

Vergaderjaar 2019–2020

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 535

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 11 augustus 2020 gesprekken gevoerd over **ontwikkelingen 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: Post

Aanwezig zijn zestien leden der Kamer, te weten: Agema, Asscher, Van den Berg, Bisschop, Diertens, Dik-Faber, Ellemeet, Van Esch, Van Haga, Hiddema, Van Kooten-Arissen, Krol, Lodders, Marijnissen, Sazias en Veldman,

alsmede de heer Van Dissel en mevrouw Rigter.

Aanvang 13.00 uur.

De voorzitter:

Goedmiddag. Hartelijk welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Van harte welkom bij de technische briefing over de recente ontwikkelingen omtrent het coronavirus. Uiteraard hartelijk welkom aan de leden en in het bijzonder hartelijk welkom aan de heer Jaap van Dissel. Hij is directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. In de zaal naast ons is aanwezig mevrouw Rigter. Zij zal daar het eerste deel van deze technische briefing volgen. Mevrouw Rigter, ook u uiteraard hartelijk welkom. Zij is Directeur Publieke Gezondheid van de GGD regio Utrecht. De leden heb ik hartelijk welkom geheten. Ik heet uiteraard ook de mensen die thuis deze technische briefing volgen hartelijk welkom.

Er zijn een tweetal presentaties. Deze vindt u op de website van de Tweede Kamer. Daar kunt u ze eventueel nalezen. De presentaties zijn ook uitgedeeld aan de leden.

Ik stel voor om deze technische briefing in twee ronden te doen. Ik geef allereerst het woord aan de heer Van Dissel. Dan doen we een ronde waarin u een vraag kunt stellen aan de heer Van Dissel. Ik geef u de gelegenheid om tijdens de technische briefing maximaal twee vragen te stellen. U kunt beide vragen ook aan de heer Van Dissel stellen, maar dan heeft u in de tweede ronde geen gelegenheid meer om een vraag te stellen. Dus maakt u daarin zelf de keuze.

Ik stel voor dat we snel van start gaan. Dat betekent dat ik de heer Van Dissel het woord geef voor zijn presentatie. Na de presentatie kunt u dus vragen stellen.

Ga uw gang, meneer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

Dank u wel. Ik wilde u gezien de ontwikkelingen updaten wat betreft de aantallen van covid in Nederland, laten zien welke groepen dat vooral betreft, welke regio's dat zijn en ook terugkomen op een aantal bevindingen die we inmiddels uit het bron- en contactonderzoek hebben en die we kunnen generaliseren.

Allereerst weer heel even kort het overzicht. Het gaat om het nieuwe coronavirus. Verwant aan SARS, maar een nieuw type. Een longontsteking, maar ook een veel milder ziektebeeld. Een infectie die wat de betreft de infectiepyramide buitengewoon moeilijk te bestrijden is, omdat een belangrijk deel van de personen, eigenlijk de overgrote meerderheid, relatief milde klachten heeft. Bovendien is het een ziekte die zowel overdracht door patiënten met symptomen alsook een zekere mate van presymptomatische overdracht kent. Daardoor wordt het buitengewoon ingewikkeld om de ziekte goed te targeten, de mensen eruit te halen en tijdig in quarantaine te zetten, of – als ze ziek zijn – in isolatie natuurlijk. Dan kom ik op de preventie en de behandeling. Er zijn inmiddels een aantal behandelingen naar voren gekomen, met name gericht overigens op de meer zieke patiënten, die een ontstekingsbeeld ontwikkelen in aansluiting op de infectie. Daarnaast kennen we natuurlijk veel preventieve handelingen: handen wassen, afstand houden, uitgaande van een

druppel- en contactinfectie het gebruiken van handalcohol. Er zijn allemaal specifieke maatregelen, soms in ziekenhuizen, zoals bijvoorbeeld cohortering.

U ziet ook aangegeven wat, althans in de eerste golf die we in Nederland hebben gehad, ongeveer de verhoudingen waren tussen personen die relatief weinig ziek waren en de personen die op de ic belandden. U ziet dat maar een gering percentage, ongeveer een derde van een procent, uiteindelijk op de ic kwam. Ongeveer 1,5%, dus in een verhouding van een op vier, kwam in het ziekenhuis. Voor de meerderheid gold: weinig ziek tot milde klachten.

We hebben hier eerder ook een variant besproken van deze dia, waarin een aantal dingen werd samengevat. Allereerst de strategie en ook de uitgewerkte doelen naar aanleiding daarvan. We hebben het versoepelingsschema besproken dat u rechtsboven ziet. Daaruit blijkt toch ook onzekerheid over hoe het nu precies gaat verlopen. Dat zien we natuurlijk ook weer met deze bijeenkomst. Verder ziet u een aantal dingen die we hebben ingericht, om een early warning en een surveillance van het nieuwe coronavirus te hebben.

Wat de strategie betreft: we waren aan het begin natuurlijk begrijpelijkerwijs onzeker over wat er precies zou gebeuren. We hebben gezien dat het toch tot ver terug kan gaan. Dat betekent dat het indammen van het virus, wat mij betreft het liefst tot nul, het doel is. In de praktijk zien we, ook omdat we een open samenleving zijn, dat we uitbraakjes krijgen. Die wil je voorkomen door een portfolio op te bouwen van risicovolle gebeurtenissen, maar ook bestrijden als ze optreden. Uiteindelijk is natuurlijk het inzicht dat we hopelijk zo snel mogelijk een vaccin hebben, waarmee we personen in ieder geval voldoende immuniteit kunnen geven om het ziekmakend vermogen van het virus in te dammen.

Dat heeft in de tussenperiode geleid tot plannen die u kent voor de ic, plannen voor verpleeghuizen waar lessen zijn getrokken uit de eerste fase. Er zijn een aantal earlywarningsystemen opgezet. We kennen het gedragsonderzoek, de nalevingsmonitor c.q. portfolio-opbouw van risicovolle gebeurtenissen. Nog niet voor elkaar hebben we de verplaatsingsgegevens van de telefoon, maar zoals u weet stonden die ook op het schema. En we hebben een aantal dingen in de surveillance. Vooral nemen we de zieken en de bijna-zieken waar via de infectieradar. We zijn de rioolwatersurveillance aan het uitbreiden, die volgende week denk ik op zo'n 80 afnamepunten zit. Surveillance van zorgmedewerkers. We hebben het huisartsenpeilstationonderzoek waarvan ik u natuurlijk iets laat zien, het systeem via de GGD en het inmiddels opgezette systeem van de teststraten.

Dat heeft allemaal in ieder geval tot doel om kwetsbaren te beschermen, de ziekenhuiszorg intact te houden voor wat betreft de opnames, de verdringing van normale zorg en met name ook de ic-belasting. Natuurlijk willen we zicht krijgen op het virus, al lerende van het virus. Zoals u weet is er immers een heleboel veranderd in de afgelopen maanden met betrekking tot onze inzichten in het virus en ook in het aanpassen de bestrijdingsmaatregelen, zodat die zo goed mogelijk zijn. Dit even voor wat betreft de strategie en de scenario's en waar we nu staan.

Ik ga u nu meenemen met de gegevens, allereerst even de drie systemen van surveillance die we hebben. We hebben het Osiris-systeem dat de GGD's vullen. Dat aantal ziet u toenemen. Dat is ook nu toegenomen. Ik zal u zo de getallen van deze week geven. Het aandeel dat op een ziekenhuis kwam in Nederland, was ongeveer 20%, waarvan ongeveer een vierde op de ic komt. Van degenen die op de ic komen, komt ongeveer een derde te overlijden. Daarnaast hebben we het aantal gemelde overlijdens die bevestigd covid hadden. We weten dat dat niet alle overlijdens zijn ten gevolge van covid, want niet iedereen wordt getest, maar we kennen de getallen vanuit het CBS en die zijn een factor van ongeveer 2.000 hoger dan wat u hier ziet.

Daarnaast hebben we de virologische dagstaten. Die geven een overzicht van het aantal monsters die zijn afgenomen en natuurlijk ook het percentage van de monsters dat positief is. U ziet dat we inmiddels op zo'n 1,2 miljoen bemonsteringen zitten. Dat is toch niet niks. U ziet in de grafiek daaronder dat waar aanvankelijk het percentage positieven binnen de bemonsteringen snel opliep, het daarna afnam tot onder de 1%. De afgelopen week is het weer rond de 3% à 3,5%. We zien dus weer een toename, ook in de bemonsteringen die we doen.

Rechts ziet u de huisartsenpeilstations. Daar worden door een veertigtal huisartsenpraktijken – het zijn meer dan 40 huisartsen – waargenomen hoeveel personen er komen met luchtwegklachten. Die ziet u cumulatief in de grafiek weergegeven. Die luchtwegklachten kunnen verschillende oorzaken hebben. Dat ziet u in de verschillende kleurtjes weergegeven, van influenza tot het nieuwe coronavirus, maar bijvoorbeeld ook het rhinovirus. U ziet in de grafieken daaronder ook nog even in de tijd dat we op een gegeven moment – dat is de grafiek in rood rechtsonder – ook binnen de Nivelpeilstations coronavirus isoleerden, maar dat het daarna weer helemaal terugging naar nul. U ziet tegelijkertijd dat momenteel de meeste positieve bemonsteringen uit de peilstations het zogenaamde rhinovirus betreft. Dat is een neusverkoudheidsvirus.

Er zijn dus allemaal verschillende wijzen om te proberen zicht te houden op de uitbraak. Waar leidt dat dan praktisch toe? U ziet dat weergegeven in zowel de kaarten als de grafieken. De linkerkaart toont alle meldingen tot en met gisteren. U ziet op de middelste kaart het aantal meldingen over de afgelopen twee weken. Wat daaraan opvalt – met uitzondering van Dokkum in het noorden – is dat de besmettingen vooral in het westen van het land zijn geconcentreerd: in de regio's Amsterdam, Rotterdam en Haaglanden. Wij hebben daar natuurlijk ook Bergen op Zoom bijgekregen. U ziet de bijpassende grafiek, waarbij wij ons moeten realiseren dat aanvankelijk lang niet iedereen getest werd. De eerste piek in deze curve is een onderschatting van het aantal. Dat aantal ging in ieder geval omlaag. U ziet dat het starten van de teststraat per 1 juni niet geleid heeft tot een geweldige toename. Toen werd de afname van het aantal gevallen ook bij de bemonstering in de teststraat zichtbaar. U ziet dat er de afgelopen weken weer een toename is van het aantal meldingen. Dat geldt met name voor de laatste week. De voorlaatste week hadden we nog 2.588 gevallen, maar afgelopen week hebben we 4.036 gevallen gehad. Dat is een toename van rond de 56%. Het laatste getal over de afgelopen dag is 623. Je kunt dat vergelijken met de periode toen het heel laag was. Toen zaten we op zo'n 50 gevallen per dag. Nu zitten we beduidend hoger. U ziet dat het vooral in het westen van het land geconcentreerd is.

Dan neem ik u mee naar de ziekenhuisopnames. U ziet in de grafiek aan de linkerkant de verspreiding over het land en dan worden op een hitemap via de intensiteit van kleurtjes de aantallen weergegeven. U ziet dat dit vooral overeenkomt met waar ook de meeste intensiteit van het virus en de ziekte was. De noordelijke provincies waren relatief onaangetaan. U ziet op de middelste map de ziekenhuisopnames over de afgelopen twee weken. In de grafieken ziet u weergegeven het daadwerkelijke aantal. Het is duidelijk dat het aantal opnames vooralsnog achterblijft gezien het aantal ziektegevallen. We weten overigens dat dit altijd achterloopt. Ik geef de getallen. Twee weken terug hadden we nog 44 ziekenhuisopnames. Afgelopen week hadden we er 38. Dat is een geringe afname van het aantal ziekenhuisopnames. Als je echter het hele verloop ziet, dan moge duidelijk zijn dat er de afgelopen drie weken toch weer meer ziekenhuisopnames zijn dan de drie weken daarvoor.

Er zijn ook een aantal personen overleden. Twee weken terug waren dat er zes en de afgelopen week negen.

De voorzitter:

Ik stel eigenlijk voor om nu geen vragen te stellen. U heeft een verduidelijkende vraag, mevrouw Agema?

Mevrouw Agema (PVV):

Ja. Ik wil echt vragen hoeveel mensen er vandaag in het ziekenhuis liggen. We horen van meneer Van Dissel dat dit er meer zijn. Hoeveel mensen liggen er vandaag de dag in het ziekenhuis en op de intensive care?

De heer Van Dissel:

In totaal? Ja, dat is altijd ... Ik wil niet zeggen dat wij dat niet kunnen berekenen, maar dat is wel een complexe berekening. Je pakt een cut off point op de dag. Er komen mensen en er gaan mensen. Er zijn verdenkingen en er zijn bevestigde gevallen. Je zit zo rond de honderd meldingen. Voor de ic geldt hetzelfde. Bij het landelijk meldpunt is gisteren, geloof ik, gemeld dat er negentien of twintig waren. In de NICE-database zijn ook de mogelijke, dus de vermoedelijke gevallen opgenomen. Daar is het ongeveer het dubbele aantal. Daar wordt dan altijd weer retrograad een aantal afgehaald omdat die vervolgens niet bevestigd worden. Er zijn relevante aantallen in het ziekenhuis en op de ic. De exacte aantallen liggen tussen de getallen die ik u nu geef. De getallen van 44 en 38 die ik noemde zijn dus over de voorlaatste en laatste week. Dan gaan we inzoomen op de toename in de verschillende regio's. U ziet links weer hetzelfde kaartje als net. Ook voor de aantallen is het hetzelfde grafiekje als ik u net liet zien. Nu is het uitgesplitst over de provincies. De gele balkjes zijn de meldingen over de laatste week. Het is duidelijk dat de meeste toenames in vooral Zuid-Holland, Noord-Holland en Brabant waren. We hebben ook de uitbraak in Dokkum. Dat is een relatief gering aantal, dat u terugvindt in Friesland. Maar het zijn toch vooral Zuid-Holland, Noord-Holland en Brabant. Misschien kan ik u de aantallen geven. Het gaat voor Noord-Holland om 1.062 gevallen over de afgelopen week – dat is dat gele deel – en voor Zuid-Holland om 1.630. Dat leidt tot een incidentie van 37 gevallen op de 100.000 en 44 op de 100.000. Ik kom zo even terug op die getallen, maar dat zijn de aantallen per provincie. Dit is ook een belangrijke grafiek. Hier aan de linkerzijde ziet u opnieuw de verspreiding over Nederland, de grafiek van de toename van het aantal gevallen. Maar hier is het gesplitst naar leeftijdscohort, dus naar de leeftijden die de meeste toenames laten zien. U ziet dat de groep van 20 tot 30, de grafiek rechtsboven, en de groep van 30 tot 40, de grafiek links in het midden, de grootste toename tonen. Voor de duidelijkheid, dat zijn dus niet de schoolkinderen die in de groep van 10 tot 20 zitten. Net als in de andere groepen zie je ook daar een toename, maar de toename uit deze ervaring wordt bepaald door de wat oudere – maar nog steeds relatief jongere – leeftijdsgroepen tussen de 20 en 40. Het moge duidelijk zijn dat het daar niet toe beperkt is. Je ziet ook overloop naar 40- en 50-plussers. Maar er zijn relatief weinig gevallen in de groep boven de 70 jaar. De leeftijd is dus duidelijk anders dan in het begin. Dat vertaalt zich in het achterblijven van de ziekenhuisopnames, is onze interpretatie, omdat het over het algemeen niet de groepen zijn die van het ziekenhuis gebruik hoeven te maken omdat ze relatief milder ziek worden en/of minder onderliggende medische problemen hebben dan de oudere groep, die om die redenen vaak wel naar het ziekenhuis gaat, in ieder geval in een hoger percentage. Dus relatief jongere groepen hoeven vaak niet naar het ziekenhuis, en daarom blijven de ziekenhuisopnames achter. Het moge ook direct duidelijk zijn dat het met enige vertraging natuurlijk ook problemen zal geven als deze jongeren het aan hun ouders doorgeven of bij hun grootouders op bezoek gaan. Dit vertaalt zich ook meteen door naar de getallen voor de verpleeghuizen, die u hier ziet. U ziet dat er zowel in het aantal verpleeghuislocaties als in

het aantal verpleeghuisbewoners zeker enige toename is, maar gelukkig nog heel beperkt. Dat wordt gereflecteerd in de twee kleine grafiekjes rechtsboven, waar u weer de leeftijdscohorten ziet. In de 80-plusgroep zie je een kleine activiteit aan gele balkjes, helemaal rechtsboven. Dat vertaalt zich naar toch wat meer verpleeghuislocaties en een aantal bewoners binnen die verpleeghuislocaties die positief zijn.

Dan gaan we naar de testen en de teststraten. Daarvan ziet u hier een samenvatting. De tabel toont het daadwerkelijke aantal testen. U ziet bijvoorbeeld dat er in week 30 11.416 testen zijn gedaan, waarvan 1,1% positief was. U ziet hierin het verloop over de verschillende weken sedert de week van 1 juni, sedert de start van de teststraten, weergegeven. In de linker hitemap die op de Nederlandse geografie is geprojecteerd, ziet u het aantal dat getest is per 100.000 mensen die in die provincies wonen. Je ziet bijvoorbeeld dat er in Groningen relatief veel mensen zijn getest, terwijl daar eigenlijk weinig positieven zijn geweest, zoals je in het kaartje rechtsonder ziet. Je ziet overigens ook dat er in de regio Rotterdam veel getest wordt. Aan het kaartje rechtsonder zie je dat daar de afgelopen week ongeveer 8,8% positief testte. U ziet dat ook weergegeven voor Haaglanden, voor Amsterdam en voor de regio West-Brabant, wat vooral Bergen op Zoom is. Het totale aantal testen dat gedaan wordt, concentreert zich ook in het westen van het land, kun je wellicht zeggen, wanneer je per 100.000 bewoners kijkt. U ziet rechtsonder dat het aantal positieven in de teststraat, dat gemiddeld genomen lang rond de 1% lag, nu oploopt naar gemiddeld 3%, maar dat op bepaalde locaties waar een uitbraak is, het aantal testen en het percentage positief geteste personen hoger ligt. Dan gaan we wat meer inzoomen op de teststraten en het bron- en contactonderzoek. Allereerst staat in die groene grafieken, zoals u hopelijk wel kunt lezen op uw hand-out, voor de verschillende groepen personen die worden geïdentificeerd in de teststraten weergegeven of ze al dan niet positief zijn, plus het aantal in zo'n week. Dat is de hoogte van de grafiek. Dan ziet u bijvoorbeeld dat van de zorgmedewerkers – dat is de grafiek linksboven – een wat toenemend aantal personen getest is, tot week 30, maar dat er eigenlijk nauwelijks personen positief zijn bevonden. Dat had dan namelijk donkerrood moeten zijn. U ziet dat er in het onderwijs natuurlijk niet alleen in de vakantie, maar ook in de beginperiode, nog tijdens het onderwijs, een toenemend aantal personen getest werd, tot duizenden. U ziet dat er gelukkig maar heel weinig personen positief waren en dat er daarna ook niet meer positief zijn bevonden. Hetzelfde geldt voor de contactberoepen. Die ziet u daar weergegeven. Dan ziet u in het midden de categorie «getest in het kader van bron- en contactonderzoek». Dat is natuurlijk de groep die je dus met reden test, omdat ze contact hebben gehad met iemand die positief bevonden is. Daar ziet u dan ook de meeste paarse balkjes ontstaan. Dat is dus ook eigenlijk wat je wilt. U ziet dat daaronder ook nog een aantal grafieken over kinderen zijn weergegeven. Ook omdat dat de schoolkinderen zijn, zie je dat er behoorlijk wat getest wordt, waarbij er echter buitengewoon weinig positief worden bevonden.

Bij het bron- en contactonderzoek hebben we een index. Er wordt van de index nagegaan of er contacten zijn die gedurende ten minste vijftien minuten binnen 1,5 meter zijn geweest. Dat zal in het huishouden al snel het geval zijn. Dat zijn dan de zogenaamde categorie 1-contacten. Van die contacten van een index – ik kom daar zo nog op terug – wordt maar tussen de 11% en 18% zelf ook positief getest. Dat betekent dat in een huishouden uiteindelijk één op de vijf ook ziek wordt, maar dat betekent ook dat vier van de vijf dus niet ziek worden, voor de duidelijkheid. De tweede groep zijn die categorie 2-contacten. Dat zijn personen die ook vijftien minuten binnen die 1,5 meter zijn geweest, maar niet behoren tot het primaire huishouden. Dat kunnen bijvoorbeeld vrienden zijn van wie bekend is dat zij op bezoek zijn geweest. Daar ziet u dat de kans al afneemt, want die ligt tussen 3% en 7%.

Dat zijn dus eigenlijk de basisgetallen, die straks ook wel terugkomen en die iets zeggen over de effectiviteit van het bron- en contactonderzoek. Verder is het misschien nog goed om te noemen dat die categorie 1-contacten per contact zo'n drie tot vier personen zijn, wat dan dus vooral mensen in het huishouden zijn, maar dat de laatste tijd ook wordt gerapporteerd door de GGD dat dat er soms wel 30 zijn. Maar dat komt misschien straks ook aan bod. U kunt zich voorstellen dat het een zeer grote opgave wordt als je geen drie of vier, maar 30 personen moet identificeren en van hen allemaal moet nagaan wat zij gedaan hebben. Desalniettemin ziet u aan het tabelletje links onder dat eigenlijk tot recent het bron- en contactonderzoek kon worden voltooid in 93% tot 97% van de gevallen, dus op zich liep dat eigenlijk heel goed. Je ziet natuurlijk met name de laatste week ontstaan dat daar druk op komt. Dat is ook in de media geweest: de frustraties van de GGD's dat het soms dweilen met de kraan open lijkt te zijn. Die vroegen daar aandacht voor. Dat heeft natuurlijk alles te maken met de toename van het aantal personen dat op hen afkomt, die bovendien in een aantal regio's is geconcentreerd. Dan wilde ik u nog een aantal dingen laten zien die we uit dat bron- en contactonderzoek kunnen halen en die, denk ik, wel van belang zijn voor de interpretatie. Doen we het nu goed of moet het beter? Zo ja, waar moet het dan beter? Allereerst laat ik u even een grafiek zien die half geüpdatet is. Misschien herkent u die grafiek aan de linkerzijde nog. Misschien moet u dit min of meer even vergeten, maar je ziet daar in ieder geval meer rondjes aan de rechterzijde dan aan de linkerzijde. Elk rondje representeert een geval van een contact dat kon worden gelinkt aan een bron, dus aan een index. Het feit dat het er meer zijn, is dus gunstig. U ziet dat de lijn de neiging kreeg om wat te dalen. Dat was ook gunstig, want dat betekende dat we eerder die contacten hadden opgespoord. Dit was een algemeen beeld dat toen gold. We waren in meer gevallen in staat om een contact te linken aan een besmettelijke bron en bovendien werd dat serieel interval, de periode tussen index en contact, korter. Ik ga u daar nu iets meer van laten zien. Allereerst laat ik u zien wat de gemiddelden zijn van hoe dat dan loopt. Ik zeg met nadruk: dit zijn gemiddelden. Ik heb hierboven gewoon het aantal dagen weergegeven. Het verhaal begint op dag 0. Dan heeft de index in dit geval zijn eerste klacht. U ziet dat er tussen het moment van de eerste klacht van een index, en de daadwerkelijke afname van de test, dus het toepassen van de wattenstaafjes, gemiddeld een periode van 3,7 dagen zit. Maar er zit een behoorlijke spreiding in. Sommigen melden zich heel snel, binnen een dag, maar anderen komen pas na tien dagen aanzetten. Dat betekent dus dat in die periode van gemiddeld 3,7 dagen er uiteraard besmettingen van andere personen hebben kunnen optreden. U ziet vervolgens dat de uitslag van de PCR – op het laboratorium, moet ik daarbij zeggen – gemiddeld 4,1 dag neemt. Dus voor de duidelijkheid: 4,1 dag vanaf de eerste klacht. Dit lukt eigenlijk binnen een dag. Dat is, denk ik, ook wel logisch. Er wordt een monster ingestuurd en het laboratorium geeft binnen een dag een uitslag. Overigens ziet u dat dat om de een of andere reden ook een behoorlijke range heeft, maar gemiddeld zit je dan op dag 4,1. En vervolgens moet die uitslag naar de GGD. De GGD moet dan de index verwittigen van het feit dat er een positief geval is. En dan moeten de contacten in beeld worden gebracht. En ook dat duurt weer momenteel tussen de 24 en 36 uur, met ongetwijfeld ook uitschieters hoger, net zo goed als het soms wellicht sneller kan. U ziet in een grafiek weergegeven hoe we op die 4,1 komen. We kunnen de datum van het monster uitzetten tegen het tijdstip waarop de uitslag er is. En dat relateren we aan de eerste klacht. U ziet dat je dan ongeveer uitkomt op die 4,1 dagen. Waar het eerst wat langer was, is het daarna korter geworden en nu zit het rond de vier dagen.

Dus dit is de tijd die het proces al neemt totdat je de contacten in beeld hebt en hebt verwittigd. Waarom is dat belangrijk? Dat laat ik hopelijk op de volgende dia zien. Daarop toon ik u weer precies hetzelfde verloop, maar nu wat kleiner uitgezet. In de twee grafieken ziet u dat ik dit heb opgesplitst in de categorie 1- en de categorie 2-contacten, dus enerzijds de contacten binnen de huishoudens, en anderzijds de contacten buiten de huishoudens waarbij men echter wel in intensief contact met de index is geweest. In deze grafieken geeft het punt 0 de verwittiging en de start van de monitoring aan. De linkerzijde geeft aan de contacten die al klachten hadden voor punt 0, voor de verwittiging. U ziet dat drie kwart van de contacten al klachten heeft op het moment dat ze voor de eerste keer verwittigd worden van het feit dat ze contact hebben gehad. Dat heb ik aangegeven met die 75%. Dit betekent dus dat momenteel in het gemiddelde contactonderzoek de contacten goed worden geïdentificeerd, maar dat op het moment dat dat gebeurt drie kwart eigenlijk al klachten heeft, en dus ook al weer verspreiding kan geven. Dit nog even los van de presymptomatische periode, want die wordt hier ook bewust meegenomen. Toch kun je op het moment van verwittiging eigenlijk pas met zekerheid zeggen dat ze in quarantaine moeten. Dat is natuurlijk een probleem. Je wilt op het virus voorop komen. Dat betekent dat je in deze cyclus die ik hier schets, gewoon winst wilt gaan behalen. Die winst kan je eigenlijk op alle punten die u daar ziet, proberen te behalen. Maar het is denk ik essentieel om het succes van bron- en contactonderzoek beter te doen worden dan het nu is.

Dat betekent dat je eigenlijk zou willen dat iedereen eerder de eerste test laat afnemen. We zien namelijk dat daar al een periode van 3,7 dagen mee gemoeid is. Dat wil je terugbrengen, omdat je daarmee de hoeveelheid verspreiding terugbrengt die er op dat moment van die persoon is. En je kunt je ook voorstellen dat dan bovendien het aantal contacten dat al daadwerkelijk klachten heeft, opschuift en minder wordt. Zo kan ook het effect van het in quarantaine plaatsen van die contacten in potentie groter worden.

Ik heb die -2 er om de volgende reden nog even bijgezet. Zoals u weet kennen we de symptomatische overdracht. We houden ook rekening met presymptomatische overdracht. En in het bron- en contactonderzoek is dat om een heleboel redenen op -2 dagen vastgezet. Dat wil zeggen dat de GGD's in het bron- en contactonderzoek ook twee dagen teruggaan in het zoeken van relevante contacten van de index. Dat geldt ook weer voor de contacten.

Dit laat zien en maakt hopelijk duidelijk dat wat ons betreft de noodzaak er is om dit allemaal te versnellen. Zoals u weet, zijn daar verschillende ideeën voor, bijvoorbeeld dat niet iedereen zelf gebeld wordt maar dat je kan inloggen op een website. Dat betekent dat je de periode bij de GGD weer kan bekorten en dan wellicht weer naar vier dagen gaat. Met name de periode voordat de index zich meldt, is een belangrijke periode. Die we moeten zien te bekorten, omdat het succes van het bron- en contactonderzoek daar kritisch van afhangt.

Het tweede dat ik u hiervan nog wilde laten zien heeft betrekking op de duur. De quarantaineduur is, zoals u weet, momenteel op veertien dagen gesteld. Dat is ook de duur die vanuit bijvoorbeeld het ECDC wordt geadviseerd. Als je binnen Europa kijkt, zie je een aantal landen die dat toch weer wat anders doen, die tien dagen aanhouden en dat soms koppelen aan meerdere testen. Wij evalueren natuurlijk ook continu of dat mogelijk is. Momenteel ligt daaromtrent een verzoek aan het OMT. We hopen daar deze week nog een uitspraak over te doen, maar ik wilde u meegeven hoe wij naar dit soort dingen kijken.

Als u bijvoorbeeld de grafiek rechtsboven neemt, dan ziet u dat 91% van de contacten die klachten ontwikkelen, binnen tien dagen die klachten heeft ontwikkeld. Dat is ten opzichte van het eerst mogelijke contact dat ze hebben. Er is natuurlijk ook een laatst mogelijk contact, dat zich wat

langer uitstrekt. Dan zie je dat maar liefst bijna zo'n 99% het binnen tien dagen oppakt. Dat betekent dat het overgrote merendeel van de contacten klachten krijgt binnen tien dagen na blootstelling. Je kunt je voorstellen dat dat belangrijke informatie is als je wilt nadenken over wat de meest juiste duur van de quarantaineperiode is. Degenen die geen klachten ontwikkelen zie je hier niet op, maar dat betekent dat je tussen de 91% en 99% van de personen die klachten gaan krijgen binnen tien dagen al in beeld hebt. Dat maakt het misschien mogelijk – dat ligt ter analyse bij het OMT – om wat aan de quarantaineperiode te doen, wat natuurlijk ook vanuit het oogpunt van compliance een belangrijke stap zou zijn.

Ik ga nog even door met het bron- en contactonderzoek. U ziet hier rechts een grafiek die weergeeft in welke mate het mogelijk is om een setting te vinden van iemand die positief is. Met setting bedoelen we bijvoorbeeld: bent u de afgelopen twee weken op reis geweest? Daar gaat de rest van de tabellen over. U ziet ook dat, waar dat aanvankelijk weinig succesvol was, het aantal gevallen waarin een setting kon worden ontdekt, toenam tot boven de 50%. Dat neigt nu weer naar een afname. Er is altijd wel een probleem van onderrapportage, dus dat moet dan nog worden aangevuld, maar we maken ons zorgen erover dat dat wat dreigt af te nemen. Maar laten we ervan uitgaan dat dat in ongeveer 50% van de gevallen lukt. Daar zijn die grafieken tot en met gister op gebaseerd.

U ziet op deze grafiek allereerst dat ongeveer 9% aangeeft de afgelopen weken op reis te zijn geweest. Met andere woorden, dat zijn in potentie personen die het hebben opgedaan in het buitenland, terugkomen naar Nederland en positief testen voor covid. U ziet daaronder een lijstje dat nog heel subtiel verandert, geloof ik, naar aanleiding van de getallen van vandaag, want dit zijn de getallen van gister. U ziet dat landen als Frankrijk, Spanje, België, Duitsland en, soms naar aanleiding van een groep jongeren bijvoorbeeld, nu Malta op die lijst staan. Op deze wijze wordt bijgehouden wat het aandeel is van die verschillende landen in personen die dat melden als ze terug zijn. Het aantal personen kan ik misschien nog noemen. Twee weken terug was dat rond de 200. 208 geloof ik. Afgelopen week waren het er 408 die hun reisverhaal teruggaven. Dus absoluut gezien neemt dat aantal toe.

Eenzelfde soort analyse, even niet voor de reis, maar van de setting die men achterhaalt als zijnde de zeer waarschijnlijke reden van besmetting. Dan ziet u in de tabel aan de rechterzijde dat dat bij 57% de thuissituatie is. Dan is er ook nog overige familie en aan de onderzijde overig bij de horeca. Dit zijn vooral situaties dat er feestjes, borrels en dergelijke worden gevierd, waarbij men binnen 1,5 meter komt. Zoals u ziet, leidt dat tot ruim 60% of zelfs nog meer van de besmettingen die we nu zien. Een aantal zit ook in het werk. Dat kennen we natuurlijk. Dan wordt een infectie opgedaan bijvoorbeeld bij een familiefeest. Zo iemand gaat naar het werk en dan krijg je op het werk een klein cluster. U ziet dat er bij de horeca – dat staat aan de onderzijde – een toename is van het aantal waarbij dat een rol speelt. Ik geef hierbij aan dat het niet een Sherlock Holmesverhaal is, in die zin dat we 100% alles weten wat iemand doet. Dit zijn vrij grove categorieën. Bij overig is ongetwijfeld ook een deel toch weer aan de horeca te koppelen, bijvoorbeeld door een vriendenborrel. De les die wij hieruit trekken en de duiding is dat de meerderheid van de gevallen waarbij een setting bekend is, familiebijeenkomsten betreft, die soms ook in het werk overgaan.

De voorzitter:

Ik zie een feitelijke vraag.

De heer Veldman (VVD):

Ja, een feitelijke vraag over de categorie overig. Moet ik die dan lezen als iets wat overal kan zijn, bij alle gelegenheden, met uitzondering van thuis?

De heer **Van Dissel**:
Nee.

De **voorzitter**:
Gaat uw gang.

De heer **Van Dissel**:

Nee, overig is een categorie die soms wordt ingevuld en dat blijken dan feestjes, borrels, barbecues te zijn. Dan kunt u zich voorstellen dat dat soms ook weer thuis of met de familie is. We zullen er verder naar moeten kijken waar dat wordt ingevuld op de lijst. Dat kunnen we hier niet uithalen. Die lijsten liggen nu eenmaal zo vast. We proberen dat meer in detail te krijgen, maar daarvoor moeten we de invullijsten veranderen. Maar dat neemt niet weg dat het primair gaat om familiesituaties. Dat zien we ook terug als we kijken naar clusters. Soms vind je twee gevallen aan elkaar gelinkt, maar soms zijn het er meer dan twee, bijvoorbeeld drie, en dan spreken we van een cluster. U ziet dat we toch een redelijk hoog aantal clusters hebben. Dat is zelfs soms nog wat hoger dan in de getallen van vandaag is weergegeven, namelijk 379. Dat zijn er dus 137 meer dan de week tevoren, dus dat is opnieuw een toename. De gemiddelde cluster grootte zit tussen 3 en 43 personen, dus soms heb je clusters van 43 personen. Gemiddeld is dat overigens 5,6, maar dat is nog steeds een fors aantal. Wanneer je kijkt naar de setting waaraan deze zijn te koppelen, zie je dat het opnieuw toch de thuissituatie is. Overig is bijvoorbeeld op straat, een borrel, een barbecue of een feestje. Zoals ik net al zei over de werksituatie: als iemand besmet is, volgen er natuurlijk soms ook besmettingen op het werk. Dit zijn dus een aantal zaken die ik u meegeef als duiding voor de toename van het aantal gevallen momenteel. Dan nog even de verschillende indicatoren. Allereerst hebben we natuurlijk het reproductiegetal. U kunt zich waarschijnlijk herinneren dat we dat eerst deden naar aanleiding van ziekenhuisopnames; het linkerdeel van de grafiek, boven. Er is een cesuur gebracht op 11 juni, want sedertdien zijn de ziekenhuizen dermate laag dat ze geen betrouwbare indicator meer zijn. Vanaf dat moment begonnen de teststraten te lopen en hebben we er meer vertrouwen in dat we een goede afspiegeling krijgen van het aantal gevallen vanuit de teststraat. U ziet daar weer de toename die we de afgelopen weken hebben. U ziet voor beide situaties de berekende reproductiegetallen. Eerst waren die rond 2, 2,5. Bij 16 maart ging die door 1 heen. Toen is die een tijd daaronder gebleven, op grond van de ziekenhuisgevallen. Uiteindelijk gaat dat daar toch weer een paar keer doorheen. U ziet dat het reproductiegetal, nu we dat meten aan de hand van de teststraten, op dit moment ongeveer 1,3 is. Dat betekent dat 100 besmettingen vandaag over een aantal dagen 130 nieuwe besmettingen opleveren. En omdat we het virus kwijt willen, is dat reproductiegetal natuurlijk een van de indicatoren die we graag onder de 1 zien, zeg ik even voor de duidelijkheid.

Er is nog een tweede manier om naar de aantallen te kijken. Dan kijk je niet niet zozeer naar de incidentiegetallen, oftewel de getallen die aangeven hoeveel personen op één dag ziek zijn of worden opgenomen, maar naar de prevalentiegetallen, oftewel de getallen die op een bepaald moment weergeven hoeveel besmettelijke patiënten er zijn, zoals u hier bijvoorbeeld ziet. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat een besmette patiënt ongeveer zeven dagen besmettelijk is. Dan ziet u dat we bij de eerste toename in maart, die natuurlijk ook tot de grote toename op de ic en de ziekenhuizen leidde, op de piek zo'n 270.000 besmettelijke personen in Nederland hadden, met een range van 200.000 tot 350.000 personen. U ziet dat de meest recente schatting van deze week is dat we nu op 32.000 personen zitten. Er zit dus nog een factor tien verschil in. Dat is natuurlijk helemaal niet ter geruststelling, maar gewoon een inschatting. Daarbij is

er deels dus wel het verschil dat ik u al heb laten zien, namelijk dat de leeftijdscohorten die met name meedoen, momenteel wat anders liggen. Dan ga ik nog even naar de laatste dia, die ik u eerder al deels heb laten zien, dacht ik. Die gaf weer: als je moet sturen op grond van dat reproductiegetal, dan is dat een beetje in de achteruitkijkspiegel kijken om te zien hoe die persoon aan z'n stuur draait, om dat vervolgens na te doen. Dat is natuurlijk geen succesvolle manier om ver te komen. De reden daarvoor was dat er natuurlijk een geruime periode zat tussen infectie en klachten, en tussen klachten en huisartsenbezoek, ziekenhuisopname of ic-opname. Daardoor konden we eigenlijk alleen maar over veertien dagen terug betrouwbare cijfers geven. Met het bron- en contactonderzoek heb ik u hopelijk laten zien dat dat aanzienlijk bekort is, tot vijf à zes dagen. Maar dat is nog steeds niet ideaal.

Ik heb u namelijk ook laten zien dat op het moment dat dat bron- en contactonderzoek zegt dat iemand een contact is, zo'n contact in driekwart van de gevallen eigenlijk zegt: ik voelde me al niet goed, dus ik had eigenlijk toch al naar de teststraat gemoeten. Dat wil je natuurlijk voor zijn. Dat is waarom ik daar veel aandacht aan geef. Het is essentieel dat men eerder komt om de test te doen. Die periode moet korter. Die moet niet bijna vier dagen zijn maar echt een stuk korter. Het uitvoeren van de bemonstering en de test doen, zit al binnen de dag, zoals u ziet. Daarna zouden ook de terugkoppeling, het in kaart hebben van de contacten en natuurlijk allereerst het verwittigen van de index en de consequenties daarvan, sneller moeten. Daardoor ga je namelijk meer op de infectie en de verspreiding daarvan zitten. Daarmee doe je het succes van het bron- en contactonderzoek evident toenemen. De timing is dus wat ons betreft kritisch.

Ik heb u hopelijk ook duidelijk gemaakt dat wij onderwijl kijken wat wij kunnen doen aan potentiële versoepelingen, zoals de duur van de quarantaineperiode. Want wij realiseren ons natuurlijk dat dat van belang kan zijn voor de compliance. Dat ligt momenteel ter beoordeling bij het OMT.

Dat is wat ik u vandaag wilde vertellen, denk ik.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Ik denk dat ik namens alle leden aan deze tafel spreek als ik u dankzeg voor deze presentatie.

Ik zou willen voorstellen om over te gaan tot het stellen van een vraag. Ik ga ervan uit dat ieder lid één vraag stelt, maar als u beide vragen in de richting van de heer Van Dissel wilt stellen, geeft u mij dan een seintje. Dan mag ik als eerste mevrouw Agema namens de PVV de gelegenheid geven voor het stellen van haar vraag. Gaat uw gang.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik dank de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Ik hoor hem heel duidelijk spreken over een opleving. Ik hoor hem niet spreken over de start van een tweede golf. Ik hoor hem ook zeggen dat er sprake is van een nieuwe type van het coronavirus, dat mildere klachten geeft. Mijn vraag aan de heer Van Dissel is of hij dat nader kan duiden. Tijdens de eerste golf zijn er namelijk bijna 12.000 mensen opgenomen geweest. Als er sprake is van een mildere vorm van het virus, kunnen we er dan van uitgaan dat ook de druk op de ziekenhuizen bij een golf dan minder zal zijn? Ik zou graag willen dat de heer Van Dissel wat langer ingaat op wat hij zojuist zei over een mildere vorm van het virus.

De voorzitter:

Helder. Dank u wel.

De heer **Van Dissel**:

Misschien moet ik meteen iets rechtzetten: ik dacht niet dat ik gezegd heb dat het virus milder is. Wat ik gezegd heb, is dat het virus binnen de leeftijdscohorten waar het zich nu manifesteert, over het algemeen mildere klachten geeft dan bij personen die hetzelfde virus hebben, maar bijvoorbeeld onderliggende medische problemen aan het hart, de longen of de nieren hebben. Dat wilde ik even zeggen om dat recht te zetten. De consequentie van het rondgaan in andere leeftijdscohorten is wel – daar heeft u helemaal gelijk in – dat dat leidt tot minder belasting van het ziekenhuis op dit moment. Als het door zou zetten en als ook andere leeftijdscohorten weer meer betrokken worden bij de uitbraak, vrees ik dat we ook weer meer ziekenhuisopnames en ic-opnames zullen zien. Als je naar de grafieken kijkt, zie je dat er toch wel enige toename is, maar het is geen toename zoals die we in maart hebben gezien. Daarbij was het aantal ziekenhuisopnames een ijkpunt, terwijl we nu als ijkpunt de teststraten hebben. Dat maakt precies het verschil dat u hier ziet wat betreft het tijdstip.

U vroeg ook: is het nou een opleving of een tweede golf? Dat is een beetje semantiek. We zien in ieder geval dat het toeneemt en wat mij betreft moet het weer zo snel mogelijk omlaag. Het maakt mij niet uit of je dit een opleving of een tweede golf noemt, of dat je de tweede golf koppelt aan de belasting van de ziekenhuizen of verpleeghuizen, die je natuurlijk wilt voorkomen. Ik denk dat elke toename die we zien – dat blijkt ook wel uit deze bijeenkomst – leidt tot onrust, en die wil je gewoon graag kwijt. De strategie is dus: druk het meteen de kop in als het de kop opsteekt. Hoe effectiever je dat doet, hoe beter onze activiteiten, wat mij betreft, want die hoeven dan wat minder intensief te zijn.

De **voorzitter**:

Wilt u ook uw tweede vraag aan de heer Van Dissel stellen, mevrouw Agema?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, voorzitter. Ik ben het natuurlijk geheel eens met wat de heer Van Dissel hier zegt, maar dat brengt me ook op een grote zorg die onder heel veel mensen leeft. Het einde van de zomer is namelijk daar en feestjes en dergelijke zullen straks weer naar binnen verplaatst worden. De scholen gaan weer beginnen; dat zijn ook allemaal binnenruimtes. We zien dat het RIVM nog steeds op het standpunt staat dat besmetting via microdruppels een kleine rol speelt, terwijl steeds meer wetenschappers zeggen dat het een veel grotere rol speelt. Kijk bijvoorbeeld naar de open brief van 239 wetenschappers aan het RIVM, waarin zij het RIVM vragen om hier meer aandacht voor te hebben. Mijn vraag aan de heer Van Dissel is: bent u inmiddels zover om te erkennen dat die aerogene transmissie een grote rol speelt? Wat moet er dan gebeuren op school en in werkomgevingen om de ventilatie beter te laten werken, zodat mensen niet via de microdruppels besmet worden?

De heer **Van Dissel**:

Ik wil daar graag een helder antwoord op geven, maar ik wil wel een aantal dingen splitsen. Het gaat over scholen, over ventilatie op scholen, neem ik aan; daarnaast koppelt u het aan microdruppels in aerosolen. Ik wil er toch even duidelijk over zijn dat dat verschillende dingen zijn, wat mij betreft. Allereerst de aerosolen, of niet zozeer de aerosolen, maar de aerogene verspreiding, zoals wij dat noemen. Dat is verspreiding via minuscule druppels die in de ruimte blijven hangen. Voor de duidelijkheid: daar hebben we geen rekening mee gehouden in de hele bestrijding van de uitbraak, en we zijn tot 40 gevallen per dag gekomen, terwijl we op 270.000 gevallen zaten, zoals u ziet. Wij willen helemaal niet uitsluiten dat het een rol kan spelen, maar los daarvan moet je het wel plaatsen binnen

het kader van wat nou de belangrijkste dingen zijn die gespeeld hebben. Wat ons betreft zijn dat toch – en dat is helemaal niet omdat ik niet aan die aerosolen wil, maar dat is domweg terugkijkend op wat we gedaan hebben – de genomen maatregelen. Blijf thuis bij klachten. Hou afstand, blijf op 1,5 meter. In het ziekenhuis is ook zo gehandeld. Als aerogene verspreiding, dus verspreiding via hele kleine druppels die blijven hangen, een belangrijke rol had gespeeld, dan hadden we dat gezien in de ziekenhuizen, waar – voor de duidelijkheid – de patiënten, al die tienduizenden patiënten die opgenomen zijn geweest, niet aergeen zijn geïsoleerd. Maar die verspreiding hebben we niet gezien in de ziekenhuizen, en die hadden we dan wel verwacht te zien. Ik kan dat gewoon niet anders uitleggen. Dus, met andere woorden, met de maatregelen die geen rekening hebben gehouden met aerogene verspreiding van het virus hebben we het virus buitengewoon effectief bestreden in Nederland. Dat is gewoon een feit.

Daar wil ik helemaal niet mee zeggen dat het zwart-wit is, want dat is het natuurlijk niet. Het is altijd een grijs gebied. Dus er zijn altijd situaties waarin exceptionele dingen gebeuren en waarbij een bepaalde verspreiding relevant kan zijn. Maar u weet dat deze verspreiding bijvoorbeeld ook gekoppeld is aan het feit dat je buiten niet besmet zou kunnen worden. Nou, we hebben met Dokkum in Nederland nu een voorbeeld waarbij het evident buiten gebeurd is. We hebben voorbeelden uit Amerika met barbecues op het strand in de wind waarbij mensen besmet worden. Dus, met andere woorden, het is geen zwart-witverhaal en dat wil ik daar maar mee aangeven.

Wat betreft ventilatie. Ventilatie, zeggen wij, is van belang, omdat je niet wil dat in ruimtes – dat is bijvoorbeeld beschreven in vleesslachterijen – lucht wordt gerecirculeerd, bijvoorbeeld uit een oogpunt van efficiency en uit energieoogpunt. Omdat zo'n ruimte gekoeld wordt, wordt daarbinnen gerecirculeerd en men staat dicht op elkaar. Ja, dan kunnen natuurlijk allerlei types besmettingen gaan optreden en daar zijn wij natuurlijk absoluut geen voorstander van. We willen gewoon dat ruimtes voldoen aan de ventilatienormen uit het Bouwbesluit. Voor verschillende toepassingen van ruimtes, of het nou sportruimtes zijn, of het nou scholen zijn, of het ruimtes zijn in bijvoorbeeld verpleeghuizen – dat is ook weer actueel zoals u weet – zijn normen opgesteld waar die ruimtes aan moeten voldoen. Wij zijn er de grootste voorstander van dat daar goede ventilatie plaatsvindt, want goede ventilatie betekent uiteindelijk dat bij welke vorm van overdracht die er ook speelt, er veel minder kans is op die overdracht.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Even een klein feitelijk punt, want in Dokkum is een herstelbericht geweest van de GGD die zegt dat die jongeren in het café ook binnen zijn geweest.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Een korte reactie? Nee. Dan geef ik nu graag mevrouw Diertens het woord voor haar vraag. Mevrouw Diertens spreekt namens de fractie van D66. Gaat uw gang.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Ja, een beetje in het verlengde, want in korte tijd gebeurt er eigenlijk heel veel en wetenschappelijke inzichten gaan in rap tempo door, ook tijdens de vakantie. Ik heb vragen over zoveel onderwerpen, maar ik beperk mij tot het onderwijs, want maandag gaan de scholen weer open. D66 maakt zich toch wel heel veel zorgen om het kind, de leraren en de ouders, ook vanwege de onduidelijkheid die er is. Duitse virologen hebben in een advies aan de regering aangegeven hoe de scholen open moeten, onder andere met betrekking tot mondklappers en de al genoemde ventilatie.

Kent u dit advies en wat is uw reactie daarop? Het advies van Christian Drosten, een viroloog in Duitsland, is: onderschat het overdrachtsrisico van kinderen niet, mondkapjes voor alle schooljaren, geregeld ventileren en indien er een toename is in het najaar, dan tot de kerstvakantie verlengen. Wat vindt u hiervan en heeft u daar ook een wetenschappelijke onderbouwing voor?

De heer **Van Dissel**:

Wij hebben eerder geadviseerd om scholen open te houden. De reden daarvoor was dat we meten. Ik heb u die metingen ook deels laten zien. De leeftijdsklassen die naar school gaan en die je ook naar school wil laten gaan – want er zijn negatieve gezondheidseffecten als je scholen sluit – zijn inmiddels goed gedocumenteerd en wij zien zeer weinig besmettingen op scholen. We hebben een aantal besmettingen gehad van leraren die niet via de school gingen, die dan vervolgens ook niet weer van leraren op leerlingen gingen, in Limburg onder andere. Met andere woorden, we hebben het zeer nauwkeurig gemonitord en we hebben daar vooralsnog niet een signaal uit opgepikt waarvan we vinden dat dat standpunt zou moeten veranderen. Er zijn ook zeer verschillende interpretaties. U noemde Duitsland. Je hebt ook Denemarken, dat eerder dan wij de scholen opendeed en daar ook geen negatieve gevolgen van heeft gezien. En IJsland, dat geloof ik de scholen überhaupt helemaal niet gesloten heeft tijdens de uitbraak en daar geen negatieve gevolgen van ziet. Kinderen zijn de motor die influenza doet rondgaan in Nederland. De essentie die we proberen te beantwoorden, is of ze dezelfde rol spelen bij dit virus. Daar hebben wij geen aanwijzingen voor gevonden. Dat betekent niet dat kinderen nooit besmet kunnen worden en het betekent ook niet dat er niet een keer een cluster op een school kan zijn opgetreden, ofschoon we die dus nauwelijks hebben waargenomen.

Als tweede wil ik u toch wel het volgende in herinnering roepen. We hebben het nu over de vraag: waar ontstaat deze situatie? Moeten we daar niet eerst wat aan doen, voordat we als gevolg van de huidige situatie nu accepteren wat er gaande is en consequenties voor kinderen trekken? Ik bedoel: ik laat u denk ik zien dat 60% van de problemen die we nu zien, ontstaat bij familiebijeenkomsten en familiefeestjes. Het is verder uw vak, maar ik breng het even als puur empirische waarneming. Dan denk ik toch: waar zijn we mee bezig? Moeten we niet zorgen dat die aantallen gewoon omlaag gaan, juist omdat we die kinderen de kans willen geven om naar school te gaan? Ik kan verder niet voor mijn Duitse collega spreken. Ik spreek gewoon voor onszelf. Natuurlijk moeten wij dat volgen. We hebben in onze OMT-advisering hierover gezegd dat we kritisch kijken naar hoe de situatie op dat moment is. Maar neem een school in Assen. Ik heb het u laten zien. Moeten we die nu sluiten als gevolg van uitbraken rond families in het westen? Dat is verder niet aan mij, maar dat zijn wel dingen die je denk ik mee moet nemen.

Als je dat doet – dat ben ik met u eens – wil je natuurlijk dat de school het verantwoord doet. Dus ik denk dat dat heel belangrijk is. Het vorige Kamerlid heeft het ook genoemd: kijk of die ventilatie klopt. Dat is al heel lang een issue op scholen. Je wilt natuurlijk wel voldoen aan wat daarover gewoon is afgesproken.

Het tweede wat natuurlijk essentieel is, is: zorg dat zieke kinderen niet naar school komen. Dat is ook een beleid dat maakt dat problemen op school een stuk geringer zijn. Leraren blijven op anderhalve afstand. Ik denk dus dat we een heleboel maatregelen nemen en dat we ervaringen hebben opgebouwd waarbij we het probleem in ieder geval niet zien. We moeten er denk ik niet op vooruitlopen, door daar meteen consequenties aan te verbinden. Dat zou althans mijn indruk nu zijn.

Mevrouw **Diertens** (D66):

En mondkapjes op school?

De heer Van Dissel:

Mondkapjes voor personen met klachten zou niet moeten, want mensen met klachten blijven thuis. Als die vraag in het OMT komt, zullen we die moeten adresseren en ons moeten afvragen of je nou echt wilt dat een hele generatie met mondkapjes op naar school gaat. Mondkapjes is één, maar juist het gebruik van mondkapjes is weer heel wat anders. Dus dat moet dan in een vraag aan het OMT volgen.

Mevrouw Marijnissen (SP):

Ik heb een vraag over het bron- en contactonderzoek en de cijfers die de heer Van Dissel daarover heeft gepresenteerd. In de grafiek op pagina 11 kunnen we zien dat twee weken geleden het aantal nieuwe covidmeldingen 2.360 was en vorige week al 3.614. Een enorme toename dus. Maar als je dan kijkt naar het percentage contactinventarisaties dat is uitgevoerd, dus bron- en contactonderzoek, dan zien we dat dit enorm keldert, van ruim 90% twee weken geleden, en ook de weken daarvoor, naar 70% nu. Ik denk dat dit in lijn is met de signalen die we hebben gekregen uit de brandhaarden in de regio Amsterdam en de regio Rotterdam, waar er ook nu al melding van wordt gemaakt dat het bron- en contactonderzoek een soort van losgelaten wordt. Kan de heer Van Dissel hier expliciet ingaan op wat de risico's zijn als dit zich doorzet en het bron- en contactonderzoek niet de mate van ruim 90% kan blijven halen, zoals we dat de afgelopen weken wel hebben gezien, maar in die mate daalt?

De heer Van Dissel:

Uw cijfers zijn correct. Dat is natuurlijk de tabel. Ik wil daar wel bij opmerken dat de laatste week altijd nog deels wordt aangevuld. Dus er is nog sprake van een zekere onderrapportage, omdat nog niet alles is gemeld. De signalen die we uit de GGD-wereld krijgen, zijn ook helder. Die zullen misschien straks ook worden toegelicht. Wij vinden dat zeer zorgelijk. Ik wil dat dat op 95% blijft. Daar kunnen we heel ingewikkeld over doen, maar dat is gewoon het antwoord. Om de huidige aanpak succesvol te laten zijn ... Met andere woorden: je wilt het virus wegstrijken. We zullen altijd tegen brandhaardjes aan blijven lopen. Dat zie je in alle landen, tot en met Japan aan toe, waar iedereen mondkapjes draagt. Die brandhaarden wil je zo snel mogelijk uit hebben, afblussen, en daarvoor is het zo efficiënt mogelijk verlopen van bron- en contactonderzoek essentieel. Je moet de contacten snel helder hebben en het zo snel mogelijk kunnen doen, wat ik ook heb toegelicht. Dat is essentieel. Ik zou denken dat we moeten streven – ik zeg niet dat het morgen geregeld is – naar a de index moet zich eerder melden en b de doorlooptijd van het bron- en contactonderzoek moet korter en je wilt eerder op die contacten zitten.

Ook daarin zit weer een zekere mate van eigen verantwoordelijkheid, want als het anders loopt en je zou dat onderzoek niet meer kunnen doen, dan kom je toch weer terug op «iedereen met klachten blijft thuis» en «wanneer de index ziek wordt, gaat het hele gezin ervan in quarantaine». Dat is wat we met succes hebben toegepast bij de piek, toen we geen mogelijkheid tot bron- en contactonderzoek hadden. Maar dat heeft natuurlijk wel veel meer implicaties, omdat veel meer mensen die ook klachten hebben en die nu in een bron- en contactonderzoek negatief zijn – nog altijd 95%, zelfs in de hotspots – dan ook in quarantaine zouden moeten en dat wil je natuurlijk niet. Je wilt de impact zo klein mogelijk houden, maar de efficiëntie daarvan hangt af van hoe goed je daartoe in staat bent.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg namens het CDA. Gaat uw gang.

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

Ik heb over diezelfde pagina 11 een vraag aan de heer Van Dissel, namelijk over de categorie 1 en de categorie 2, dat gemiddeld tegen de 20% van de mensen in categorie 1 besmet zijn. Dat is een gemiddelde, het kan dus best zijn dat het in het ene huishouden misschien wel 60% is en in het andere huishouden misschien wel helemaal niets. Ik vroeg me af of meneer Van Dissel daar meer informatie over heeft. Wat zijn nu bepalende kenmerken, waardoor blijkbaar toch 80% van de mensen die intensief contact hebben met iemand die besmet is, niet ziek wordt?

De heer **Van Dissel**:

Dat is juist. Dan moet je, denk ik, toch terug naar de manier waarop het virus wordt overgedragen. We weten van virussen die bijvoorbeeld via kleine druppels aerogeen worden overgedragen. Dan zou je bijna verwachten dat dat 100% zou zijn, voor de duidelijkheid. Daaruit zie je ook alweer dat dat in ieder geval niet in dat getal tot uiting komt. Uiteindelijk moet je toch terug naar wat maakt dat iemand besmettelijk is. Dat kan van persoon tot persoon verschillen. De een hoest meer dan de ander. De een praat luider dan de ander. Dat soort dingen kan allemaal effect hebben, evenals de grootte van een huis. Hoe verdunt het zich in de ruimte? Er zijn talloze potentiële redenen te verzinnen die maken dat er variatie zit in de mate van besmettelijkheid. Je spreekt natuurlijk van een gemiddelde. Dat zien we ook bij andere infectieziekten. In zijn algemeenheid weten we, als we even naar iets heel anders gaan, bijvoorbeeld tuberculose, dat de besmettingsrate veel groter was wanneer men woonde in veel kleinere huizen dan wanneer men woont in grotere huizen. Het hangt er ook vanaf hoeveel personen in feite in de totale ruimte zitten en hoe er verdunning kan optreden, ook door bijvoorbeeld ventilatie.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank. Dan kom ik bij de heer Krol voor zijn vraag.

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

Sorry voorzitter, mijn tweede vraag nog.

De **voorzitter**:

Excuus, eerst nog de tweede vraag van mevrouw Van den Berg.

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

Ik had het van tevoren moeten aangeven. Het is natuurlijk verontrustend dat het reproductiegetal boven de 1 zit, want dat betekent dat 100 mensen weer meer dan 100 mensen besmetten. Dat gaat dan potentieel nog veel sneller. Ik mis in de presentatie wat inzichten uit het buitenland, hoe nu de ontwikkelingen zijn bij onze bureaus. Want er staat ook bijvoorbeeld in de reisgegevens dat 15% komt uit Frankrijk, maar dat is van het totale aantal mensen. Er wordt niet gekeken of men een hoger risico loopt om besmet te raken als men uit Frankrijk komt dan wanneer men uit Spanje komt, om maar een voorbeeld te noemen. Ik hoop dat meneer Van Dissel daar ook nog wat over kan zeggen.

De heer **Van Dissel**:

Daar heeft u gelijk in. Dit percentage betreft de mensen die naar de teststraat zijn geweest, daar positief zijn bevonden en aan wie gevraagd wordt of zij de afgelopen twee weken in het buitenland zijn geweest. Afgelopen week hebben 400 mensen gezegd dat zij in het buitenland zijn geweest. Dat is het getal dat u daar terugvindt. De situatie in het buitenland wordt nauwlettend gevolgd. We willen advies geven wanneer die situatie dusdanig gaat afwijken dat er wellicht een andere inkleuring aan dat land moet worden gegeven. Dit is bijvoorbeeld gebeurd met de regio's rond Barcelona, die op oranje zijn gegaan. Ik noem ook Malta.

Daar is een systeem voor. We maken daarbij enerzijds gebruik van de gegevens van het ECDC. Anderzijds wordt gebruikgemaakt van gegevens van de ambtelijke posten, dus van de ambassades. Verder wordt er nauwlettend gekeken hoeveel personen op de 100.000 er positief zijn. Er wordt een incidentiegetal berekend. Er wordt ook gekeken hoeveel testen er worden uitgevoerd, want dat is ook medebepalend. Dat zijn eigenlijk de hoofdzaken waarnaar gekeken wordt.

Ik geef een voorbeeld. Als een land weinig testen uitvoert en al tegen de grens van 20 op de 100.000 zit, dan zal dat eerder op oranje gaan dan een land dat daarboven zit, maar een heleboel testen uitvoert. Daarmee laat dat laatste land zien dat het goed bezig is, dat het het virus aan het inperken is. Dat soort zaken worden meegenomen. Dit is een systeem dat samen met Buitenlandse Zaken wordt gevolgd. Wekelijks gaat er een schrijven van het RIVM naar VWS en BZ om de gegevens in te kleuren. Soms komen er adviezen tussendoor. Aruba en Malta zijn daar voorbeelden van. Daar wordt nauwlettend naar gekeken. We denken dat het belangrijk is om hierop maatregelen te nemen. We moeten toch helder maken dat personen die uit die oranje gebieden terugkomen – dat is gelukkig een klein deel van de bestemmingen – in quarantaine moeten.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is het woord aan de heer Krol. Gaat uw gang.

De heer Krol (Krol):

Dank voorzitter. Ik ben heel blij dat de heer Van Dissel aangeeft dat er veel is veranderd in de inzichten en dat hij daar ook voorbeelden van gaf. Ik ben ook blij dat hij zegt dat het bron- en contactonderzoek zo veel mogelijk versneld moet worden. Mijn vraag sluit aan bij die van collega Agema. Technisch Nederland zegt: doe iets aan die ventilatie. Een land als Taiwan, dat extreem goed scoort als het gaat om de bestrijding van covid, heeft ervoor gezorgd dat in verzorgingshuizen de airco uitging, de liften niet meer gebruikt werden en de ramen werden opengezet. Je ziet het enorme verschil. Volgende week gaan de scholen open. Kantoren worden steeds drukker. Heeft u ook tips voor Nederlandse gebruikers?

De heer Van Dissel:

Als de vraag is wat de richtlijnen met betrekking tot ventilatie zijn, dan kan ik zeggen dat er een uitvoerige richtlijn op de website van het RIVM staat. Ik kan niet anders zeggen. De essentie is dat we denken dat de allereerste zorg is dat iedereen in een ruimte doet waar die ruimte voor bedoeld is. Je moet niet een sportschool in een woonkamer beginnen, want bij de bouw is er niet op gerekend dat dit een sportschool wordt. Het tweede is dat men zich moet houden aan het ventilatiebesluit dat is meegenomen in het Bouwbesluit. Daar staat zeer goed in hoe vaak de lucht in een ruimte moet worden verversd. Bij operatiekamers is bijvoorbeeld ook bekend hoe dat moet. Ik denk dat allereerst gekeken moet worden of de locaties die u noemt, voldoen aan wat volgens het Bouwbesluit zou moeten gelden. Ik heb geen getallen of inzichten in de vraag hoe vaak dit wel of niet het geval is. Ik denk dat recirculatie in ruimtes – ik wil dat best nog een keer noemen – gewoon een slecht idee is. Dat is iets dat uit goede wil begonnen is, namelijk energiebesparing en het milieu, maar dit is minder goed te verenigen met covid.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan kom ik nu bij de heer Asscher, die zijn vraag stelt namens de Partij van de Arbeid.

De heer Asscher (PvdA):

In vervolg op het antwoord op de vragen van de heer Krol en mevrouw Diertens: aanstaande maandag gaan in Noord-Nederland de scholen

open. We zien in de cijfers ook een stijging aan besmettingen onder tieners. Die is weliswaar niet zo groot als onder de groep van 20 tot 30 of de groep van 30 tot 40, maar het is wel een stijging. Nog los van het feit dat er algemene richtlijnen zijn die men zou moeten volgen bij scholen, is het niet zaak om voor de scholen opengaan een helder advies te geven aan gemeenten en scholen over de vraag of het verantwoord is open te gaan indien zij niet voldoen aan die ventilatierichtlijnen die er zijn? We weten immers dat het bij heel veel scholen, ook in het voortgezet onderwijs, al vele jaren een probleem is om daaraan te voldoen. Het blijft nu een beetje in het midden of het RIVM vindt dat je dan moet wachten met opengaan of onmiddellijk de ventilatie moet aanpassen, desnoods komend weekend, of dat je toch maar gewoon open moet gaan. Ik denk dat die duidelijkheid voor leraren, leerlingen en ouders, die allemaal graag zien dat scholen opengaan – geen misverstand daarover – gewenst is.

De heer Van Dissel:

Ik begrijp de vraag van de heer Asscher natuurlijk goed. Ik weet niet helemaal zeker of dit nou een vraag om wetenschappelijk advies is of een beleidsvraag, maar in ieder geval zou het wetenschappelijk advies zijn dat je voldoet aan het Bouwbesluit, zo hebben we eerder geconcludeerd. Dat lijkt mij een helder advies. Wat betreft handhaving en wat er zou moeten gebeuren als dat niet zo is, verwijs ik u toch naar het beleid. Wij denken dat bij scholen een aantal dingen van belang zijn. Ten eerste: als kinderen ziek zijn of milde klachten hebben, blijven ze thuis. Dat is natuurlijk heel erg belangrijk. Ten tweede hebben we afstand tot de leraar afgesproken om wederzijds te beschermen. Ten derde doen we nauwgezette controles op scholen. Ik heb u daarvan een aantal resultaten laten zien. Die verontrusten in ieder geval niet, met de stand waar we nu zijn. Daarnaast vinden we dingen als ventilatie belangrijk. Dat hebben we ook steeds zo beleden. Ik denk dus niet dat u mij de vraag stelt: als de ventilatie niet voldoet, moet de school dan open? Dat is denk ik niet ... Wij zeggen: het advies is dat dit op orde is. Ik denk dat we daarin heel helder zijn. Ik wil vervolgens ook meegeven wat ik al eerder zei: kijk ook kritisch wat er nu aan de hand is en waar het aan de hand is. Een school in Appelscha heeft wellicht een andere risico-omgeving dan een school in het westen. Dat is natuurlijk allemaal gegeven met de regionale aanpak. Maar de basisregels hebben we volgens mij redelijk goed neergezet. Dat zou althans mijn indruk zijn.

De voorzitter:

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

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Dank aan de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Ik wil hem graag twee vragen stellen. Mijn eerste vraag gaat over rioolwater. Ik heb goed geluisterd, maar volgens mij is de heer Van Dissel daar vandaag niet op ingegaan. Ik denk dat we het allemaal ontzettend jammer vinden dat mensen zich heel laat laten testen en dat ze de klachten eerst aanzien. Ik vind het heel begrijpelijk, maar het is inderdaad belangrijk dat mensen zich snel laten testen. We weten ook dat het in het rioolwater al heel snel zichtbaar is als er in een gebied veel besmettingen zijn. Is hier al ervaring mee opgedaan? Zo ja, welke ervaring? En zijn hier al maatregelen opgenomen?

De heer Van Dissel:

Het onderzoek naar rioolwater wordt vooral opgezet omdat we hopen dat we daarmee een soort maat kunnen hebben, overigens vooral als het rioolwater negatief is, die ons wat zegt over het drainagegebied van het gebied waar de monsters genomen worden. We meten in rioolwater

bepaalde waarden. Dat doen we nu nog op een beperkt aantal plaatsen, maar ik dacht dat we volgende week op 80 locaties zitten. We willen dat uitbreiden naar alle zuiveringsinstallaties; dat is ook de wens van de Minister. Dan kom je uit op zo'n 300 of iets dergelijks. In ieder geval wordt het volgende week al opgeplust.

Maar ik wil ook wel benadrukken dat dit nog wel een experimentele bepaling is in die zin dat we bijvoorbeeld nog niet weten of we nou een bepaalde waarde kunnen interpreteren als «er zijn zo veel mensen geïnfecteerd». Dat wil ik toch een beetje betwijfelen, totdat we daar echt meer kennis van hebben verkregen. Maar we denken er wel uit te kunnen afleiden dat als die rioolwaterwaarden negatief zijn, ons dat naar alle waarschijnlijkheid wel wat zegt, namelijk dat je in dat gebied geen positieve personen hebt. Dat zou natuurlijk ook al heel erg helpen. Het is dus deels een surveillance-instrument dat we graag verder ontwikkelen. We kenden het overigens al van bijvoorbeeld de poliosurveillance in Nederland. We hebben er dus al ervaring mee, maar het wordt natuurlijk uitgebreid. Ik denk dat we daar nog veel over moeten leren, maar we hopen vooral dat negatieve waarden of hele lage waarden zich vertalen naar «er is geen probleem in die regio». Dat zou natuurlijk al geweldige winst kunnen opleveren.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Uw tweede vraag, mevrouw Dik-Faber.

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

Ja. Mijn tweede vraag gaat over het testen van mensen die afkomstig zijn uit risicogebieden. Het verbaast mij enorm dat er kennelijk duizenden mensen per dag uit risicogebieden komen. Ik weet niet of we de aantallen precies weten, maar mijn vraag is: zouden al die mensen, in vergelijking met landen om ons heen, niet één keer, of misschien zelfs wel twee keer getest moeten worden, om volstrekte duidelijkheid te krijgen over de vraag of zij wel of niet het virus bij zich dragen? Is daar in het OMT over gesproken? Wat is het advies daarover?

De heer Van Dissel:

Bij iemand die uit het buitenland terugkomt, is dat, denk ik, wel afhankelijk van wat hij daar precies gedaan heeft. Sommige mensen gaan naar het buitenland, zitten in een gehuurd huis of op een camping, hebben verder heel weinig contact en gaan dan weer terug. Je hebt natuurlijk groepen, bijvoorbeeld groepen die op familiebezoek teruggaan naar het buitenland, die daar misschien veel intensiever met vrienden uit het verleden contact hebben. Dus het risicoprofiel dat we zouden inschatten, is natuurlijk heel wisselend voor mensen die terugkomen. Eigenlijk zou je op basis van wetenschappelijk advies een risicoprofielgedreven screening willen doen. Waarom zou je een screening bij binnenkomst willen doen om in ieder geval te zien wat dat gaat opleveren, zoals die nu op Schiphol gaat opstarten? Je wilt natuurlijk vooral de mensen die bij binnenkomst al besmettelijk zijn er eigenlijk zo spoedig mogelijk uit pakken. Die moeten niet zozeer in quarantaine, maar die moeten in isolatie, want die zijn in wezen besmettelijk en hebben het virus. Dus ja, natuurlijk wil je daar een controle op.

Ik denk dat je toch ook meer zou willen weten over wat nou daadwerkelijk de risico's zijn. We hebben natuurlijk groepen gezien die dan soms toch in ieder geval nauwer met elkaar in contact staan dan 1,5 meter, die misschien ook gefeest hebben en die dan terugkomen uit gebieden die positief blijven. Die verschillen dan niet eens zo veel van wat er mogelijk hier gebeurt, maar je zou, denk ik, beter in kaart willen hebben wat nou daadwerkelijk de risico's voor die personen zijn. Zolang dat geldt, wil je die personen in quarantaine plaatsen. Dat was natuurlijk al het stramien en daar is niks aan veranderd. Als iemand terugkomt uit een risicogebied,

moet hij twee weken in quarantaine. Misschien dat we met alle inzichten die we nog gaan bespreken hopelijk zo'n quarantaineperiode wat kunnen aanpassen. Maar dit is natuurlijk toch de essentie van de aanpak. Ik denk dat datgene waar nu voor gekozen is, ons in eerste instantie meer gaat leren over wat precies de risico's zijn.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Ellemeet. Zij spreekt namens de fractie van GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik wil ook twee vragen stellen. Een eerste vraag stel ik naar aanleiding van de cijfers die de heer Van Dissel geeft over mensen die in bron- en contactonderzoek al klachten blijken te hebben. Zij hadden zichzelf dus eigenlijk al moeten laten testen. Ik denk dat wij allemaal delen dat dat zorgelijk is. Dat wil je niet. Maar de vraag is natuurlijk ook waarom die mensen zich niet laten testen. Wat is de reden dat zij zich niet laten testen? Heeft dat te maken met dat de voorlichting toch nog beter zou moeten? Moeten zij nog meer overtuigd worden van het belang van testen? Kan het ook te maken hebben met het feit dat ze opzien tegen die quarantainetijd, dus dat ze lang thuis moeten zitten? Dat betekent nogal wat voor mensen.

De heer Van Dissel gaf op pagina 5 aan, naar aanleiding van de cijfers dat meer dan 90% van de contacten al klachten heeft binnen tien dagen, dat dat misschien aanleiding zou zijn om iets aan die quarantaineduur te doen. Ik snap niet helemaal hoe hij tot die conclusie komt. Kan hij dat ook toelichten?

De heer Van Dissel:

Waar u in wezen naar verwijst, is natuurlijk een essentieel punt. Infectieziekte is gedrag: dat blijkt elke dag weer. Dus het motiveren van iedereen om toch snel te laten testen, is wat ons uiteindelijk gaat helpen. In z'n algemeenheid stoelt gedragsbeïnvloeding op een aantal zaken. Ik noem in de eerste plaats communicatie. Dus misschien moeten we toch concluderen dat we dat momenteel óf nog onvoldoende doen, óf onvoldoende gericht doen. Dat zal zeker iets zijn wat steeds weer aandacht moet krijgen. Dat geldt misschien ook voor communicatie gericht op specifieke subgroepen in de maatschappij, die misschien ook niet altijd het Nederlands voldoende beheersen of als informatiebron nemen.

In de tweede plaats zijn er natuurlijk de maatregelen die uiteindelijk leiden tot een mate van dwang. Dat zie je natuurlijk ook tijdens een lockdown. Ik zeg niet dat ik daarnaar terug wil, maar kijk even naar wat succesvol geweest is. Dat geeft natuurlijk toch een druk om dat soort dingen te doen, omdat je iets anders niet kan of mag doen.

Een derde optie, in zijn algemeenheid, is natuurlijk dat je de omgeving dusdanig inricht dat het een min of meer natuurlijke gang van iemand wordt om zich aan een dergelijke gedragsregel te houden. Met testen heb ik daarbij niet meteen iets paraat, behalve dat je bijvoorbeeld het testen nóg makkelijker aanbiedt, bijvoorbeeld door meer testlocaties. Daar is natuurlijk ook uitbreiding gaande, van 80 naar inmiddels 100 en nog wat. Er zijn ook mobiele testlocaties. Dat zijn allemaal methoden die maken dat je iemand overhaalt die denkt: ja, ik heb geen zin om nou een half uur te gaan rijden, maar als het om de hoek is, doe ik het wel. Dat zijn denk ik de belangrijkste interventiemogelijkheden waar men dan naar moet kijken.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

En de quarantainetijd?

De heer **Van Dissel**:

De quarantainetijd. Ja, dat was het tweede. Wat ik u op dat plaatje laat zien, is de tijdsduur tussen blootstelling en de eerste ziektedag. U ziet op de bovenste grafiek dat ik die 10 omcirkeld heb. Het is dus tien dagen na de start. Dan zie je dat 91% op dat moment al ziek is. Met andere woorden: je verwacht dat als er hier nu een besmetting zou optreden, van de mensen die ziek worden 91% dat binnen tien dagen wordt. Nu hanteren we een quarantainetijd van veertien dagen. Je kunt zeggen: in die vier dagen kan er natuurlijk altijd nog wel iemand ziek worden, maar die instrueer ik dan wel goed, en zo kan ik de algemene duur van de periode terugbrengen. Ik wil daar overigens niet op vooruitlopen, want ik hecht er veel aan dat het OMT ook kritisch naar die data kijkt. Dat gebeurt momenteel. Maar we hopen wel nog deze week daarover een advies richting VWS te laten gaan, om te zien of dit inderdaad een reëel iets wordt dat ook doorgevoerd zou kunnen worden.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank. Mevrouw Ellemeet stelt haar tweede vraag.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Mijn tweede vraag gaat over de mensen die nu besmet zijn. Uit de grafiekjes blijkt dat dat meer jonge mensen zijn, twintigers en dertigers. De heer Van Dissel zegt: dat verklaart de beperkte hoeveelheid ziekenhuisopnames tot nu toe. Maar weten we dat zeker? Want bij de «eerste golf» werden heel veel van juist die twintigers en dertigers niet getest. Dus in hoeverre weten we zeker dat het aantal ziekenhuisopnames nu lager ligt ten opzichte van het aantal besmette mensen dan in het voorjaar?

De heer **Van Dissel**:

Dat is natuurlijk een prima vraag. Ik ben het met u eens dat je dat nooit voor 100% zeker zult weten, maar we weten natuurlijk de leeftijden van de personen die worden opgenomen. Die bevinden zich niet in die leeftijdsgroepen waarbij je nu de geweldige toenames vindt. Dat is in ieder geval een redenatie. En we weten natuurlijk zeker dat de leeftijdsgroepen die eerder, begin maart werden opgenomen, nu veel minder toename hebben. En verder is er natuurlijk een logica. We zien dat van de patiënten die zijn opgenomen in het ziekenhuis een meerderheid onderliggende medische problematiek heeft. Zij hebben hartklachten, hebben ernstige diabetes of dergelijke dingen. Dat zijn natuurlijk toch zaken die men verzamelt met het stijgen der leeftijd: zo gaat dat. Die dingen passen allemaal bij het beeld, de verklaring, dat we nu nog relatief achterlopen, nog los van het feit dat we het misschien nog moeten inhalen. Dat zal zeker met die leeftijdscohorten te maken hebben.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Mijn punt was eigenlijk vooral dat de grote aantallen besmettingen onder jongere mensen in het ergste geval een voorbode zouden kunnen zijn van een forse stijging onder ouderen later. We wisten dat niet in de eerste golf. Dus ik vind het voorbarig om nu gerustgesteld te zijn – ik zeg niet dat de heer Van Dissel dat is, hoor – omdat we heel veel besmettingen hebben die leiden tot weinig ziekenhuisopnames. Voor hetzelfde geld is dit een voorbode voor heel veel ellende, die we bij de eerste golf niet in beeld hadden.

De heer **Van Dissel**:

Dat is volkomen helder. Dat deelt helemaal mijn visie: wij willen dit niet. Als wij nu een toename onder jongeren zien, zijn we bang dat die het doorgeven aan de ouders of grootouders en dat het zich op die manier verspreidt. We controleren er nauwlettend op, want we willen dat in wezen voorkomen, maar volgende week of de week daarop zou kunnen

blijken, zoals u zegt, dat die leeftijdscohorten gaan verschuiven. Er zit een vertraging – die ziet u hier ook in beeld – van een aantal dagen in de ziekenhuisopnames. Die zijn nu weliswaar laag, maar dat is wat mij betreft allerminst geruststellend. Het is alleen maar meegenomen op dit moment.

De voorzitter:

Dan geef ik nu het woord aan de heer Veldman. Hij stelt zijn vraag namens de VVD. Gaat uw gang.

De heer Veldman (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Wij hebben met elkaar gezien dat de GGD op verschillende plekken moeite heeft met het binnen 48 uur teruggeven van een resultaat van een test. De heer Van Dissel liet dat ook zien in zijn sheets. En we zien dat mensen soms een paar dagen nodig hebben als ze klachten hebben voordat ze zich laten testen. Nou hebben we eerder dit voorjaar met elkaar gewisseld wat voor soorten testen er allemaal zijn. De GGD gebruikt de PCR-test, waarbij er wat diep uit de neus en de keel gehaald wordt. Toen gaf de heer Van Dissel aan dat allerlei andersoortige testen niet betrouwbaar waren. Nu zijn we een aantal maanden verder. De innovatie staat niet stil. Wat kan de heer Van Dissel zeggen over andersoortige testen die mogelijk een bijdrage kunnen leveren aan het bekorten van de tijd, die nu te lang is bij verschillende GGD's?

De heer Van Dissel:

Dat is een heel belangrijk punt. Soms wordt je ook gered door innovatie. Dat zouden we heel graag willen. Je hebt als visie dat er sneltesten komen die uiteindelijk dermate betrouwbaar zijn – dat heeft natuurlijk altijd een gevoeligheid en specificiteit – dat je ze bij wijze van spreken al op dag één zelf zou kunnen doen om vervolgens duidelijk te maken of je al dan niet getest moet worden in een zo'n teststraat. Helaas zijn die sneltesten er nog niet, maar daar wordt zeker aan gewerkt. Wij observeren zeer nauwgezet of daar mogelijkheden uit ontstaan, want die sneltesten zijn er wel voor een aantal andere infectieziekten, bijvoorbeeld influenza. Maar die test kennen we als een test die eigenlijk nog onvoldoende betrouwbaar is, zeker om op dit soort aantallen toe te passen. Als je onvoldoende specifieke testen hebt, ga je een heleboel foutpositieven oppakken. Of je krijgt weer een heleboel mensen die een negatieve test terugkrijgen terwijl ze wel positief zijn. Dat is een beetje het probleem met het toepassen van testen die misschien in een ziekenhuissetting goed werken maar die in een populatie waar de ziekte veel minder voorkomt, heel slecht werken. Maar het is een veld in ontwikkeling. Wij volgen dat nauwgezet. Als dat opties biedt om in bepaalde situaties, al dan niet gekoppeld aan een risicoprofiel, vooraf een groep eerder te laten testen, dan zullen we dat natuurlijk zo snel mogelijk beoordelen en adviseren.

De voorzitter:

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

Mevrouw Sazias (50PLUS):

Dank u wel, voorzitter. Ik dank ook de heer Van Dissel voor zijn presentatie, maar ik hoor toch een tegenstrijdigheid waar ik niet goed weg mee weet. Aan de ene kant zegt u dat er eerder en meer getest moeten worden, dat heel veel mensen te lang wachten en dan gewoon op straat lopen. Dan heb je ook nog de presymptomatische en de asymptomatische besmettingen. Dat zijn mensen die zelf geen klachten hebben, maar toch besmet rondlopen. En toch blijft u zo terughoudend als het gaat om mondkapjes. Juist bij die mensen die wel anderen kunnen besmetten, het zelf niet weten en te lang wachten met testen, zouden we nog heel veel

besmettingen tegen kunnen houden. Waarom blijft u daar zo terughoudend in?

De heer **Van Dissel**:

Het wordt bijna op mijn persoon geprojecteerd. Ik wil wel even zeggen dat dit de mening van het OMT is, waarin alle universiteiten vertegenwoordigd zijn. Wij zien natuurlijk de verschillende adviezen, ook in het buitenland. We hebben die kritisch tegen het licht gehouden. Dan komt daaruit dat er van de niet-medische mondkapjes misschien enig gunstig effect zou kunnen uitgaan, maar dat is zeer beperkt.

We hebben in de presentatie met de veiligheidsregio's ook onderzoek uit Noorwegen aangehaald, waarbij het Noorse institute for public health heeft uitgerekend hoeveel personen een mondkapje moeten dragen om één geval te voorkomen. Dat hangt natuurlijk af van hoeveel gevallen er zijn. In de Noorse setting, die misschien ietsje gunstiger was dan die in Nederland, was dat er ongeveer 88.000 personen een week lang een mondkapje moeten gebruiken om één persoon te voorkomen. Dat is waar u het over heeft. In gebieden in Nederland waar dat veel lager is, zal dat aantal nog veel hoger zijn. Het «number needed to mask», zoals dat zo mooi heet, ligt dus buitengewoon hoog.

Het tweede is: moeten we niet de balans zoeken? We zien een toename. We zien waarom die toename is. Moeten we daar dan niet wat aan doen, voordat we iets doen wat met dit soort getallen effectief blijkt? Je wil toch het meest inzetten op waar je het meeste bereikt, denk ik, en dat is bij het voorkomen van infecties en infectieclusters, die toch vooral in de familiesfeer zijn, naar aanleiding van bijeenkomsten. Je wilt dat daar gewoon een stop op komt. Dat maakt dat je het in de kiem smooit in plaats van dat je iets doet of wellicht algemeen wil invoeren wat een buitengewoon beperkt effect gaat hebben voor de overgrote meerderheid die erdoor getroffen wordt.

Voor de duidelijkheid, het OMT-advies daarover is niet dat iemand geen mondmasker mag dragen. Dat staat iedereen vrij. De vraag die gesteld was, was of dat moet worden afgedwongen en of er een plicht moet komen tot het gebruik van mondmaskers. Dan krijg je dit soort overwegingen als ik het noemde. Dat is nog even los van het scala aan typen mondmaskers die nu gebruikt worden, met een geweldig wisselende effectiviteit. We hebben wel aangeraden om daar alvast onderzoek naar te doen, want als we daar wel een keer meer zouden moeten, wil je in ieder geval weten wat de meest betrouwbare mondmaskers zijn. Dat was ook onderdeel van dat verzoek.

We hebben ook gezegd dat we het interpreteren in het kader van het voorkomen van de infecties. Dat tijdpunt om het OMT-advies wat dat betreft aan te passen is er nog niet. Dat wil niet zeggen dat we daar niet goed naar kijken, maar nogmaals, ik denk dat het «number needed to mask» toch wel een getal is waarvan je denkt: dat is niet mis. Dat moet je allemaal doen om één geval te voorkomen, terwijl je misschien veel laaghangender fruit hebt waarmee je veel meer gevallen voorkomt.

De **voorzitter**:

Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Van Esch, die spreekt namens de Partij voor de Dieren. Gaat uw gang.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Voorzitter, ik wou graag twee vragen aan de heer Van Dissel stellen. Mijn eerste vraag gaat over het OMT-Z-advies over nertsenhoudertijen dat in juli onze kant op kwam. Daarin werden twee adviezen gegeven. Eén: dat er op korte termijn geen nieuwe besmettingen per half augustus bij mochten komen op nertsenhoudertijen, anders zou alles moeten worden geruimd in Nederland. Het tweede advies was om nertsenhoudertijen versneld af te bouwen om te voorkomen dat we daar een reservoir wat betreft het

coronavirus zouden ontwikkelen. Daarbij werd aangegeven dat het tweede advies zou kunnen worden heroverwogen op het moment dat de situatie daar aanleiding toe gaf. Ik ben benieuwd of we nu in een situatie zitten waarin het OMT-Z die heroverweging of die versnelling van het stoppen met nertsenhoudertijen inziet. In hoeverre is daar al meer over bekend?

De heer **Van Dissel**:

Ik kan natuurlijk niet helemaal voor het OMT-Z spreken, maar ik was erbij aanwezig, dat is helder. We hebben gesproken over als die besmettingen nog steeds doorgaan. We komen nu op de datum die daar bij wijze van spreken bij in de buurt komt. Dan vinden we dat het weer een risico wordt, ook gegeven het feit dat de belasting uit de maatschappij gaat toenemen. Dan hebben we de adviezen zoals die er liggen. Ik denk dat dat eigenlijk het antwoord is. Ik denk dus niet dat we nu al redenen hebben om die meteen te veranderen, maar we zijn natuurlijk benieuwd wat er gebeurt. Het is nu 11 augustus, dus je zit wat dat betreft bijna halverwege augustus.

De **voorzitter**:

Uw tweede vraag, mevrouw Van Esch.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Mijn tweede vraag gaat over de situatie in slachthuizen. We horen nog steeds dat in slachthuizen de RIVM-regels niet worden nageleefd. Mensen worden gedwongen om gezondheidsverklaringen in te vullen die incorrect zijn. Ze worden nog steeds richting slachthuizen vervoerd op een wijze die zeker niet conform de RIVM-regels is. Er vinden inspecties plaats en dan gaat het allemaal netjes volgens de regels, maar als de inspectie weer is vertrokken, worden de regels weer aan de laars gelapt. Wat ons betreft is dit een zorgelijke situatie, een brandhaard. Ik ben benieuwd in hoeverre u de situatie in slachthuizen nog steeds als brandhaard ziet. We zijn benieuwd of u een advies kunt geven over hoe we daarmee om moeten gaan.

De heer **Van Dissel**:

U vraagt naar een specifiek advies voor slachthuizen. Wij hebben daar natuurlijk naar gekeken. Een aantal dingen lopen ook nog. Er komt ook informatie uit het buitenland. In slachthuizen hebben we verschillende dingen geïdentificeerd waarvan we denken: hé, dat is niet conform de regels die we met elkaar hebben afgesproken. Er is nu natuurlijk voor mij geen enkele reden om daarvan af te wijken of om daar iets anders van te vinden. Dat heeft aspecten binnen de slachthuizen en rond de slachthuizen. Ik noem de commissie-Roemer. Maar de inzichten zijn hetzelfde: de 1,5 meter is essentieel. In slachthuizen had je soms blijkbaar situaties waarbij de lucht werd gerecirculeerd, uit milieu- en efficiencyoogpunt. Dat ging niet samen met corona, zeker niet als men zich binnen 1,5 meter van elkaar bevond. Wat mij betreft gelden dus alle adviezen die we toen gegeven hebben ook nu nog, ook al is het nu misschien meer onder controle. Maar dit is typisch een potentiële haard die je niet wilt laten opblazen, ook al brandt het dan op dit moment misschien niet. Er is dus alle reden om door te voeren wat we eerder geadviseerd hebben.

De **voorzitter**:

Dan geef ik nu graag het woord aan de heer Hiddema namens Forum voor Democratie. Gaat uw gang.

De heer **Hiddema** (FvD):

Dank u, voorzitter. Meneer Van Dissel, we horen de laatste tijden nogal wat geluiden die twijfel doen rijzen over de onpartijdigheid en de

onafhankelijkheid van het RIVM. Medio juli zei de voorzitter van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving tegen Nieuwsuur dat het RIVM en het ministerie te veel vermengd raakten in de coronacrisis. Er lijkt politieke druk te zijn uitgeoefend op het RIVM omtrent het advies over het gebruik van mondkapjes. Vanochtend berichtte de Volkskrant dat het RIVM de rol van de ventilatiesystemen bij de uitbraak van corona in een verpleeghuis in Maassluis heeft afgezwakt. Kunt u hier vandaag de Kamer geruststellen en uitsluiten dat er op enig moment gedurende de coronacrisis, invloed is uitgeoefend vanuit de politiek op de totstandkoming van de adviezen van het RIVM? Zo nee, op welk moment heeft u dan bepaalde invloed van het ministerie ervaren?

De voorzitter:

De heer Van Dissel, nadat de heer Hiddema zijn microfoon heeft uitgezet.

De heer Van Dissel:

Ik kan gewoon antwoorden: op geen enkele wijze.

De heer Hiddema (FvD):

Dat is mooi. Dat wordt genoteerd, denk ik. Dat was mijn vraag. Ik heb geen technische vragen meer over druppeltjes. Dank u wel.

De voorzitter:

Prima. Als u uw microfoon weer uitzet, geef ik graag het woord aan mevrouw Van Kooten-Arissen. Gaat uw gang.

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

Voorzitter, dank u wel. Mijn vraag ligt in het verlengde van de vragen van mevrouw Marijnissen en mevrouw Ellemeet. Die gaat over het bron- en contactonderzoek, meer specifiek over de fase waarin de contacten al opgespoord en ingelicht zijn. Er zijn namelijk signalen dat verschillende opgespoorde contacten niet wensen mee te werken aan de gestelde quarantaine-eisen en de richtlijnen van het RIVM. Kijk, het opsporen van contacten en het inlichten daarvan is één ding, maar het doel van het bron- en contactonderzoek lijkt mij wel dat de mensen die ingelicht zijn ook daadwerkelijk in quarantaine gaan om besmettingen te voorkomen. Mijn vraag aan de heer Van Dissel is: is er structureel zicht op het percentage contacten dat de gehele quarantaineperiode volgens de richtlijnen heeft voltooid? Neemt dat af? En als dat zo is, wat is daar dan aan te doen?

De heer Van Dissel:

Dat is natuurlijk een belangrijk punt, want anders zou je wel kunnen ophouden. Voor de duidelijkheid, die berichten hoor ik ook. Dat is misschien een vraag om te stellen aan degene die na mij spreekt. Ik heb daar verder geen getallen van. Het is geen parameter die nu automatisch wordt meegenomen in de systemen en die dus misschien ook niet wordt gecontroleerd, want dat is dan nog een tweede punt. U weet dat er in bepaalde situaties wordt gebeld, dat er telefonisch contact is. Dat geeft natuurlijk een zekere sociale druk. Maar het korte antwoord op uw vraag is dat ik daar geen gegevens over heb.

De voorzitter:

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

De heer Van Haga (Van Haga):

Dank u wel. Alle grafieken gaan er eigenlijk van uit dat een besmetting ook daadwerkelijk een coronabesmetting is, maar ik begrijp van wetenschappers dat een PCR-uitslag niet kan aantonen of iemand daadwerkelijk

klinisch geïnfecteerd is: een positieve PCR-uitslag toont slechts aan dat er bij iemand een deeltje viraal RNA in het neusslijmvlies zat. Met andere woorden, zijn er dus extra klinische parameters nodig om van een daadwerkelijke klinische besmetting met COVID-19 te kunnen spreken? Zo ja, heeft het RIVM dan in beeld wat het percentage false positives is? Wat is dan de waarde van het zeer kleine percentage positieve tests?

De heer **Van Dissel**:

U informeert naar de testkarakteristieken. Voor de duidelijkheid, als iemand een klinisch beeld ontwikkelt dat past bij de klinische beelden die beschreven zijn, en als iemand positief getest is op het coronavirus en het coronavirus bijvoorbeeld uit een broncholvage komt en dus uit de longen wordt geïsoleerd, dan zal de conclusie over het algemeen zijn dat dat ziektebeeld, die ziektemanifestatie, is terug te voeren op het nieuwe coronavirus. Zo werkt de hele geneeskunde. Maar je hebt altijd een groep ... Dan kom je meer in een groep die we in Nederland in ieder geval nog niet testen, namelijk personen die geen klachten hebben en ook geen klachten ontwikkelen, en die op een bepaald moment bijvoorbeeld een lage waarde van het coronavirus in de neus of keel hebben. Dat zijn de zogenaamde asymptomatische personen. Patiënt zijn ze natuurlijk niet, want ze hebben geen klachten. Die worden in het buitenland soms opgepikt. Dan wordt er gekeken hoe het verloop is. Dan zie je vaak dat ze na een paar dagen weer negatief zijn. De zogenaamde ct-waarden, de waarden van de cycle time, zijn dan over het algemeen hoog, en hoe hoger ze zijn, hoe minder virus iemand bij zich draagt; dat gaat in kranten nog weleens mis. Bij iemand die ziek wordt, zijn ze veel lager, duidende op meer virus. Je hebt dus zeker een groep van personen die heel weinig virus in de neus hebben, het na een paar dagen weer kwijt zijn en geen klachten ontwikkelen. Dat is één.

Het tweede is dat je het virus soms aantoonbaar bij iemand die een dag later gewoon klachten heeft. Dat noem je het presymptotisch aantoonbaar van het virus. Er is natuurlijk altijd een schemergebied tussen «ik vind wel dat ik een klacht heb» en «ik vind niet dat ik een klacht heb». Daar worden natuurlijk alle staatjes op ingevuld. Je kan je voorstellen dat iemand soms invult dat hij geen klachten heeft, maar dat hij die een dag later wel heeft. Dan is de test gedaan op het moment dat hij nog geen klachten had, maar wel positief was; later past hij dan bij de groep met positieve klachten. Dan spreek je van presymptotisch.

Daarna – daar verwijst u misschien ook naar – komt de vraag: wat is nou de kans dat die patiënt helemaal geen corona heeft, maar dat het door het testsysteem komt? Daar heb je binnen het testsysteem natuurlijk allemaal controles op, maar die kans zal nooit nul zijn. Dat kan eigenlijk voor geen enkele test. Maar het is wel buitengewoon laag, zeker voor de moleculaire testen, waarbij je, als de test niet eenduidig is, ook nog naar andere stukjes van het RNA van het virus kijkt om te bevestigen dat het inderdaad positief is of dat het inderdaad een test is die uiteindelijk niet klopt, zoals u zegt. Er zit dus al een soort veiligheid ingebouwd in de manier waarop we testen.

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

U zegt «buitengewoon laag», maar ...

De **voorzitter**:

Meneer Van Haga, is dit uw tweede vraag?

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

Ik heb straks nog een tweede vraag, maar ...

De **voorzitter**:

Nee, nee. Nou, een hele korte aanvullende vraag dan, anders reken ik hem als tweede vraag.

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

Heeft u ook een percentage?

De heer **Van Dissel**:

Nee. Dat wil ik best voor u opzoeken, hoor, maar dat is buitengewoon laag. Dat is echt buitengewoon laag.

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

Dank u wel. Dan ga ik nu naar mijn tweede vraag. De Nederlandse onderzoeken naar de relatie tussen hydroxychloroquine, in combinatie met zink en azitromycine, en COVID-19 zijn volgens Minister De Jonge – dat antwoordde hij op een vraag van mij destijds – tot nader order stopgezet. Dat kwam door een artikel in The Lancet, maar dat artikel in The Lancet is ... Nou ja, het is niet helemaal frauduleus gebleken, maar het is in ieder geval niet meer ter zaken doende; het is verworpen. Is het, nu blijkt dat dat artikel niet klopt, geen tijd om dat onderzoek te hervatten? Wat is de stand van zaken met betrekking tot hydroxychloroquine, zowel op nationaal als internationaal niveau? Is wat ik net zei niet voldoende reden om het standpunt nu te herzien?

De heer **Van Dissel**:

Dit is natuurlijk een hele klinische, curatieve vraag. Daar zit ik hier voor mijn gevoel een beetje minder voor. Maar in zijn algemeenheid waren er natuurlijk zorgen over meldingen over bijwerkingen. Er zijn verschillende onderzoeken die een gering effect toonden, maar er zijn ook onderzoeken die geen effect toonden. Als een onderzoek niet blijkt te kloppen, dan zullen klinici schrandere genoeg zijn om te denken: dit pak ik wel of niet meer op. Ik denk niet dat daar een uitspraak van wie dan ook voor nodig is. Er is natuurlijk breed op zoek gegaan naar allerlei behandelingen. Een van de middelen die het meest toepasbaar blijken voor zieke patiënten, is remdesivir, een virusremmer, die een bepaalde werkzaamheid lijkt te tonen in de onderzoeken. Er zijn middelen die er meer op gespitst zijn om de ontstekingsreactie die soms optreedt in de nafase van de infectie, als het virus eigenlijk al weg is, te dempen. Daar zijn ook verschillende middelen van in de publiciteit geweest. Ik denk dat er, zeker als zo'n artikel is teruggetrokken, voldoende mensen zullen zijn om dat opnieuw op hun agenda te zetten.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Tot slot in deze eerste ronde de heer Bisschop namens de fractie van de SGP. Gaat uw gang.

De heer **Bisschop** (SGP):

Voorzitter, dank u wel. Ook dank aan de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Verhelderend. Goed om bijgepraat te worden. Met mijn vraag wil ik aanhaken bij de vragen die mevrouw Diertens en de heren Krol en Asscher hebben gesteld. Mijn vraag gaat dus over ventilatie, onderwijs, veiligheid. Het gaat om de rol van een ventilatiesysteem dat functioneert via recirculatie. Ik hoor de heer Van Dissel zeggen: zorg dat het systeem in orde is, dan is het relatief behoorlijk veilig. Zo vat ik het even samen. Toch is dat een beetje onbevredigend. «Zorg dat het systeem in orde is.» Alleen, de vraag is: zijn de systemen in de verschillende gebouwen in orde? Impliceert de opmerking van de heer Van Dissel de volgende twee conclusies? De eerste: controleer of het luchtverversingssysteem geen systeem van recirculatie is. De tweede: is dat wel het geval, gebruik het gebouw dan niet totdat het voldoet aan de eisen uit het

Bouwbesluit en er dus geen sprake meer is van recirculatie. Ik geef toe dat de vraag misschien wat te compact is geformuleerd. Misschien zegt u: dat is niet helemaal mijn terrein. Maar deze implicaties liggen besloten in uw stellingname: zorg dat het voldoet aan het Bouwbesluit. Is dat juist?

De heer **Van Dissel**:

We gaan ervan uit dat, als gebouwen gebouwd zijn volgens het Bouwbesluit, de ventilatie klopt. Daar zijn allerlei normen voor en afspraken over. Als een gebouw daar niet aan voldoet, dan is daar dus een manco. Daar kan je iemand dan op wijzen. Recirculatie kan plaatsvinden met de juiste filters, maar recirculatie duidt erop dat er wellicht geen lucht van buiten wordt toegevoegd en dat is misschien niet zo'n goed idee. Je moet lucht ook gewoon verversen. Ons standpunt daarin lijkt mij op zich vrij helder. Je hebt regels waaraan je je moet houden bij de bouw en het gebruik van een gebouw. Als we daar niet van kunnen uitgaan, dan is dat het probleem, toch?

De heer **Bisschop** (SGP):

Voorzitter, nog even een verhelderende vraag.

De **voorzitter**:

Heel kort.

De heer **Bisschop** (SGP):

Nu wordt op knappe wijze eigenlijk de kern van mijn vraag omzeild. Mijn vraag is: kloppen de implicaties die ik geschetst heb? Vloeien die twee punten in uw beleving voort uit uw stellingname: zorg dat het in orde is?

De heer **Van Dissel**:

Het moge zo zijn dat u dat zo ziet; ik zie dat niet zo. Wij brengen advies uit over hoe iets zou moeten zijn. Hoe de uitwerking of het advies überhaupt wordt overgenomen, is verder niet aan ons. De uitvoering van de adviezen is ook niet aan ons, maar lijkt me meer aan u. Dat is wat ik daarover kan zeggen. Wij zijn denk ik vrij helder over wat we vinden van hoe ventilatie en het belang van ventilatie gezien moet worden. We verwijzen naar relevante documenten die volgens mij kraakhelder zijn. De consequenties zijn niet aan mij.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van deze eerste ronde. Ik dank de heer Van Dissel nogmaals voor zijn presentatie en voor het beantwoorden van alle gestelde vragen. Zeer veel dank. Ik stel voor om de bijeenkomst kort te schorsen. Zodra mevrouw Rigter aan tafel zit, gaan wij de tweede ronde aanvangen. Ik schors voor enkele minuten.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**:

Ik heropen deze bijeenkomst. Aangeschoven is inmiddels mevrouw Rigter, directeur publieke gezondheid van de GGD regio Utrecht. Nogmaals hartelijk welkom. Ook mevrouw Rigter heeft een presentatie, maximaal een kwartier heb ik begrepen. Daarna zijn er nog enkele leden die een vraag aan haar kunnen stellen. Dus ik geef graag het woord aan mevrouw Rigter. Gaat uw gang.

Mevrouw **Rigter**:

Dank u wel. Dank voor uw uitnodiging om hier vandaag iets te vertellen over bron- en contactonderzoek, want daar gaat mijn presentatie over. Ik ga u kort meenemen in de keten, waarvan bron- en contactonderzoek in feite het eind is. En verder, de snelheid van ons BCO, de verschillen in

regio's die er op dit moment op het gebied van BCO zijn, knelpunten die er zijn en oplossingen die we ook hebben. Eerst naar de keten. Dan sluit ik toch ook even aan bij een deel van het gesprek dat u heeft gehad met de heer Van Dissel. Dat begint bij het aanmelden. Belangrijk is natuurlijk dat mensen zich op tijd aanmelden. Daar kan best wel verbetering in komen.

De voorzitter:

Ik ga u even onderbreken, of u de microfoon iets dichterbij wilt zetten en misschien iets harder wilt praten. Dank u wel.

Mevrouw Rigter:

Dat zullen we doen. De bedoeling is natuurlijk dat mensen zich snel melden om getest te worden zodra zij het gevoel hebben dat er wat aan de hand zou kunnen zijn. We weten dat ze op dit moment op heel korte termijn, soms zelfs al dezelfde dag maar in ieder geval binnen 24 uur, in de teststraat terecht kunnen, want we hebben onze capaciteit de laatste tijd uitgebreid. Dan worden ze getest. Van 95% van de mensen die getest worden weten we dat de uitslag binnen 48 uur komt en dat een groot deel al eerder binnenkomt.

Als iemand vervolgens positief is, dan start het bron- en contactonderzoek. Dat is de cyclus van het BCO. Zonder testen natuurlijk geen BCO. Dat testen is essentieel. We zien dat we eerst een beetje groei hebben gehad in de straten, maar dat het in de afgelopen tijd juist weer wat minder wordt. Dus ik wil ook u oproepen om overal uit te dragen: kom testen, doe niet wat we gewoon zijn in Nederland, dat je even wacht voordat je naar de dokter gaat, maar ga nou gewoon meteen naar die straat. Want hoe eerder wij u getest hebben, hoe eerder wij ook met een bron- en contactonderzoek kunnen starten.

Dan het volgende. Er zijn regionale verschillen op het gebied van BCO. De grootste verschillen zitten eigenlijk in de aantallen, de percentages positieven. Dat heeft u in de presentatie van de heer Van Dissel ook gezien. Er zijn echt regio's waar het behoorlijk piekt op dit moment. Dat betekent dat die regio's ook te doen hebben met heel veel uit te voeren bron- en contactonderzoek. Dat speelt in Rotterdam-Rijnmond en Amsterdam, maar ook in West-Brabant en nog een paar gebieden. Een aantal GGD's heeft in overleg met het RIVM tijdelijk gekozen voor een risicogestuurd BCO, om de aantallen de baas te kunnen. Dat betekent dat die regio's natuurlijk altijd de index kunnen bellen en opzoeken. Bij risicogevoeren, clusters en moeilijke en ingewikkelde gevallen doet de GGD dat BCO volledig. Maar voor minder ingewikkelde gevallen hebben ze tijdelijk de aanpak dat de contactinventarisatie wordt voorbereid door aan de index zelf te vragen: zet goed op een rij met wie u contact hebt gehad. Dat kan dan leiden tot een langere doorlooptijd. Dat betekent dat er dus niet meteen achteraan gebeld wordt.

Dat is een tijdelijke werkwijze. De bedoeling is dat die zo snel mogelijk weer wordt losgelaten. Dat kan wat ons betreft zodra de aantallen positief geteste mensen, in relatie tot de groei van de landelijke BCO-capaciteit, dit toelaten. De grootste knop waar we met elkaar aan kunnen draaien, is namelijk dat er minder mensen besmet raken. Daar heeft u het bij de presentatie van de heer Van Dissel en in het gesprek met hem natuurlijk ook over gehad. We zien dat steeds meer mensen het niet zo nauw nemen met de maatregelen, met grote gevolgen voor de besmettingen.

Dan ga ik naar de volgende sheet en kom ik op de knelpunten. Een toenemend aantal mensen wordt positief getest. Zeker in de hele drukke regio's, die ook te maken hebben met meer positieven, zien we dat die mensen ook steeds meer nauwe contacten hebben. Dat is de categorie 2 waarover u het met de heer Van Dissel hebt gehad. In sommige gevallen zijn dat er echt meer dan 100. Niet altijd, maar soms wel. Dat zijn hele bewerkelijke situaties. Dit leidt tot een hogere doorlooptijd van het BCO.

De heer **Asscher** (PvdA):
Voorzitter...

De **voorzitter**:
Hebt u een feitelijke vraag?

De heer **Asscher** (PvdA):
Ja.

De **voorzitter**:
Mag mevrouw dan even de behandeling van deze sheet afmaken?
Mevrouw Rigter.

Mevrouw **Rigter**:
In de normering voor de businesscase voor de opbouw van BCO-capaciteit hebben wij op basis van gegevens van het RIVM die beschikbaar zijn, aangenomen dat we voor één BCO gemiddeld acht uur nodig zouden hebben. Nu ligt dat in vijf regio's eerder tegen de twaalf uur. We merken dat mensen die zich hebben laten testen en dus in quarantaine moeten zijn, niet altijd in quarantaine zijn. Daar had u het aan het eind van het gesprek met de heer Van Dissel ook over en het is echt zorgelijk in deze situatie. Als we ze dan bellen, dan lopen ze in de supermarkt of zijn ze duidelijk in een auto onderweg. Dat is echt niet in alle gevallen zo, maar we komen dat wel steeds meer tegen.

De **voorzitter**:
Een korte feitelijke vraag van de heer Asscher.

De heer **Asscher** (PvdA):
Er wordt nu voor de tweede keer aangegeven dat er soms heel veel contacten zijn, meer dan 100. In hoeveel gevallen is dat dan gebeurd? Is daar een overzicht van? Anders gaat het echt een heel eigen leven leiden. Wat is het gemiddelde en hoeveel gevallen zijn er?

Mevrouw **Rigter**:
Ik heb dat overzicht niet paraat, want dit zijn ook echt ontwikkelingen van de laatste dagen. We stoppen onze energie in het toch zo veel mogelijk bereiken van indexen – altijd natuurlijk – en daarna ook die nauwe contacten. Ik kan kijken of wij dat voor u op een rij kunnen zetten, maar u kunt denken aan situaties waarbij er bijvoorbeeld een meerdaagse bruiloft is geweest, bijvoorbeeld in Hindoestaanse kring, of aan begrafenissen die meerdere dagen duren. Daarbij zijn er vaak echt uitgebreide familiecontacten. Die leiden dan tot dit soort situaties. Maar het gaat ook om mensen die echt in staat zijn geweest om in de drie of vier dagen voordat zij werden getest een paar keer met een groep te hebben geluncht zonder 1,5 meter afstand. Of ze zijn drie avonden wezen stappen in cafés; dat soort situaties. Vaak zijn die contacten dan ook niet meer goed te achterhalen. Dat is hierbij dan ook problematisch.
Ik ga door. Oplossingen. Even vooropgesteld dat een belangrijke oplossing natuurlijk zit in het zich houden aan het gedrag zoals we dat van iedereen verwachten, is een andere oplossing dat we meer capaciteit inzetten voor de BCO-aanpak. De landelijke schil voor BCO is nu 550 fte. Een heel groot deel van die capaciteit is inmiddels ook opgeleid. Een deel daarvan wordt nog opgeleid. We hebben net besloten dat we de groep die nog opgeleid wordt en die dus nog niet helemaal klaar is en ervaren, niet toch nu al werkende weg inzetten voor het bellen van contacten en het wegwerken van casuïstiek. Daarnaast is er bij elke GGD capaciteit. In de hele aanpak staat de GGD al op basis van 2% besmettingen met 30.000 mensen in de straten. Die capaciteit is er grotendeels. Ook die wordt nu verder uitgebouwd. Daarnaast gaan we de aantallen fte in de landelijke

capaciteit vergroten. Dat doen we in de komende drie weken in stapjes per week naar uiteindelijk 1.050. We hebben de vraag gekregen om dat op te schalen met nog eens 950 naar 2.000 fte en dat gaan we ook doen.

De voorzitter:

Een korte feitelijke vraag van mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Van wie heeft u die vraag gekregen?

Mevrouw **Rigter:**

Onze opdrachtgever in dit geval is de Minister van VWS.

De voorzitter:

De laatste feitelijke vraag van mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Welke data horen hierbij? Dus wanneer moeten die 1.050 fte er zijn en wanneer die 2.000?

Mevrouw **Rigter:**

Het is de bedoeling om die 1.050 over drie weken te hebben en we zijn nog aan het kijken hoe we de verdere opschaling met 950 naar in totaal 2.000 voor elkaar kunnen krijgen.

De voorzitter:

U vervolgt.

Mevrouw **Rigter:**

Ik kan bij dit alles niet genoeg benadrukken dat het testen en bron- en contactonderzoek heel erg belangrijke onderdelen zijn van de bestrijding van het virus. Voor de effectiviteit ervan is het wel echt belangrijk dat mensen zich aan de afspraken houden. Ik noemde net al een paar voorbeelden en u heeft daar zelf ook al wel zorg over, maar we zijn bij de planning van onze capaciteit uitgegaan van de gegevens die we met elkaar kenden begin juni. Toen zaten we ook nog in de effecten van onze intelligente lockdown, die echt heel effectief is geweest. We zitten inmiddels voorbij de intelligente lockdown. We hebben minder maatregelen en het effect daarvan is gewoon zichtbaar in het aantal positieven. Belangrijk is dat we toch met elkaar deze aanpak houdbaar houden, door thuis te blijven als je klachten hebt, je meteen te laten testen en 1,5 meter afstand te houden. Anders, en daar wil ik heel duidelijk over zijn, is dit een aanpak die sowieso niet vol te houden valt en blijft het dwelen met de kraan open. De GGD's staan voor wat hun opdracht is. Die willen dat ook met veel energie en bezieling doen, maar belangrijk is dat we dat alleen maar kunnen doen als de samenleving ook echt doet wat de samenleving moet doen en wat wij als GGD niet kunnen. Dat is het.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik merk nog even op dat naast de presentatie die zojuist gegeven is door mevrouw Rigter, er ook een factsheet is met feiten en cijfers, met name over de capaciteit. Ook die staat op de website van de Tweede Kamer.

Er zijn nog een aantal leden die een resterende vraag hebben. Ik begin bij mevrouw Diertens. Gaat uw gang voor uw vraag.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Wij hebben natuurlijk heel veel respect voor de GGD en met name het personeel wat zo druk bezig is om in no time op te schalen en deze testen

te doen. Maar we testen nog steeds niet in maximale capaciteit. Dus ik ben benieuwd naar wat u daarover denkt. En aanvullend daarop is er nog iets waar ik me wel zorgen over maak. Je ziet dat de bron niet meer herleid kan worden. Die zakt steeds verder weg. De percentages stijgen tot 60%, 70%. Bij het begin van de uitbraak van covid hebben we dat op een gegeven moment bewust losgelaten. Ik ben heel erg benieuwd welke ontwikkelingen er op dit punt zijn.

Mevrouw Rigter:

Wij hebben in de afgelopen tijd onze capaciteit en het aantal locaties van teststraten verhoogd. Er waren er 80 en nu zijn er 104. Ik weet dat alle collega's bezig zijn om dit verder op te hogen, ook richting het najaar. We kijken ook of fijnmazige en kleinschalige testlocaties een goede aanvulling kunnen zijn. In eerste instantie hebben we strak gekozen voor groot-schalige testlocaties om zo veel mogelijk massa te kunnen maken. We kijken nu echt naar een aanvulling met fijnmazige locaties. Dit is ook een activiteit die met behoorlijke vaart wordt doorgezet.

Ik ben het met u eens dat het zorgelijk is dat de bron niet herleidbaar is. Daarom is het goed dat door het kabinet is besloten dat mensen zich weer moeten registreren in de horeca. Daarmee wordt het bron- en contactonderzoek makkelijker. Het is toch best wel een klusje. Die herleidbaarheid wordt inderdaad steeds moeilijker, met name bij mensen die grote aantallen contacten hebben. Bij het voorbeeld van een bruiloft is er een de meevaller dat er een gastenlijst is. Die krijgen we ook onmiddellijk. Mensen vinden het vaak heel erg naar dat er zoiets gebeurt op iets wat voor hen een heel feestelijke gebeurtenis is. Er zijn ook mensen die hierbij heel goed meewerken. Het is wisselend. De zorg is er. Het is goed dat de registratieplicht in de horeca er weer is.

De voorzitter:

Dank u. Mevrouw Marijnissen namens de SP. Gaat uw gang.

Mevrouw Marijnissen (SP):

Dank je wel. Allereerst vragen wij van onze kant ook graag om de complimenten over te brengen aan al uw medewerkers die op dit moment keihard werken en dit de afgelopen weken ook hebben gedaan. Toch hebben wij heel veel zorgen over of er voldoende capaciteit is bij de GGD. Daar gaat mijn vraag ook over. In uw presentatie geeft u aan dat u van VWS de vraag heeft gekregen om de capaciteit op te schalen naar 2.000 fte. Wanneer hebt u die vraag gekregen? We horen Minister De Jonge nu spreken over een carte blanche die uw organisatie zou krijgen. Wij in de politiek zijn altijd in de veronderstelling geweest dat uw organisatie al een carte blanche had, dat u al in staat was om alles te doen wat nodig zou zijn om het bron- en contactonderzoek zo doortastend mogelijk vorm te laten geven. Hoe kijkt u daar zelf naar? In welk licht moeten wij de uitspraken van uw collega De Gouw in Trouw zien? Ik meen dat hij op 23 juli zegt dat collega's bij de GGD duimen zitten te draaien. Daarom wil hij niet verder opschalen in capaciteit. Nu zijn we een klein aantal weken verder en zien we dat er capaciteitstekorten zijn. Kunt u daarop ingaan?

Mevrouw Rigter:

Ik hoor twee vragen. De eerste vraag gaat over de landelijke capaciteit. Daarover hebben we met de Minister afgesproken dat we zouden beginnen met de capaciteit die we nu hebben georganiseerd. Daarna zouden we stapsgewijs opschalen naar het najaar en de winter. In mijn optiek doen we het nu volgens de afspraak die we hebben gemaakt. Het zou ook niet zinvol zijn geweest om in een keer 2.000 fte – dat is veel meer dan 2.000 man – klaar te hebben staan toen we hier begin juni mee begonnen. De logica is om het stapsgewijs op te bouwen.

Dan de collega's die duimen zitten te draaien. Dat was het korte moment waarop we bijna geen besmette mensen in de teststraten vonden. Van duimendraaien was natuurlijk eigenlijk geen sprake, want we hadden mensen in de teststraten en mensen op de bank en we zaten te wachten op aantallen besmettingen. Dat duimendraaien is ook maar heel kort geweest. Het was ook niet genoeg om iedereen weer even te laten bijkomen. Je hebt het in de afgelopen twee weken echt heel hard omhoog zien gaan. In de genoemde regio's was sprake van een extreme groei, maar het groeit overal. Er is dus geen sprake meer van duimendraaien. We hebben het echt druk.

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Krol, ga uw gang.

De heer Krol (Krol):

Ja, ik blijf maar malen over dat cijfer. Driekwart had al klachten voordat ze door de GGD werden opgespoord. Dat toont aan dat testen heel belangrijk is, maar worden voor al die opgespoorde contactpersonen ook de tijdstippen van de eerste klachten met elkaar vergeleken, zodat misschien wel duidelijk wordt dat de persoon die zich als eerste meldde, niet noodzakelijkerwijs de eerste persoon was uit het cluster?

Mevrouw Rigter:

Dat is inderdaad onderdeel van ons bron- en contactonderzoek. We kijken wie nou eigenlijk de eerste was, de echte index. Dat is in zo'n clustersituatie inderdaad niet altijd degene die zich als eerste meldt. Dat is ook waarom ik echt voortdurend tegen iedereen die ik hierover spreek, zeg: meld je nou gewoon toch meteen als je denkt dat je iets voelt, als je last hebt van klachten. Kom nou gewoon, want hoe eerder je komt ... Als je mogelijkwijs besmet bent, heeft dat wel persoonlijke consequenties, maar dan voorkomen we met elkaar dat andere mensen besmet worden. Dat hebben we ontzettend nodig om die hele opzet van testen en traceren goed met elkaar te kunnen doen.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Asscher namens de Partij van de Arbeid.

De heer Asscher (PvdA):

Eigenlijk hoor ik dat we nog steeds het plan uitvoeren dat ons in mei is gepresenteerd, toen verteld werd dat we in juni op orde zouden zijn voor bron- en contactonderzoek, waarbij sprake is van een gefaseerde opschaling. Klopt het dat er nu eigenlijk niets veranderd is, ook met die carte blanche en de inzet van het leger en de mediataal die we daarover hebben gehoord, maar dat u gewoon aan het opbouwen bent, zij het op een veel te beperkte wijze nu blijkt dat het twaalf uur per onderzoek kost?

Mevrouw Rigter:

Wij zijn aan het opbouwen zoals in het plan van juni is geschetst. Op dit moment zetten we in op een versnelling in het opbouwen, want eigenlijk was het voorzien voor later. We zijn dat aan het versnellen. Tegelijkertijd zijn we ook aan het versnellen door mensen die we in de landelijke capaciteit nog in de opleidingsfase hebben, nu al in te zetten bij de opsporing. Dat opleiden kost even tijd. We leren hier natuurlijk van, want inmiddels hebben we een periode van opleiden achter de rug. Met de ervaring die we hebben opgedaan, zien we dat het mogelijk is om mensen eerder aan het werk te laten gaan, om ze in hun opleidingstraject eerder in te schakelen om daarvan te leren, terwijl ze tegelijkertijd ook bron- en contactonderzoek doen. Ik hoor in uw vraag de veronderstelling dat we er met twaalf uur per BCO te lang over zouden doen, maar je kunt niet anders als er zo veel contacten zijn. Het is onmogelijk om een ingewik-

kelde casus eerder dan binnen acht uur te doen. Naarmate het langer duurt voordat mensen zich melden – de vraag van de heer Krol – wordt het risico dat we een grotere groep nauwe contacten krijgen, dus de categorie 2 van de heer Van Dissel, ook groter. Daarmee wordt het BCO ook meer belast.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Veldman van de VVD.

De heer Veldman (VVD):

Ik denk dat alle mensen die in teststraten werken en nu dat bron- en contactonderzoek uitvoeren, hun stinkende best doen om ervoor te zorgen dat dit belangrijke werk zo goed mogelijk gebeurt. Tegelijkertijd zien we dat het, zodra de druk wat hoger wordt, bij onderdelen van de GGD niet loopt zoals we zouden willen. Dan schetst mevrouw Rigter een aantal oplossingen. In die oplossingen kom ik niet tegen het zoeken van samenwerking met anderen die een bijdrage kunnen leveren aan zowel het testen als ook misschien het bron- en contactonderzoek. Met name als het gaat om het testen hebben de eerstelijns diagnostische centra zich volgens mij al eerder gemeld. Zij zeiden: wij hebben gewoon capaciteit beschikbaar, letterlijk en figuurlijk, maar wij worden niet gevraagd; er wordt geen samenwerking gezocht. Klopt dat? Zo ja, wanneer gaat die samenwerking dan wel van de grond komen?

Mevrouw Rigter:

As we speak, wordt die samenwerking ingezet. Dat is onderdeel van fijnmaziger testen. Er worden op dit moment afspraken gemaakt met de eerstelijns centra, dus, ja, we zoeken wel samenwerking. We kijken ook wat slimme samenwerkingen zijn. Samenwerken betekent namelijk ook dat je je eigen proces wat moet aanpassen. Dat is prima, maar we bekijken natuurlijk ook wel wat effectief is. Dat is elke keer in deze hele grote logistieke operatie best een opgave. Ik denk dat het ook goed is om te melden dat we aan het onderzoeken zijn of bijvoorbeeld Defensie ons een beetje kan helpen met logistiek. Wellicht zijn daar ook mogelijkheden in. Ik kan u verzekeren dat er dagelijks vele aanbiedingen worden gedaan bij al mijn collega's, maar ook bij de landelijke organisatie. Daar kijken we wel naar, maar we moeten ook kritisch zijn, want lang niet alle aanbiedingen zijn helpend. Maar we proberen daar wel uit te halen wat wel helpend is.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Sazias, 50PLUS.

Mevrouw Sazias (50PLUS):

Ik heb een vraag over de opschaling van de capaciteit, eigenlijk een beetje aanvullend op de vraag van mevrouw Marijnissen. Stel je voor dat er straks weer een grote piek komt en u naar 2.000 fte wilt. Hoe gaat dat, die opschaling? De Minister gaf inderdaad carte blanche, waarbij hij ook heeft gezegd «desnoods schakelen we het leger in». Hoe gaat het dus feitelijk met die opschaling? Dat vraag ik onder andere ook omdat ik mij ontzettend heb verbaasd. Ik heb verschillende vacatures gezien voor bron- en contactonderzoeker bij de GGD. Dan wordt er hbo-niveau gevraagd en wordt er nog geen € 11 per uur bruto betaald. Vindt u dat een redelijke vergoeding?

Mevrouw Rigter:

Hoe gaat het aantrekken van extra capaciteit? Dat gaat via de grote organisaties die wij hebben gecontracteerd voor de landelijke capaciteit. Dat zijn de alarmcentrales en dat is het Rode Kruis. Zij werven ook mensen en doen dat op een profiel dat wij met elkaar hebben gemaakt.

Over de honorering laat ik mij niet uit, want dat is een zaak van de organisaties die dat doen. Ook de GGD's werven mensen en zij honoreren vergelijkbaar, denk ik. Daar zal ik nog wel even naar willen kijken, als dat u helpt. Het is wel belangrijk dat we naast het opschalen van de landelijke capaciteit natuurlijk ook gebruikmaken van elkaar, als 25 GGD's. Er zijn ook GGD-gebieden waarbij de besmettingsdruk echt lager is, zoals u op die mooie kaartjes van de heer Van Dissel natuurlijk heeft kunnen zien. We hebben inmiddels goed ingeregeld dat collega's van GGD's elkaar gaan helpen bij het doen van bron- en contactonderzoek bij GGD's waar het druk is. Dat doen ze al een poosje. We doen het dus op meerdere manieren. Er komt personeel bij, we helpen elkaar en we leiden versneld op, waarmee we dus ook sneller mensen aan het werk hebben.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Hiddema van Forum voor Democratie.

De heer Hiddema (FvD):

Dank u, voorzitter.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Uw microfoon moet iets naar beneden.

De heer Hiddema (FvD):

Ik heb nog niks gezegd. Hoe weet u dat nou? Echte vergaderfreaks hier, hè. Hebt u nog meer instructies of aanbevelingen?

De voorzitter:

U zou willen dat u door iedereen te verstaan bent. Gaat uw gang.

De heer Hiddema (FvD):

Absoluut, dat is de bedoeling.

We zitten hier vandaag vanwege een bezorgde fractieleider die aan de hand van toegenomen besmettingen verontrust is geraakt. Ik kijk echter naar het aantal ziekenhuisopnames, 5 per dag, en naar het aantal ic-opnames, 1,7 per dag. Die cijfers lijken mij geen reden voor paniek. De aantallen liggen ruimschoots onder de signaalwaarden. Als het niet waar is wat ik zeg, hoor ik graag een reactie van de deskundige. Bij de afgelopen technische sessie van 25 juni zei uw collega van de GGD, de heer De Gouw, dat mensen die geen klachten hebben weliswaar positief getest kunnen worden, maar zelf niet besmettelijk zijn. Nu worden in het kader van het bron- en contactonderzoek talloze mensen getest omdat ze in de buurt zijn geweest van iemand die positief is getest. Ze hebben vaak geen klachten en worden toch positief getest. Naarmate er meer bron- en contactonderzoek gedaan wordt, zijn er dus meer positieve testuitslagen van mensen die zelf niet of nauwelijks besmettelijk zijn. Wat betekent dit voor de waarde die we mogen hechten aan het aantal positieve testen? Dit mondt uit in de volgende vraag. Acht u, met uw deskundigheid, de vrees gerechtvaardigd dat er meer mensen ziek zullen worden, aan de hand van de bevindingen die nu voorliggen dat er meer mensen positief worden getest? Denkt u dat er reden is voor grote vrees dat er meer mensen echt ziek zullen worden? Dat is mijn vraag.

Mevrouw Rigter:

Ik begrijp uw bezorgdheid. Is dit geen «loos alarm»? Dat is het in mijn ogen niet. Want wij leren en zien in het bron- en contactonderzoek, dat veel besmettingen plaatsvinden in settings van familiebezoek, familiebijeenkomsten, feestjes. Dat blijkt ook uit de presentatie van de heer Van Dissel. We zien dat het weliswaar nu jongere mensen zijn die ziek worden of positief getest worden. Zij worden minder ziek, maar reken maar dat zij

ook contacten hebben met oudere generaties. En mensen uit die oudere generaties kunnen vrij eenvoudig ziek worden van die jonge mensen. Dat zien we dan over een aantal weken. En eerlijk gezegd hoop ik van ganser harte dat we nog in staat zijn om die trend te buigen. Ik wil namelijk niet wachten op het moment dat er weer een instroom is in de ziekenhuizen, of waarop we weer moeilijke situaties gaan krijgen in verpleeghuizen of andere zorginstellingen. Die moeten dan mogelijkerwijs toch weer even, of langer, hun deuren sluiten, met al het leed van dien. Maar er is ook het risico dat er dan weer meer mensen zullen overlijden. Ja, op dit moment zien we jonge mensen die positief zijn. Dat zijn soms ook asymptomaten. Het grootste deel is niet asymptomatisch, want anders kwamen ze ook niet in de teststraat. Dus nee, ik deel uw analyse op dat punt niet.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van Kooten-Arissen, gaat uw gang.

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

Veel dank aan mevrouw Rigter. Ik neem ook aan dat zij bij mijn vraag aan de heer Van Dissel meegeluisterd heeft. De heer Van Dissel zei eigenlijk heel onomwonden: we hebben er eigenlijk geen inzicht in in hoeverre mensen de quarantainemaatregelen naleven als zij geïdentificeerd zijn als een contact in het bron- en contactonderzoek. Wij weten eigenlijk niet of zij die richtlijnen wel naleven. Hoe kunt u dat inzicht wél krijgen? We weten namelijk dus eigenlijk helemaal niet of het doel van het bron- en contactonderzoek wel gehaald wordt. Dat doel is: het opsporen van de mensen en hen in quarantaine plaatsen.

Mevrouw **Rigter:**

Goeie vraag. Als mensen positief getest zijn, dan moeten zij thuis in isolatie. U vraagt: weten wij of zij zich dan aan de maatregelen houden? Wordt dat geregistreerd? In het BCO zit dat mensen na zeven dagen en na veertien dagen weer worden gebeld. Dan horen wij wel of – dat is een beetje de kunst van de gesprekstechniek – mensen zich daaraan houden. Tegelijkertijd kun je het niet tegenhouden als mensen erop uit zijn om iemand voor de gek te houden. Wij merken dat mensen best wel moeite hebben met het gevolg van een besmetting, namelijk veertien dagen thuisblijven, ook thuis proberen afstand te houden van je huisgenoten en ook in huis zo veel mogelijk contacten vermijden. Het is een echte opgave. Tegelijkertijd zal het grootste deel het zeker wel doen, want veel mensen vinden het echt belangrijk om dit met elkaar op te lossen. Het wordt niet geregistreerd. We kunnen het niet 100% zeker weten, dus die informatie heb ik niet. We horen en zien de trend in de groep die we nu het meest in de besmettingen zien, dat ze echt moeite hebben met het thuisblijven. Jonge mensen willen ook graag contact. Dat is denk ik wat ik kan zeggen.

De voorzitter:

Dank u wel. Tot slot geef ik het woord aan de heer Bisschop van de SGP-fractie voor zijn laatste vraag.

De heer **Bisschop** (SGP):

Dank u wel, voorzitter, en dank aan mevrouw Rigter voor de verhelderende toelichting over hoe de GGD opereert en waar die tegenaan loopt. Ik heb een vraag in het verlengde van het bron- en contactonderzoek. Levert dat ook zicht op in hoeverre er sprake is van symptomatische, presymptomatische of asymptomatische bronnen van besmetting?

Mevrouw **Rigter:**

Vooropgesteld, wij testen vooral mensen met klachten. Die komen uit de straten. Als wij de huisgenoten en de nauwe contacten in een bron- en

contactonderzoek in beeld krijgen, dan is voor ons de indicator op dat moment: laat je testen op het moment dat je klachten hebt. Dus wij werken heel erg vanuit die klachten. Wij werken nu wel mee aan een onderzoek om meer te kijken naar asymptomatische situaties. Dat is onder andere het geval bij de aanpak van het testen van mensen die uit het buitenland komen. Dat is in principe een groep waarvan de mensen niet allemaal klachten zullen hebben, maar wel getest gaan worden.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn we daarmee aan het einde gekomen van deze tweede ronde van de technische briefing. Ik wil mevrouw Rigter zeer hartelijk dankzeggen voor haar presentatie en de beantwoording van de gestelde vragen. Dank aan de Kamerleden voor hun aanwezigheid en hun bijdragen in deze briefing. Dank aan de mensen thuis voor hun belangstelling.

Morgen komt de Kamer om 11.15 uur bijeen in de plenaire zaal. Dan zal er eerst stilgestaan worden bij de ramp in Beiroet. Aansluitend vindt een korte regeling van werkzaamheden plaats, waarna een debat zal plaatsvinden over de ontwikkeling van het coronavirus. Om 13.00, hoor ik mevrouw Agema zeggen. Ik hoor echter ook andere geluiden. Laten we het tijdstip dan eventjes in het midden laten, maar de Kamer komt in eerste instantie om 11.15 uur bijeen om te besluiten over het plenaire debat.

Nogmaals dank aan iedereen. Dat geldt uiteraard ook voor onze ondersteuning, de bodes, de Dienst Verslag en Redactie, de technische ondersteuning – die zit daar ook achter in de zaal – de Griffie uiteraard en de mensen die deze briefing met ons hebben voorbereid. Zeer hartelijk dank. Ik sluit deze bijeenkomst.

Sluiting 15.28 uur.