega daarnet heel mooi heeft toegelicht, ga je dan zoeken naar overeenkomstige factoren en dan kom je bijvoorbeeld uit bij het gezamenlijk zingen. Het Bachkoor is in Nederland bij herhaling als voorbeeld genoemd. De volgende vraag is: komt het doordat men samen heeft gezongen? Is het zo dat bij zingen – dat sluiten wij helemaal niet uit – toch kleinere druppels een rol spelen? Dat moet gewoon onderzocht worden. Zijn er speciale omstandigheden rondom de situatie van zingen of was het – dat heeft zich bij een kerkelijke bijeenkomst op Goeree-Overflakkee getoond – een kwestie van verschillende dingen die helemaal niet zozeer met het zingen te maken hadden? Waren er verschillende introducties van het virus en leidde het onderzoek ertoe dat je daaraan denkt? Daar zijn we gewoon nog niet helemaal uit. Er zijn een aantal gebeurtenissen in de literatuur gerapporteerd die onvoldoende helder zijn om daar één lijn in te trekken. Wat dat betreft hebben we daar misschien meer dan bij andere dingen het voorzorgprincipe gehanteerd. Tegelijkertijd realiseren we ons het belang en hebben we gezegd: als we niet de grote spreekkoren krijgen waardoor misschien die 1,5 meter tekortschiet, dan zou je kunnen toelaten dat het op een podium of door een aparte groep gebeurt zonder dat iedereen er meteen aan deelneemt. Dat zou misschien ook voor bijeenkomsten in een kerk kunnen gelden. Wij zouden graag van dit advies af willen als we denken dat dat mogelijk is. We volgen de literatuur daarover nauwkeurig en we hopen dat die helderder wordt. Op dit moment is dat nog niet het geval, zeker niet in alle gevallen. Dit is het compromis dat daar uitkomt.

De voorzitter:

Hartelijk dank. De heer Van der Staaij voor een vervolgvraag.

De heer Van der Staaij (SGP):

De vraag is in hoeverre bij die overweging empirische informatie wordt meegenomen. In de afgelopen week, maar ook al eerder, is op veel plekken wel gezongen. Daarover is niet gerapporteerd. Hoe zit dat? Wordt die empirische informatie hierbij betrokken? In hoeverre klopt het beeld dat ik op grond van de literatuur heb dat je juist door de afstandsmaatregel, de triage vooraf en de goede ventilatie tot vergaande risico-inperking kunt komen? Is het dan wel proportioneel om het te verbieden?

De heer **Van Dissel**:

Het antwoord is drie keer ja. Ik ben het met u eens en ik denk dat we zo snel mogelijk moeten komen tot een werkzame situatie waarin we al die aspecten die u noemt meewegen, inclusief het belang ervan. Je zou dat natuurlijk graag empirisch willen onderzoeken, maar dat kan natuurlijk bijna niet. Je kunt niet een groep bewust blootstellen en dan bekijken of er al of niet iets gebeurt door het zingen. Onze mogelijkheden zijn dus beperkt. Vanuit een aantal rapportages over voetbalstadions hebben we wel het idee dat het wel degelijk een rol heeft gespeeld, zeker in die extremere situaties. Het wordt dan ingewikkeld waar je een goede balans vindt om dingen die heel anders gaan dan spreekkoren in voetbalstadions wel toe te laten. Ik hoop dat we er snel meer helderheid over hebben en ook kunnen leren. Met een koor in een kerk, met een koor op afstand van het publiek, kun je wel degelijk zingen en repeteren. Dat levert ons waardevolle informatie op waardoor we mogelijk verder kunnen versoepelen. Ik zou de huidige situatie dus zeker niet als een eindpunt willen zien. Laten we het nu zo versoepelen. Dan zijn een heleboel dingen mogelijk. We hopen verder te leren om zo snel mogelijk goede maatregelen te kunnen suggereren.

De **voorzitter**:

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

De heer **Öztürk** (DENK):

Voorzitter, dank u wel. Ik wil de heer Van Dissel en de heer De Gouw bedanken voor de heldere presentaties en bijdragen. Per 1 juli zijn er een aantal terechte versoepelingen gekomen. Maar wat heel veel mensen niet begrijpen is dat ze toch die 1,5 meter afstand moeten houden, bijvoorbeeld in cafés, restaurants, sportverenigingen, moskeeën en kerken. Je mag niet zingen, hoor ik net. Maar gisteravond is gezegd dat sekswerkers vrij hun gang kunnen gaan. Dat is heel moeilijk uit te leggen aan de gewone burger, maar ook aan de heer Van der Staaij. In de kerk mag je niet zingen en ondertussen mogen in andere beroepen wel een aantal gedragingen plaatsvinden. Dat is heel raar. Ik zie dat de D66-Kamerleden Bouali en Van Weyenberg op Twitter aan het juichen zijn dat zij Kamervragen hebben gesteld en gelobbyd hebben. Heeft dat lobbyen effect gehad?

De **voorzitter**:

Meneer Öztürk, het is een technische briefing, dus het gaat om vragen aan de heren Van Dissel en De Gouw. Het uitdagen van andere Kamerleden sta ik niet toe. De heer Van Dissel geeft een reactie op uw vraag.

De heer **Van Dissel**:

De vraag was, dacht ik, of dat gelobby effect heeft, of niet? Het antwoord is: er is bij ons niet gelobbyd.

De **voorzitter**:

En nu het eerste deel van de vraag, over het uitleggen van de verschillen tussen de maatregelen. De heer Van Dissel.

De heer **Van Dissel**:

Wat natuurlijk het antwoord is, is dat je hoe dan ook altijd op maatwerk komt en op dingen die misschien niet 100% consistent zijn. Dat is gewoon het eerlijke antwoord. Het is onmogelijk om alles in een regel te vangen. Dat is in wezen het antwoord. We realiseren ons deze potentiële tegenstrijdigheid, maar daar is op dit moment geen andere reden voor. Ook hier geldt overigens weer dat we tegelijkertijd leren wat de effecten zijn. Als dat zich dan vertaalt in de gevallen en bij de GGD komen, komen dit soort associaties terug... Het is niet zo dat we nu allemaal definitieve adviezen geven; we zullen de eersten zijn om het aan te passen. Tegelijkertijd – dat heb ik net ook al gezegd met betrekking tot het niet meer aanhouden van 1,5 meter bij jongeren – moet je ook ruimte geven om te zien wat mogelijk is in de huidige epidemiologische situatie. We denken dat dit daarbinnen paste. Dat is gewoon het antwoord.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Uw tweede vraag, meneer Öztürk.

De heer **Öztürk** (DENK):

Ook mijn tweede vraag is gericht aan de heer Van Dissel. Hij zegt terecht dat er een tegenstrijdigheid is, dat het niet eerlijk is en dat het heel moeilijk is uit te leggen. Het is technisch ook niet te onderbouwen. Ik denk dat het uiteindelijk een politieke beslissing is geweest, druk vanuit de coalitie, D66, dat graag...

De **voorzitter**:

Nee, meneer Öztürk, ik sta dat niet toe.

De heer **Öztürk** (DENK):

Mijn tweede vraag gaat over nog een tegenstrijdigheid, namelijk de code oranje voor een aantal landen, waaronder Turkije, Marokko en een aantal andere landen, waar mensen nog steeds het advies krijgen dat ze niet kunnen reizen. Kan de heer Van Dissel inhoudelijk-technisch uitleggen hoe het kan dat je wel naar Italië, Spanje en Griekenland kan, maar niet de oversteek kunt maken naar Turkije? Hoe kan dat technisch niet?

De heer **Van Dissel**:

Dit is dacht ik exact dezelfde vraag die ik vorige keer van u of misschien van uw fractiegenoot kreeg, maar dat doet er niet toe. Ik heb toen geantwoord dat, wanneer je kijkt naar reizen, er een aantal dingen van belang is: wat is de situatie in Nederland op dit moment, met andere woorden: hoeveel risico is er op overdracht naar buiten toe? En omgekeerd: wat is de situatie in andere landen? Is die situatie net zo gunstig als momenteel in Nederland? Of is die situatie minder gunstig? En dat is natuurlijk wat de meest rationele basis vormt, vanuit de wetenschap gezien, van de adviezen. Maar er spelen natuurlijk heel veel andere dingen die van heel andere aard zijn. Daarvoor moet ik u wellicht verwijzen naar het beleid. Maar vanuit de wetenschap gaat het er natuurlijk om wat de kans is dat je een infectie oploopt in een ander land. Wat is de situatie in dat andere land? Is die voldoende helder en betrouwbaar in kaart gebracht? Wat zijn de maatregelen die men daarbij neemt ten opzichte van die in Nederland?

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Van Otterloo namens de fractie van 50PLUS. Gaat uw gang.

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

Dank u wel, voorzitter. En ook onze dank gaat uit naar de heren Van Dissel en De Gouw. Het zou ons een lief ding waard zijn als we u hier niet meer

zouden zien, maar ik ben bang dat dat niet gaat lukken, omdat we nog steeds zorgen hebben over een tweede golf, of in ieder geval blijvende gevallen. Mijn eerste vraag gaat naar de heer Van Dissel. We zien dat bijna twee derde van de sterfgevallen mensen betreft in de categorie 80-plussers. Daarbij zijn zeer veel mensen in verpleeghuizen en woonzorgcentra betrokken. Dat is pas laat opgemerkt, omdat de symptomen waaraan deze mensen leden niet de reguliere symptomen waren waarmee u steeds begint bij uw presentatie, over verhoging van de temperatuur en verkoudheid. Dat was bij deze categorie 80-plussers niet direct aan de orde. Op welke wijze kunnen we vroeg signaleren dat er niet weer zo'n stille ramp gaat plaatsvinden in de verpleeghuizen? U hebt al gezegd dat er nu alweer twee verpleeghuizen worden gesloten, omdat met een vroege signalering kan worden voorkomen dat het hele verpleeghuis of het hele woonzorgcentrum dichtmoet, omdat het aantal slachtoffers te groot wordt.

De heer Van Dissel:

Ik deel een deel van uw zorgen natuurlijk. Het antwoord is wel dat we in afwachting zijn van een onderzoek wat daarover gestart is. Dat hadden we voor het afgelopen OMT gehoopt te krijgen van de onderzoeksgroep, maar dat was helaas nog niet klaar. Dat hopen we zo snel mogelijk te kunnen bespreken. Dat gaat eigenlijk in op bijna alle vragen die u stelt. Het onderzoek is ook gedaan in een Nederlandse setting. Het is een beetje vervelend dat ik daarnaar moet verwijzen, maar dat onderzoek hebben we momenteel nog niet. Daar hopen we een aantal antwoorden uit te krijgen op vragen die u stelt over het testbeleid, het gebruik van persoonlijke beschermingsmaatregelen en eventuele verdere maatregelen in de verpleeghuizen en ook, overigens, of die symptomen nou daadwerkelijk zo anders zijn. Want ook daar is al wat onderzoek naar verricht. Het is niet zonder meer het geval dat die symptomen altijd zo anders zijn. Maar ook daar geeft dat nadere onderzoek hopelijk duidelijkheid over. Dus ja, ik weet niet of dat reden moet zijn voor een hearing hier. Wij komen daarvoor natuurlijk graag nog een keer terug.

De heer Van Otterloo (50PLUS):

Er kan dus ook uit dat onderzoek komen dat er een andere diagnostiek gebruikt kan worden.

De voorzitter:

Stelt u gelijk even uw tweede vraag, meneer Van Otterloo.

De heer Van Otterloo (50PLUS):

Mijn tweede vraag is aan de heer De Gouw. Die vraag gaat over iets waar de heer Hijink het ook over had, namelijk over de slachthuizen als voorbeeld. Hij zei terecht dat de voorzitter van de veiligheidsregio de proportionaliteit als criterium neemt of er wel of niet gesloten moet worden. Maar wat ons dan interesseert is of u, vanuit uw positie, aangeeft dat u het belangrijk vindt als GGD dat er gesloten wordt. Want de voorzitters van de veiligheidsregio's nemen regelmatig besluiten over het sluiten van cafés, restaurants, coffeeshops en dergelijke. Daar kan het economisch belang van de slachthuizen niet zo groot zijn dat het daar niet kan.

De heer De Gouw:

Als GGD adviseren wij, maar dat hangt ook af van de wettelijke basis. Als het gaat om sluiting van cafés of coffeeshops dan gebeurt dat niet op basis van de Wet publieke gezondheid, maar op basis van andere wetten en zijn we er op andere manieren bij betrokken. Hier zijn we intensief bij betrokken. Dat betekent dat wij adviseren over het maatregelenpakket. Dat gaat niet alleen over proportionaliteit, want dat heeft te maken met wat je

ermee voorkomt. Is de maatregel proportioneel wat betreft hetgeen je probeert te voorkomen? Dat hangt dus ook af van de ernst van een ziekte. Als het bijvoorbeeld zou gaan over ebola, ook een A-ziekte, dan hebben we plotseling heel ander beleid. Dus die proportionaliteit hangt ook af van wat je ermee voorkomt. Het gaat ook over de subsidiariteit: kun je door andere maatregelen de dreiging voorkomen? Daarin adviseren wij. Dat gebeurt niet alleen door infectieziekteartsen, maar ook door onze deskundigen op het gebied van infectieziektepreventie, maar ook in samenwerking met Arbeidsinspectie en NVWA, omdat je die gecombineerde kennis nodig hebt om effectiviteit van maatregelen te kunnen gaan beoordelen. Het is dus in feite multidisciplinaire advisering in de richting van de voorzitter van de veiligheidsregio, die afhankelijk is van de situatie.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan was er nog een korte vraag gesteld aan de heer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

De vraag was of diagnostiek was meegenomen. Het antwoord is ja.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu graag het woord aan de heer Hiddema, namens de fractie van Forum voor Democratie, voor uw vraag.

De heer Hiddema (FvD):

Dank u. Het zal bekend zijn: ik begeef mij op heikel terrein, want ik weet niets van microbiologie, niets van biologie en ook niets van statistiek. Ik ben maar een eenvoudig jurist. Ondanks dat alles blijft bij mij slechts één vraag hangen. Dat komt door de voortreffelijke uitleg die ik steeds te horen krijg van meneer Van Dissel. Op een punt ben ik nog steeds niet ingewijd, dat snap ik niet. Vandaar de vraag. We hebben een heel drukke Hemelvaartsdag gehad. Er is gedemonstreerd dat het een aard heeft, en in sommige gevallen tegen de klippen op. En er zijn geen besmettingen uit voortgekomen. Dat zegt iets over het gevaar wat het virus oplevert buiten de deur, en over de effectiviteit of de noodzaak van de anderhalvemetermaatregel, om het maar zo te noemen. Nou heb ik de heer Van Dissel in antwoord op een vraag van mevrouw Agema horen zeggen dat je voor het nut en de zin van die vraag over die anderhalve meter naar de medische literatuur moet kijken. Ik weet niet welke. Maar ik lees wel veel verslagen van mensen die daar hele studies van hebben gemaakt en die als medicus door het leven gaan. Die zeggen allemaal: die anderhalve meter en die buitenlicht zijn onzin. Er is een meneer in China die heeft ontdekt dat er één Chinees te vinden is die buiten de deur de besmetting met het virus heeft opgelopen. Nou denk ik, met alles wat ik in mij heb, om langs de weg van deductie zelf tot inzicht te komen, dat ik toch even bij de heer Van Dissel moet zijn, want hij weet mij dat vast wel uit te leggen. De vraag is dus: wat is het bewijs dat er significant besmettingsgevaar is in de buitenlucht?

De heer Van Dissel:

Ik hoor een aantal vragen en beweringen, ook met betrekking tot het gevaar van demonstraties. Kijk, je kan ook gewoon geluk hebben. Dat er bij deze demonstraties gelukkig geen grote gevolgen geweest zijn met betrekking tot covid kan je helaas niet als retrograad bewijs gebruiken. Dat zal u aanspreken. Je kan ook zo nu en dan geluk hebben bij deze situaties. U verwijst naar een studie in China. Dat is een heel mooi voorbeeld van hoe dit soort studies soms gebruikt worden, als u mij toestaat om even uit te leggen wat daar precies gedaan is. Dat is een studie die is uitgevoerd in een wintersetting, in een gebied in China waar je in de winter liever binnen dan buiten bent. In de tweede plaats is de setting dat de Chinese

overheid zei: blij binnen. Als je dan een onderzoek doet naar waar besmettingen optreden, dan laat zich raden, zonder dat er veel achtergrondkennis bij nodig is, waar die besmettingen plaatsvinden. Dat is binnen, want buiten is het of te koud, of je wordt niet geacht buiten te zijn, en dat wordt daar gehandhaafd. Het feit dat in die specifieke studie maar één persoon het buiten had opgelopen, klopt, want dat is waarschijnlijk ook de enige persoon in die studie die buiten geweest is, nou ja, met degene van wie hij het opliep. Onderzoeken moeten kritisch worden geïnterpreteerd. Dit is daar een van.

Wij weten dat wij nou eenmaal 70% tot 80% van de tijd binnenshuis besteden. Al zou de kans volkomen gelijk zijn, dan verwacht je ook in onderzoeken, van de GGD bijvoorbeeld, te vinden dat 70% tot 80% sowieso binnenshuis is opgetreden, al was het maar omdat als de kans gelijk is, dat de meeste verblijftijd heeft. De studies om aan te tonen dat het buiten niet opgelopen wordt, zijn sowieso al complex om te verrichten. Ook daar kan je weer zoeken naar epidemiologische situaties die doen vermoeden dat het buiten misschien toch minder veilig is dan u nu suggereert.

Dan verwijs ik naar een heel recent bericht, dat ik twee dagen terug las, over de geweldig hoge incidentie, de geweldig hoge infectiedruk en ook zeer hoge sterfte onder de Amazone-indianen. Er was een film bij die toch aangaf dat die eigenlijk in een situatie van 100% buitenlucht zijn. Met andere woorden: te zeggen dat je in de buitenlucht niet besmet kan worden, is niet gebaseerd op gegevens. Dat in de buitenlucht natuurlijk wat andere ventilatie speelt dan binnen en dat dat binnen soms een probleem is, is ook helder. Maar dat neemt niet weg dat als je buiten een gesprek voert binnen de 1,5 meter, dat gewoon een risico is voor overdracht van covid.

De voorzitter:

Dank u wel. Uw tweede vraag, meneer Hiddema?

De heer Hiddema (FvD):

Weer wat geleerd! Aan de Amazone was ik nog niet toegekomen. Ik heb nog een vraagje voor meneer De Gouw. Ook bedankt voor zijn presentatie. Bij mij nog een hele simpele vraag: wordt er ook getest, het liefst regionaal, zou ik denken, op mensen die geen klachten hebben? Het duurt altijd een poosje voordat je klachten krijgt als je besmet bent. Worden er ook steekproefsgewijs mensen getest die geen klachten hebben? Dan kun je zien waar een uitbraakje tot de mogelijkheden behoort. Als je dat regionaal doet zeker.

De heer De Gouw:

Dat gebeurt uitsluitend op indicatie. We moeten het idee hebben dat er wat aan de hand is, bijvoorbeeld een groot aantal besmettingen bij de slachthuizen, om vervolgens te besluiten dat het in die situatie voor de bestrijding of het beter begrijpen zin heeft om te gaan testen. We weten ook dat als je het virus vindt bij mensen, dat nog niet betekent dat ze besmettelijk zijn. Je zou met het oog op het voorkomen van overdracht kunnen gaan testen, bijvoorbeeld bij asymptomatische mensen, mensen bij wie je wel het virus vindt, terwijl bekend is dat zij het virus nauwelijks overdragen aan anderen. Dat geldt anders dan bij degenen die klachten zouden ontwikkelen en die al veel virus in hun keel hebben, 48 of 24 uur daarvoor. Daar is het onderzoek op gericht dat binnenkort van start gaat, samen met het RIVM, om te kijken of het ook een effectieve maatregel is om het virus eerder op te sporen bij mensen met een verhoogd risico, dus met name degenen die als nauwe contacten naar boven komen. Het RIVM heeft tot nu toe gezegd dat het geen toegevoegde waarde heeft voor de bestrijding om at random steekproeven te nemen onder de bevolking, omdat je dan maar een enkeling

vindt, tegen de inzet van heel veel capaciteit. Van de enkeling die je vindt, weet je ook niet of die wel of niet besmettelijk zou zijn geworden. Het onderzoek loopt met name naar risicogroepen. Het antwoord is dus: ja, op indicatie.

De voorzitter:

Dank u wel. Daarmee zijn wij aan het einde van deze technische briefing gekomen. Ik wil onze gasten zeer hartelijk dankzeggen, niet alleen voor uw presentaties en de beantwoording van de vragen vandaag, maar zeker ook de afgelopen maanden. Ik spreek namens de hele commissie, schat ik in, als ik zeg dat u ons heeft voorzien van duidelijke informatie en antwoorden op de gestelde vragen. Mag ik de Kamerleden hartelijk dankzeggen voor hun aanwezigheid en hun inbreng bij deze technische briefing? Ik dank de mensen thuis voor hun belangstelling. Ik geef u mee dat het debat over de ontwikkeling van het coronavirus vanmiddag gepland staat. De aanvangstijd is beoogd op 15.00 uur. Hartelijk dank, nogmaals. Ik sluit de vergadering.

Sluiting 12.26 uur.