

Vergaderjaar 2019–2020

**25 295**

**Infectieziektenbestrijding**

**Nr. 313**

**VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING**

Vastgesteld 6 mei 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 22 april 2020 gesprekken gevoerd over **update coronavirus**.

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

De griffier van de commissie,  
Post

**Voorzitter: Lodders**  
**Griffier: Israel**

Aanwezig zijn zestien leden der Kamer, te weten: Agema, Asscher, Azarkan, Baudet, Van den Berg, Diertens, Dik-Faber, Ellemeet, Van Haga, Hijink, Van Kooten-Arissen, Krol, Lodders, Van der Staaij, Veldman en Wassenberg,

alsmede de heer Van Dissel.

Aanvang 12.30 uur.

**De voorzitter:**

Hartelijk welkom bij de technische briefing door het RIVM over de ontwikkeling van het coronavirus. Ik heet welkom de heer Van Dissel, namens het RIVM, die ons de presentatie zal geven en die straks de vragen zal beantwoorden. Hartelijk welkom aan de aanwezige Kamerleden. Hartelijk welkom aan de mensen die deze technische briefing op een andere manier volgen. Ik stel voor om snel van start te gaan en daarmee de heer Van Dissel het woord te geven voor zijn presentatie, maar niet dan nadat ik heb opgemerkt dat de presentatie te vinden is op de website van de Tweede Kamer. De heer Van Dissel, het woord is aan u, gaat uw gang.

**De heer Van Dissel:**

Dank u wel. Ik wil vanmiddag kort toelichten waar wij nu staan. Dat gaan we snel doen omdat het deels bekende plaatjes zijn, denk ik, alleen geüpdatet natuurlijk. Ik wil met name wat zeggen over de studies die zijn uitgevoerd bij kinderen. Ik wil verder het nodige vertellen over het gebruik van mondkapjes.

Deze slide heb ik al een aantal keren genoemd. Het is een nieuw virus, met een nieuw ziektebeeld, een infectie van de bovenste luchtwegen en in de longen, waarvoor we momenteel geen vaccin hebben en geen bewezen behandeling. De voornaamste acties zijn handen wassen en andere hygiënische maatregelen, gericht tegen contact- en druppelinfectie, waar ook de afstand van 1,5 meter op is gebaseerd, zijnde de range waar de grotere druppels zich over verspreiden. Binnen het ziekenhuis is sprake van speciale maatregelen. Van de piramide weten we dat, naarmate we verder komen, de basis eigenlijk steeds breder wordt. Dan het aantal gevallen op dit moment in Nederland. We zitten nu op zo'n 35.000 patiënten, waarvan ongeveer 30% is opgenomen in het ziekenhuis. Ik moet erbij zeggen dat dit bevestigde patiënten zijn. Dat wil zeggen dat sprake is van een selectiewaaijer van patiënten die getest worden. Dat zullen vooral personen zijn die worden opgenomen in het ziekenhuis, zoals kwetsbaren, de eerste twee personen in een verpleeghuis, en vooral natuurlijk de zorgmedewerkers. Zoals u ziet, werkt een groot aantal, ongeveer een derde van de bevestigde patiënten, inderdaad in de zorg. Dat is een reflectie van het testbeleid, niet zozeer omdat die zorgmedewerkers gevoeliger zouden zijn voor het virus, maar daar concentreren we momenteel onze testen natuurlijk op.

De virologische dagstaten geven inzicht in hoeveel bepalingen er worden gedaan. U ziet: er zijn zo'n 175.000 monsters getest. De NIVEL/RIVM-huisartsenpeilstations geven een indruk omdat er wordt gedocumenteerd welke personen met griepachtige klachten naar de huisarts gaan. Een deel daarvan wordt bemonsterd. Dat geeft een indruk hoe het met de verspreiding van het virus in Nederland staat. Er is vroeg aangehaakt. Vanaf februari wordt in de monsters ook het coronavirus bepaald. Dat is weergegeven via de rode onderdelen van de blokjes. De blauwe onderdelen zijn andere virussen of er is geen verwekker gevonden. U ziet dat er ongeveer vanaf week elf positieve monsters verschenen. In week veertien

waren die qua absoluut aantal het hoogst. Nu is het weer wat minder, maar overall genomen is zo'n 6,6% positief van 785 bemonsterde patiënten. Even iets over wat we later nog gaan vertellen: bij geen van de bemonsteringen van kinderen was sprake van een coronavirus. Dan de verspreiding over Nederland. Het zijn de bekende gebieden, Overijssel, Brabant, en een deel van Zuid-Nederland, Goeree-Overflakkee en Tholen. Het geldt zowel voor de gemelde patiënten als voor de opgenomen patiënten, met opmerkelijk minder patiënten in het noorden van het land. Ik zal zo het beloop in de tijd laten zien. De opgenomen patiënten kun je natuurlijk ook opsplitsen per provincie. Dan zie je dat er in alle provincies sprake is van een toename, een piek, en momenteel een afname van het aantal patiënten.

We plotten het nu even op een andere manier: de gemelde patiënten versus de opgenomen patiënten. Daarbij zie je weer een afname van de ziekenhuisopnames van COVID-19-patiënten. Aan de rechterzijde ziet u de verdeling van de leeftijd. Boven de totale groep, in het midden de groep die wordt opgenomen in het ziekenhuis, waarbij duidelijk dat er een verplaatsing is naar de wat oudere groep, en ten slotte rechts onderaan de groep die helaas door de ziekte komt te overlijden. U ziet dat de mediane leeftijd rond de 80, 85 jaar is. Dit is een beeld dat langzaam opbouwt en dat consistent is met eerdere plaatjes, maar het toont met name de afname in nieuw opgenomen COVID-19-patiënten.

Ik kom bij de verspreiding over Nederland, maar steeds per twee weken geplotted. Dan zie je het cumulatieve effect minder. Het begon in de regio Brabant/Limburg. Daar was de eerste activiteit, en ook wat in Overijssel. Vervolgens zie je de inkleuring van heel Nederland, maar de meeste inkleuringen opnieuw in Noord-Brabant, Limburg en enkele andere gebieden. Goeree-Overflakkee is ook al genoemd, en Zuid-Holland. Ten slotte zie je de afname omdat het aantal opgenomen patiënten – dit zijn ziekenhuisopnames – de afgelopen twee weken is gedaald. Dan ziet u dat die kleur langzaam wat ontkleurt. Verder blijkt duidelijk dat het Noorden van Nederland tot nu toe relatief weinig is aangedaan door de epidemie en dat die zich vooral in het Zuiden heeft gepresenteerd.

Ik toon nu opnieuw de curve van de bevestigde gevallen van COVID-19 die zijn komen te overlijden. Doordat niet iedereen wordt getest en ook niet van alle overlijdens bekend is in hoeverre COVID-19 een rol heeft gespeeld, weten we allemaal dat dit een onderrapportage is. Dat geldt met name voor het beeld linksboven. Het beeld linksonder toont die onderrapportage niet, maar daar zit wel enige vertraging in de rapportage. Dit betreft namelijk de door het CBS gerapporteerde overlijdens, die zijn gebaseerd op de bevolkingsstatistieken. U ziet het als volgt weergegeven. De gele band geeft de bandbreedte weer, die seizoensgewijs wat op en neer gaat, bij het gemiddelde aantal mensen dat in de afgelopen jaren is komen te overlijden. U ziet de verschillende griepseizoenen weergegeven, die heel erg wisselend zijn in de mate van leidend tot meer sterftes, van meer oversterfte. Met name 2018–2019 was een intensief seizoen. En u ziet dat het aantal COVID-19-gevallen inmiddels ook omhooggaat in deze grafiek.

De grafiek daarboven toont de relatieve plaats van Nederland – dat is aangegeven met het pijltje – wat betreft het aantal gevallen van COVID-19-overlijdens. Dat is dan ten opzichte van andere Europese landen, weergegeven middels de gele bolletjes met de donkere cirkeltjes eromheen. Dat is afgezet tegen de totale bevolking, weergegeven als per 100.000 van de bevolking. U ziet dat Nederland een gemiddelde plaats inneemt, eerder wat aan de lagere kant dan aan de hogere kant. Maar u moet zich wel realiseren dat dit opnieuw mede bepaald wordt door het testbeleid. Als het testbeleid wordt uitgebreid en men meer ernstig zieke mensen ook gaat testen, dan zal de relatieve sterfte natuurlijk afnemen, omdat de noemer dan groter wordt.

Ik kom op de opnames op de ic. Dat heeft u allemaal kunnen volgen in de media. Daar zit ook een duidelijke knik in het beloop. U ziet het aantal nieuwe patiënten en vervolgens het cumulatieve aantal patiënten dat opgenomen is. De meeste opnames waren er rond 7 april. Toen lagen er 1.332 patiënten opgenomen op de ic. Daarna is het aantal gedaald. Die daling wordt nu niet meer zozeer bepaald door de nieuwe influx, de nieuw binnenkomende patiënten, maar vooral door hoelang de huidige patiënten opgenomen zijn. U ziet aan de onderzijde aangegeven – iemand heeft dat berekend, maar het blijft natuurlijk wel een schatting, ook al lijkt het getal heel absoluut – wat er zou zijn gebeurd met de ic-opnames als er geen maatregelen waren genomen. Het moge duidelijk zijn dat we dan zo'n 24.000 tot 25.000 extra ic-opnames gehad. Dat zou natuurlijk niet mogelijk zijn geweest. De genomen maatregelen hebben dus zo'n 90% van de opnames wegens COVID-19 voorkomen.

Je kunt dat berekenen, al berust dat uiteraard dan wel op simulaties. Ik zal het u zo laten zien. In de simulaties geef ik steeds een rode curve aan. Die curve geeft de verspreiding van het virus binnen Nederland weer zonder interventies, dus uitgaande van de basis. Dan kun je op grond van het percentage opnames nu weer berekenen in hoeverre dat had geleid tot ic-opnames en ziekenhuisopnames. Misschien kan ik dat zo illustreren. Maar het blijft een schatting – dat wil ik benadrukken – want het is gelukkig niet gebeurd.

Dan toon ik hier misschien een deel van het antwoord op de vraag over het berekenen. Hier staat het aantal nieuwe ic-opnames. Met de dots geven we de actuele opnames weer. In het turquoise-blauwe gebied ziet u – er is een steeds kleinere spreiding, omdat we meer kalibraties van de daadwerkelijke opnames hebben per dag – het verloop van het aantal ic-opnames, ook doorgetrokken naar de toekomst bij het gelijk blijven van de maatregelen en het gelijk blijven van de effectiviteit van de maatregelen. U ziet er ook de rode curve in getekend. Die curve voorspelt hetzelfde model maar dan zonder dat er interventies zijn. Op die voorspelling is de schatting gebaseerd. Het is alleen maar een illustratie. Op het volgende plaatje ziet u de totale ic-bezetting. Ook daar ziet u dat we inmiddels over de piek heen zijn. We hadden gisteren gelukkig een wat forsere daling, maar we zijn er natuurlijk nog lang niet. Maar u ziet ook dat als je het ongeveer doortrekt, we zo rond de eerste week van mei in een fase lijken te zijn waarin we circa 700 ic-bedden bezet zullen hebben. Zoals u weet, is dat ook ongeveer de periode waarin de versoepeling van de maatregelen ten aanzien van de scholen plaatsvindt. Dat is dus consistent. Ook dit is natuurlijk weer doorgetrokken met dezelfde effectiviteit van de maatregelen. Opnieuw is met de rode lijn weergegeven wat het zou zijn als er niks zou zijn gebeurd.

Voor de ziekenhuisbezetting geldt hetzelfde. Dat is ook al even getoond. U ziet opnieuw de voorspelde lijn en met de dots is de kalibratie op grond van de daadwerkelijke getallen aangegeven. U ziet dat beide steeds beter met elkaar overeenkomen, wat ook maakt dat de spreiding die we daarbij verwachten steeds kleiner wordt. Het gemiddelde in de grafiek valt ongeveer op de punten. Dus ook bij de totale ziekenhuisbedbezetting verwachten we een afname, en die is natuurlijk feitelijk ook al gaande. Dan het reproductiegetal, inmiddels denk ik ook bekend: het aantal personen dat geïnfecteerd raakt door één besmet en ziek persoon. Aan het begin van de epidemie en ook nog in sommige landen ligt dat tussen de twee en de tweeënhalf. In sommige landen wordt dat zelfs wat hoger geschat, maar dat is ongeveer wat we in Nederland terugvinden. Zoals u ziet, is daarbij sprake van de nodige onzekerheid, want het paarse gebied geeft de onzekerheid van de zwarte curve weer. U ziet aan de bovenzijde nogmaals even geduid hoe we het nou precies bepalen. De ziekenhuisopnames – dat zijn de blauwe balken – worden aan ons gerapporteerd door de GGD's. Bij die ziekenhuisopnames wordt nagegaan wat de eerste ziektedag is. Dat is de rode lijn. Op basis van de rode lijn kun je voorspel-

lingen doen met betrekking tot de verwachting bij bepaalde reproductiegetallen: wat zou je dan in een SyRI-interval terug kunnen vinden? Dat ziet u eigenlijk geplot op de onderste grafiek. Dus de ziekenhuisopnames: een vrij zeker getal – maar we moeten ons natuurlijk wel realiseren dat dit ook is gebaseerd op een zekere selectie, omdat niet iedereen naar het ziekenhuis komt – dat natuurlijk een vrij stevige mogelijkheid biedt om een goede schatting te doen van de  $R_0$ -waarde, van het reproductiegetal. U ziet dat dit rond 16 maart door de 1 ging. Nou, 1 wil zeggen dat elk besmet persoon één nieuwe persoon besmet. Als het daaronder zit, dan neemt dat langzaam af en zal de uitbraak uitdoven. Maar u ziet dat deze naar schatting rond de 0,8 is blijven hangen. De onzekerheid over hoe het momenteel is neemt weer toe, want we weten dat er een onderrapportage is van de nieuwste gevallen. Daar zit altijd een vertraging in. Dat maakt dat ook de onzekerheid met betrekking tot de te verwachten eerste ziektedag weer toeneemt. Vandaar dat u in de bovenste grafiek een rood gebied ziet ontstaan dat de onzekerheid daarin weergeeft. Dat vertaalt zich ook weer naar een toenemende onzekerheid van de  $R_0$ . Het is alleszins gerechtvaardigd om aan te houden dat we nu nog onder de 1 zitten, maar daar zit dus een onzekerheid in. Ook dit betreft natuurlijk allemaal schattingen op grond van de ziekenhuisopnames. Er staat ook aangegeven waar u de methodes kan terugvinden, mocht u daarin geïnteresseerd zijn.

Dan kijk ik naar Europa. Het Imperial College London heeft schattingen gemaakt van de stand van zaken in de meeste Europese landen en Engeland. Uit die schattingen, die overigens al van iets van een week geleden zijn, blijkt dat Denemarken en Nederland als enigen duidelijk onder de 1 zaten en dat de meeste andere landen daar nog boven zaten. Daarin wordt ook aangegeven dat het reproductiegetal in een land als Rusland momenteel tussen de 2 en de 3 ligt, wellicht doordat daar nog weinig effectieve maatregelen spelen, maar die kunnen er – altijd weer gelet op de vertraging van twee weken – inmiddels wel zijn.

Dan het reproductiegetal en de variaties daarin even geplot tegen de interventies. Het is natuurlijk niet zo dat je op de dag waarop een interventie wordt gesuggereerd, meteen een stap verwacht in het reproductiegetal. Daar spelen natuurlijk een heleboel factoren mee. Soms moeten interventies worden ingeregeld; soms moet men eraan wennen. Ook de compliance, de mate waarin men zich houdt aan gesuggereerde interventies, kan natuurlijk wisselen. U ziet hier een grof overzicht dat toch het idee geeft dat al die interventies wel een effect hebben gehad. Om even duidelijk te maken dat de interventies zeker hebben geleid tot een afname van het aantal contacten tussen de personen, de volgende grafiek. Misschien heb ik u deze de vorige keer ook al getoond. Aan de linkerkant de via een questionnaire vastgestelde contacten uit 2017, waarbij de hittestap – naarmate de intensiteit toeneemt op geel en daar donkerblauw aan de onderzijde – weergeeft hoeveel contacten er zijn tussen de leeftijdscohorten die op de x-as staan ten opzichte van de leeftijdgenoten die op de y-as staan. Dus uit de matrix is duidelijk dat met name jonge kinderen natuurlijk de meeste contacten met leeftijdgenoten hebben. Je ziet dat er überhaupt de meeste contacten met leeftijdgenoten zijn en dat er weer wat versterking is bij de ouderen in de bevolking. Dat is de situatie in 2017. Dat is geplot op de grafiek aan de onderzijde, waarbij u ook ziet dat de kinderen tot 20 jaar eigenlijk de meeste contacten hebben. 2020 is de situatie van een aantal weken terug, omdat het onderzoek deels herhaald is. Ik zal u daar straks nog meer van laten zien. De questionnaire is ook herhaald. U ziet dat de kleuring veel donkerder is en dat er veel minder lichte kleuren zijn. De projectie van de contacten op de onderste grafiek maakt ook duidelijk dat de contacten een stuk lager liggen, gemiddeld tegen de 70%, ten opzichte van 2017. Dit is het gevolg van de interventies, de social distancing, die we natuurlijk ook nodig hebben om

het virus minder kans te geven om van de ene persoon op de andere persoon over te gaan.

Die mindere interactie kun je ook vanuit allerlei andere technieken oppikken, in dit geval het Google Mobility Report over Nederland. Dat wordt wekelijks uitgebracht. Ook hier ziet u, met uitzondering van de contacten binnen gezinnen, dat de aanwezigheid op het werk en het transport eigenlijk min of meer stabiel zijn afgenomen respectievelijk toegenomen. Dat is helemaal consistent met het vorige grafiekje dat ik u toonde. Zo zijn er natuurlijk meer mogelijkheden om dit waar te nemen. Ik wil nu een aantal onderzoeken tonen die bij kinderen zijn uitgevoerd. Daar loop ik u even doorheen. Ik heb u al laten zien dat het NIVEL Peilstation-onderzoek toont dat eigenlijk bij geen van de monsters die daar zijn afgenomen van kinderen met griepachtige klachten, sprake was van een infectie met het coronavirus.

Maar er is natuurlijk meer gedaan. We hebben überhaupt de meldingen geanalyseerd. Ik zal u zo wat plaatjes laten zien. Er is onderzoek gedaan door het RIVM, het zogenaamde Brabantonderzoek of First Few Hundred-onderzoek. Dat richtte zich op verspreiding binnen gezinnen. We hebben een zogenaamde PIENTER Corona studie uitgevoerd en er is uiteraard literatuuronderzoek gedaan. Ik wil u een aantal van deze resultaten tonen. Allereerst de grafiek die ik u net ook al even heb laten zien. Deze geeft de leeftijd aan van de personen met een bevestigde COVID-19-infectie. Ik heb er al eerder op gewezen dat het gebied onder de 20 jaar, dat u aan de onderzijde uitvergroot ziet, achterblijft ten opzichte van de rest van de bevolking. Met andere woorden, wat het aantal gerapporteerde gevallen betreft worden kinderen onder de 20 jaar minder aangedaan door de covidinfectie dan de andere leeftijdsgroepen. U ziet dat dit tot nu toe – dit is een meting van eind vorige week, dacht ik – uiteindelijk ongeveer 0,7% van alle metingen betreft. Dan moet je dan natuurlijk eigenlijk correleren aan het aantal personen in de bevolking in die leeftijdsgroep. Dat is zo'n 20%, 22%. Er is dus een sterke onderrapportage bij kinderen wat betreft bevestigde covidgevallen. U ziet dat dit niet iets is wat speciaal voor Nederland geldt. Ik heb u bij een van de eerste briefings al laten zien dat dit in China ook zo was. Het is inmiddels bevestigd vanuit andere Aziatische landen en ook vanuit andere westerse landen, en zoals u ziet, ook vanuit de Verenigde Staten.

Een tweede gegeven is dat de GGD bij een onderzoek van meldingen altijd specifiek onderzoekt als er eventuele clusters zijn. Daar wordt die ook apart op geattendeerd. Clusters zouden bijvoorbeeld kunnen ontstaan in scholen of bij de kinderopvang. Dat duidt er dan op dat er daar een intensieve verspreiding is. Zoals u ziet, zijn er in Nederland geen clusters gerapporteerd uit die groepen.

Een ander gegeven is of de scholensluiting die op een gegeven moment, medio maart, is uitgevoerd, invloed heeft gehad op de rapportage van het aantal kinderen met COVID-19-infectie, ook al is dat klein. Dat zou je misschien verwachten als scholen daarvoor een bepaalde rol erin hadden gespeeld. Maar u ziet dat daarin geen verandering is waargenomen.

Dan een volgend onderzoek dat is uitgevoerd, op grond van de meldingen die we krijgen binnen het zogenaamde Osirismeldingensysteem, waar de GGD's de meldingen doen van de bevestigde patiënten. Daarnaast hebben we ook nog het zogenaamde HPZonesysteem, dat door de meeste GGD's wordt gebruikt. Daarmee kunnen we naar transmissieparen kijken, lang niet van iedereen maar wel van een redelijk grote groep, zoals u hier ziet. Van die transmissieparen kan worden nagegaan, wie wie heeft besmet. Dat ziet u hier weergegeven ten opzichte van de leeftijdscohorten. Overall zie je dat de meest grote bolletjes liggen op de as die ongeveer op 45 graden loopt. Dat is natuurlijk de as van dezelfde leeftijden. Met andere woorden: de meeste overdracht vindt eigenlijk plaats tussen personen die ongeveer dezelfde leeftijd hebben. U ziet verder dat de dikke bolletjes beginnen vanaf zo'n 30, 40 jaar en doorlopen. Dus de groep tussen de 40

en 80 jaar in dezelfde leeftijd veroorzaakte de meeste besmettingen in de paren die we konden nagaan. U ziet dat de hele matrix op de kinderleeftijd eigenlijk buitengewoon leeg is. Dat wil zeggen dat er weinig kinderen andere kinderen hebben besmet. U ziet eigenlijk maar drie dotjes in dat gebied. Als je de kinderleeftijd projecteert vanuit de x-as, dan zie je dat de meeste dots wat betreft kinderleeftijd optreden bij de middelbare leeftijd, met andere woorden ouders die kinderen besmetten. Als je verticaal kijkt langs de eerste twee grafieken, dan zie je eigenlijk maar heel weinig dots van kinderen die leiden tot besmettingen in andere leeftijden. Dus met andere woorden: de besmetting van COVID-19 vindt vooral plaats tussen dezelfde leeftijdsgenoten. De grafiek laat zien dat ze vooral plaatsvinden tussen de 40 en de 80 jaar en tussen kinderen onderling weinig. Als kinderen worden besmet, ziet u hier dat dit vooral gebeurt vanuit de ouders.

Als ik een aantal dingen samenvat en ik toevoeg wat we aan het FF100-onderzoek hebben vastgesteld tot nu toe, zien we dat er weinig bevestigde COVID-19-meldingen zijn onder de 20 jaar terwijl die 20-jarigen natuurlijk wel een belangrijk deel van de Nederlandse bevolking uitmaken, dat er geen clusters zijn gerapporteerd en dat uit het NIVEL-peilstationonderzoek blijkt dat er geen positieve bemonsteringen zijn van kinderleeftijd. Bij de huishoudens kun je een aantal dingen onderzoeken. Je kan kijken naar wie het indexgeval is, dus wie wie besmet. Als er een index is kan je nagaan hoe het zich in het gezin verspreidt. Je kan PCR-onderzoek doen op aanwezigheid van het virus en je kan enige tijd herhalen het zogenaamde serologisch onderzoek waarmee je door de bepaling van antistoffen vaststelt of iemand contact met het virus heeft gehad. U ziet hier de samenvatting van de verschillende onderzoeken die gedaan zijn en ook nog lopende zijn en die zullen worden voortgezet naarmate de scholen weer opengaan. In de eerste plaats hebben we eigenlijk geen gezin waarvan we konden vaststellen dat het kind het indexgeval was, met andere woorden dat de bron van de verspreiding binnen het gezin was. De meeste gevallen betroffen ouders die kinderen besmetten. Kinderen die besmet bleken, waren over het algemeen minder ziek dan de volwassenen. Ten slotte konden we ook achteraf vaststellen dat het ook klopt met de PCR-bepalingen, die bij kinderen lager lagen dan bij ouders. Dus er waren minder besmettingen van kinderen. Dat bleek zich ook te reflecteren in het aantal dat antistoffen had ontwikkeld. Dus een consistent beeld dat kinderen in gezinnen tot nu toe vooral vanuit de ouders worden besmet en dat dit niet op een andere wijze gaat. Dan hebben we het PIENTER-onderzoek herhaald. Daar zal ik u zo meteen de resultaten van laten zien en hopelijk iets duidelijker maken wat we precies gedaan hebben. Waar het op neerkomt is dat we in Nederland elke drie tot vijf jaar PIENTER-onderzoek uitvoeren. Dat is een breed onderzoek, waarbij het toeval bepaalt welke gemeenten worden geselecteerd om personen te identificeren die bloed geven en een questionnaire invullen. Dat bloed gebruiken we normaliter om te kijken naar antistoffen tegenover het rijksvaccinatieprogramma. Het is een surveillancemanier om de effectiviteit van het rijksvaccinatieprogramma te kunnen vaststellen. Bij het laatste PIENTER-onderzoek dat zo'n twee, drie jaar geleden is uitgevoerd, is iedereen al gevraagd of ze het goed vonden dat we ze opnieuw benaderden in het geval van bijvoorbeeld een uitbraak. Nou, dat is achteraf gezien een gunstige greep geweest, want dat hebben we dus gedaan. U ziet dat er inmiddels zo'n 2.100 personen op gereageerd hebben. Daarvan is opnieuw bloed afgenomen en er is nu natuurlijk gekeken of ze ten opzichte van het coronavirus antistoffen hadden ontwikkeld, met andere woorden in ieder geval een teken toonden dat ze met het coronavirus geïnfecteerd zijn geweest. U ziet dat dat overall 3,6% was. Dat getal herinnert u zich misschien van vorige week. Toen heb ik het onderzoek van Sanquin laten zien, dat onder bloeddonoren heeft gekeken en eigenlijk tot hetzelfde percentage kwam. Wat opvalt bij die 3,6% – die

aantallen moeten natuurlijk worden aangevuld; dat realiseren we ons allemaal – is dat bij personen onder de 20 jaar slechts 1% antistoffen bleek te hebben, tegen ongeveer 4% bij personen boven de 20 jaar. Dat is opnieuw een reflectie van het feit dat we denken dat kinderen in ieder geval minder geïnfecteerd zijn geweest.

Ten slotte is er natuurlijk ook gekeken naar wat er in andere landen gebeurt. Daar komt eigenlijk precies hetzelfde beeld naar voren.

U ziet hier het PIENTER-onderzoek weergegeven, uitgevoerd door collega Van der Klis op het RIVM. U ziet de gebieden die het toeval geselecteerd heeft om uit te samplen. Daar wordt de bevolking dan aangeschreven om mee te doen aan het onderzoek. Gelukkig is daar veel animo voor. Dat ziet u rechtsboven. U ziet dat naar antistoffen gekeken is. Met de methodiek die gebruikt wordt, kan je tegelijkertijd naar meerdere typen antistoffen kijken, zoals antistoffen die gevormd worden tegen bijvoorbeeld het coronavirus. U ziet alle individuele bepalingen weergegeven in de grafiek die daar weer onder staat. Die heeft twee kleuren: donkerblauw en geel. Die aantallen zijn geprojecteerd op de y-as. Hier ziet u het histogram, opnieuw blauw en geel; geeloranje, moet ik misschien zeggen. Uiteraard wordt er aan de hand van standaardsera gekeken wat een afkappunt is. Want je meet een concentratie en op een gegeven moment heb je een afkappunt en zeg je: deze zijn positief en degenen die eronder zitten zijn negatief. Dat is weergegeven door de stippellijn. U ziet dat je overall, als je al die dots zou optellen, tot 3,6% van de hele groep komt. De y-as is de leeftijd, dus u ziet dat er een mooie verdeling is van zowel jongeren als volwassenen als ouderen die aan het onderzoek mee willen doen. U ziet dat in eigenlijk alle categorieën, alle leeftijdscohorten, wel positieve bevindingen zijn gedaan.

Ten slotte ziet u rechtsonder de interpretatie van al die puntjes. De gemiddelde lijn geeft de gemiddelden aan van de reactiviteit in de test, die dus die antistoffen aantoont en ook de bandbreedte ten gevolge van het natuurlijk nog steeds geringe aantal bepalingen; maar dat zullen we omhoog brengen. Maar ook hier zie je het beeld dat jeugdigen het eigenlijk nog moeten opbouwen, wat reflecteert dat ze minder geïnfecteerd zijn geweest met het coronavirus. U ziet een piek bij 40- en 50-jarigen en dan ziet u het afnemen. U ziet ook dat voor de heel ouderen de onzekerheid wat groter wordt, omdat we gewoon minder monsters hebben. Maar overall genomen is ook hier het beeld dat kinderen tot nu minder zijn aangedaan door het coronavirus dan de rest van de Nederlandse bevolking.

Ik roep nog even het Sanquinonderzoek in herinnering. Dat heb ik u vorige week laten zien. U ziet hier ook weer die ongeveer 3,5% die daarin positief werd bevonden, met een hele andere bepaling, moet ik u zeggen. Dat is dus heel consistent met elkaar. Sanquin heeft in de vorige weken ook gekeken welke gebieden het nou precies betreft. Dat ziet u rechts aangegeven. Het is duidelijk dat de cijfers van de gebieden met de hoogste seroconversie, zoals wij dat noemen – met andere woorden: personen die van negatief naar positief gaan in deze test – heel redelijk overeenkomen, zoals je natuurlijk ook verwacht, met de eerdere getallen met betrekking tot de meldingen van het COVID-19. Het zijn dus consistente bepalingen: ze komen van verschillende testen van verschillende instituten, maar tonen eigenlijk allemaal dat tussen de 3% en 4% van de Nederlandse bevolking inmiddels geïnfecteerd is geweest met het covidvirus en dat onder die 3,5% tot 4% gemiddeld genomen minder kinderen dan volwassenen gerepresenteerd zijn.

Kortom, met betrekking tot de nieuwe gegevens over kinderen: we zien dat er wereldwijd eigenlijk weinig kinderen worden gemeld met COVID-19 ten opzichte van de overige leeftijdscohorten, dat de symptomen over het algemeen milder zijn, dat het minder leidt tot ziekenhuisopnames en zeker al minder tot ic-opnames, dat er in de huidige situatie nauwelijks overdracht van kinderen op volwassenen is beschreven, dat ze in



gezinnen minder vaak positief testen en dat de verspreiding, zoals ik u heb laten zien in die dot-grafiek, vooral onder de 40- tot 80-jarigen plaatsvindt. Voor de duidelijkheid: als de scholen worden geopend, zullen we natuurlijk zorgen dat we dat inbedden in een zorgvuldige monitoring, dus u kunt verwachten dat dit soort gegevens ook op die scholen wordt verzameld en dat we uiteraard ook de leraren, zoals al even aangegeven, laagdrempelig zullen testen. Dan wilde ik u ...

**De voorzitter:**

Ik zag de heer Azarkan voor een verduidelijking. Ik wil vragen echt tot het einde bewaren.

**De heer Azarkan (DENK):**

Zeker, voorzitter. Als u spreekt over kinderen, tot welke leeftijd definieert u dat?

**De heer Van Dissel:**

U ziet dat dat in het PIENTER-onderzoek langzaam oploopt. In feite gaat het met name om de eerste groep, de 0- tot 12/14-jarigen. Maar je ziet ook, zoals ik u in de eerdere grafiek liet zien, hier bijvoorbeeld, dat als je de groep tot 18–20 neemt, die nog steeds lager zitten dan de overige leeftijdscohorten. Maar er is natuurlijk niet een hele absolute cesuur te leggen. De hele jeugdigen zijn natuurlijk ook weer erg gebiased, dus beïnvloed door het feit dat ze gewoon eerder getest worden. U ziet dat het heel laag blijft tot zo'n 12 jaar en dat het daarna iets toeneemt. Maar als je het vergelijkt met de groep boven 20 jaar, zie je een duidelijke cesuur komen.

**De heer Azarkan (DENK):**

Het ging mij om de volgende sheet, waarin u vermeldt: «weinig kinderen gemeld». Nogmaals, als u dat dan zo zegt, wat moeten we dan onder die conclusie verstaan? Wat voor leeftijd is dat?

**De voorzitter:**

De heer Van Dissel.

**De heer Van Dissel:**

Het punt is natuurlijk dat verschillende onderzoeken verschillende indelingen gebruiken. In de rapportages zie je dat het met name tot en met de lagere school is, waarna het ietsje begint op te lopen, maar dat de eigenlijke toename pas begint boven de 20.

Dan wilde ik u nog meenemen over de mondneusmaskers, want daar is en blijft natuurlijk veel over te doen. Ik heb een aantal dingen even samengevat en ik wilde u ook laten zien wat het OMT uiteindelijk adviseert ten aanzien van het gebruik in verpleeghuizen en dat hopelijk toelicht. Het doel van mondneusmaskers kan tweemaal zijn. Allereerst kan het bescherming bieden aan de drager tegen besmetting van buiten. Dan is het de zorgverlener die het in bepaalde situaties gebruikt om te zorgen dat hij niet geïnfecteerd raakt. Een tweede mogelijke toepassing is dat het door iemand die ziek is wordt gedragen – daar kom ik zo op terug – om te voorkomen dat hij anderen besmet.

Het feit dat we mondneusmaskers met name op zorgverleners inzetten, komt doordat die zorgverleners zich niet aan die anderhalvemeterregel kunnen houden, omdat ze nu eenmaal dicht op de patiënt moeten zijn bij handelingen. Ook het type handelingen – ik kom er zo op terug hoe we zo'n indeling maken – maakt uit welk type mondmaskers moet worden gebruikt. Dus je wilt voorkomen dat de drager van een masker wordt besmet en je wilt in de omgeving van het ziekenhuis voorkomen, omdat daar natuurlijk de meest intensieve contacten en de hoogste concentraties aan besmette druppels aanwezig zijn, dat daar besmettingen optreden.

Nu heb je verschillende typen maskers. U ziet daar twee geïllustreerd die het meest bekend zullen zijn. We hebben medische maskers die een bepaalde filtercapaciteit hebben, dus een bepaalde filtermogelijkheid, die kan variëren. Dat varieert allereerst bij chirurgische maskers of de filtering vooral plaatsvindt vanuit de drager of vanuit buiten naar de drager toe. Dat zijn die chirurgische maskers type II en type IIR, zoals dat is aangegeven. Daarnaast hebben we maskers die een filter in zich dragen. Die kunnen dan bijvoorbeeld 90% of 95% van alle druppels uitfilteren. Dat noemen we de FFP1- en FFP2-maskers. De bovenste vangen dus in principe de druppels van buiten naar binnen op, het simpele chirurgische masker type II vangt druppels van binnen naar buiten op. Dat gebruikt de chirurg als hij opereert om te zorgen dat hij geen besmetting veroorzaakt van de patiënt die door hem geopereerd wordt. Die patiënt zal in die situatie natuurlijk niet de chirurg besmetten. Dus er zijn verschillende types die je om verschillende redenen gebruikt.

Dan moet er natuurlijk een afwegingskader zijn, waar we momenteel aan werken om dat te updaten, dat duidelijk maakt in welke situatie je welk mondneusmasker moet gebruiken. Dat is niet alleen de situatie, dat kan ook de context zijn. Daarvan ziet u hier een aantal dingen aangegeven. We hebben de besmettelijkheid van de patiënt. Wat gebeurt er precies met de patiënt? Is daar een handeling verricht die maakt dat er bijvoorbeeld een aerosol kan vrijkomen? Die hebben andere karakteristieken dan alleen maar de grotere druppels, ook met betrekking tot de afstand die die verspreiding kan geven. Dus je hebt hoog- en laagrisicohandelingen en de intensiteit van de blootstelling kan natuurlijk wisselen. Dat zijn allemaal factoren die maken dat je in verschillende situaties verschillende maskers wilt adviseren voor de zorgverleners. Je kan je voorstellen dat op een specifieke cohortafdeling voor COVID-19-patiënten, waar eigenlijk alleen maar patiënten liggen die geïnfecteerd zijn en waarbij soms handelingen worden verricht – ik noem het uitzuigen van beademingsapparatuur – waarbij aerosolen vrij kunnen komen, er verschillende dingen spelen waardoor je in de ene situatie het ene type masker moet gebruiken en in andere situaties kan volstaan met het andere type masker.

U ziet hier dat in het OMT is overeengekomen dat zo'n chirurgisch mondmasker volstaat wanneer je alleen maar op de afdeling werkt, maar geen handelingen verricht die aanleiding geven tot aerosolvorming, mits het een mondmasker is dat dus ook voorkomt dat de drager besmet raakt. Op de intensive care, waar vaak handelingen worden verricht die wel aerosolvorming geven en waarbij een hoge intensiteit van blootstelling is en ook hoogrisicohandelingen worden verricht, ga je naar de FFP2-maskers toe.

Aan de onderzijde staat nog even weergegeven dat maskers ook nadelen hebben. Allereerst is het zo – en dan spreken we uit persoonlijke ervaring – dat als je FFP2-maskers moet opzetten, die zo strak op het gelaat zitten en dermate sterk filteren dat je dat als zorgverlener gewoon niet lang volhoudt, want je krijgt te weinig lucht. Dat is niet iets waar je bijvoorbeeld de hele dag mee kan rondlopen. Dat is bijna onmogelijk en als het wel gebeurt, heb je al snel de neiging om eraan te gaan zitten. Dan zie je dus dat maskers ook risico's in zich dragen. Ze moeten echt aan specifieke handelingen en specifieke situaties worden gekoppeld.

U ziet dat maskers verzadigen. Dat komt gewoon door het vocht in de ademhaling. Op een gegeven moment wordt het daarom steeds moeilijker om daardoor te ademen. Dat betekent dat er een maximale periode is gesteld aan de tijd dat je maskers kan gebruiken. U ziet nogmaals de juiste wijze van opzetten, de juiste wijze van afdoen, het niet even om de nek hangen zoals u weleens in televisieseries ziet gebeuren. Dat zijn allemaal dingen die je niet moet doen met de maskers, want anders kunnen ze het risico zelfs verhogen.

Wat is dan het regulier gebruik? We hebben het gebruik gekoppeld aan een totale tijd dat maskers mogen worden gedragen, voordat ze op

dusdanige wijze verzadigd zijn dat ze niet meer voldoen, omdat de bescherming niet meer gegarandeerd is en men ook ernaast gaat ademen. We hebben een aantal regels opgesteld met betrekking tot hoe lang maskers gedragen moeten worden, hoe lang je aan een stuk door in een bepaalde situatie die maskers kan dragen, hoe vaak je moet wisselen. Dit zijn allemaal protocollen die zijn uitgewerkt door de verschillende beroepsverenigingen in de verschillende situaties en die u terug kan vinden op de RIVM-website. Dit is een korte samenvatting daarvan.

Met name voor de ziekenhuizen zijn er protocollen opgesteld, waarvan de experts binnen het OMT zeiden: dit zijn acceptabele manieren om met die maskers om te gaan en met de indicaties van wanneer wel en wanneer niet. Ik moet u zeggen dat er ook een paar onderzoeken zijn verricht, ook in Nederland, met name het onderzoek van de groep van Kluytmans in het Amphia Ziekenhuis, die ons veel hebben geleerd over hoe we met die maskers kunnen omgaan tijdens coronavirusinfecties. Dat is van belang en daarvan weten we ook wat de risico's zijn met bepaalde op- en afschalingen wat betreft maskers.

We hebben ook voor verpleeghuizen – ik geef u hier de huidige inzichten van het OMT weer – afspraken gemaakt over wanneer het nuttig is om wel of niet maskers te gebruiken. Ik denk dat we in z'n algemeenheid moeten vaststellen dat hygiëne en dingen als handenwassen altijd essentieel zijn. Dat geldt in het ziekenhuis, dat geldt thuis, dat geldt in het verpleeghuis, dat geldt in de zorg in andere situaties. Een deel van de overdracht geschiedt namelijk via de handen en dat kan je voorkomen door handen te wassen. Het tweede wat natuurlijk geldt in verpleeghuizen, is dat we hebben afgesproken dat we bewoners bij klachten laagdrempelig testen. Ik kom zo terug op de zorgverleners.

We hebben met de verpleeghuizen afgesproken dat als er een positief geteste bewoner is, we eigenlijk het hele cohort waarin die bewoner zich bevindt ... Dat kan soms het hele verpleeghuis betreffen, maar vaak zal het een afdeling van het verpleeghuis betreffen. Dan weten we eigenlijk dat de kans dat daar meer mensen positief zijn dusdanig is dat we die hele afdeling beschouwen als cohortverpleging en dat dan dus het dragen van het chirurgisch mondneusmasker geïndiceerd is voor medewerkers op die afdeling. Dan is wel van belang dat er, als die afdeling geïdentificeerd is als een cohortafdeling waar covidpatiënten en potentiële patiënten liggen, nog geen reden is tot gebruik van maskers buiten de betrokken afdeling. Voor zorgmedewerkers is ook een protocol opgesteld. Het protocol zegt dat ze moeten overleggen als ze een bepaalde tijd klachten hebben; die klachten kunnen van geringe aard zijn. Dat kan dan leiden tot testen van de betreffende persoon. In afwachting van de testuitslag is het beleid, afhankelijk van de ernst van de klachten en of ze wel of geen koorts of algemene klachten hebben, om sowieso thuis te blijven of onder bepaalde omstandigheden nog door te werken met persoonlijke beschermingsmiddelen. Uiteraard is er op grond van de positieve of negatieve testuitslag een beleid om thuis te blijven of weer aan het werk te gaan. U ziet daaronder een aantal uitzonderingen uitgewerkt. Dit was het met betrekking tot het gebruik van mondneusmaskers.

Nogmaals, voor verpleeghuizen is het van belang dat we, als er één bewoner op een afdeling positief bevonden is, de hele afdeling dan beschouwen als een cohortafdeling voor covidpatiënten, omdat de kans groot is dat er meer personen positief zijn. Binnen die afdeling raden we het gebruik van mondneusmaskers aan, maar niet als de afdeling helemaal gescheiden is van andere afdelingen en op die afdelingen geen covidgevallen zijn.

Dan misschien heel kort het volgende. Er gebeurt natuurlijk meer dan alleen het zuiver medisch infectieziektegebeuren. We hebben andere regels met elkaar afgesproken waarvan we weten dat ze nog enige tijd zullen spelen. Dat betekent dat ook andere groepen dan alleen maar de

infectieziektenspecialisten zich met corona bezighouden en ze algemene adviezen geven ten aanzien van mentale gezondheid en bewegen. Ik wilde u in ieder geval met name op deze website wijzen, waar een heleboel van deze informatie terug te vinden is. Die is niet bedoeld om wie dan ook te betuttelen of om te weten wat je doen moet, maar het is een baken waarnaar je kan kijken als je daar vragen over hebt.

Ik ga afsluiten. Momenteel zitten we in de fase dat we over de piek heen lijken te zijn voor de ic, voor de ziekenhuisopnames en ook voor het aantal nieuwe meldingen. Dat is mooi, maar dat betekent bepaald niet dat we er vanaf zijn. We weten dat de ic-medewerkers op 200% hebben gewerkt, al maandenlang. Die moeten eerst terug naar normaal. Ze moeten ook de kans krijgen om te recupereren, om te herstellen. Die kans moeten we ze geven. De huidige suggesties van de schoolopening spelen natuurlijk pas over enkele weken. Ik heb u net laten zien dat de ic-capaciteit dan hopelijk op het niveau is dat door de ic-mensen als acceptabel wordt gezien. We moeten wel absoluut doorgaan met de rest van de punten. De belangrijkste ziet u hier nog een keer weergegeven. Handen wassen, handen wassen! Want dat is een belangrijke wijze van overdracht, met name als iemand nog weinig klachten heeft. Zo veel mogelijk thuis blijven. Zeker als je ziek bent en als de ziekte zich uitbreidt in de zin van koorts en benauwdheid, geldt dat voor het hele huishouden. Houd 1,5 meter afstand. Die hebben tenslotte hun nut bewezen in de afgelopen periode. Dat betekent dat we onder deze maatregelen ook willen proberen om ook weer zorgvuldig en voorzichtig af te schalen. Dat was mijn laatste dia. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank, zeg ik in de richting van de heer Van Dissel. Ik stel voor om over te gaan tot het stellen van vragen. Ik zou willen voorstellen om dezelfde werkwijze te hanteren. Dat betekent dat ik links van mij met de vragen begin. Ik geef graag als eerste het woord aan mevrouw Agema. Mevrouw Agema spreekt namens de fractie van de PVV. Gaat uw gang.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Voor de maatregelen hanteert u een aantal ankerpunten. Een tweede ankerpunt is het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving. Voor de verpleeghuizen is dat niet helemaal gelukt, nu blijkt dat op 1 april al in 900 van de 2.500 verpleeghuizen corona heerste. Wat mij nou zo steekt, is dat in ons land de meeste ouderen en gehandicapten thuis wonen. We blijven over die situatie slecht geïnformeerd. We kennen de situatie niet. We moeten zelf maar bij het CBS kijken of er een oversterfte is. Dat bleek drie weken geleden al zo te zijn: waar het RIVM 713 personen noemde, kwam het CBS op 1.450 extra personen. Mijn vraag is eigenlijk: hoe kun je komen tot conclusies, maatregelen en adviezen als je niets weet over de situatie thuis en als je niets weet over de situatie waarin de meeste kwetsbare mensen zich bevinden? De afgelopen weken zijn zorgmedewerkers, goeddeels onbeschermd, van huis naar huis naar huis gegaan. Wanneer leren wij iets over hoe ernstig de situatie thuis is?

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Van Dissel.

**De heer Van Dissel:**

Uw punt is terecht, wil ik u aangeven. Naarmate dit speelt, proberen we steeds meer grip en informatie te krijgen. Dat willen wij net zo goed als u. Wij realiseren ons natuurlijk ook dat je het best kan sturen als je goed zicht hebt, maar dat hebben we gewoon niet. U geeft een aantal zwakke punten in het huidige systeem aan. Dat wil ik volledig steunen. Die willen wij natuurlijk graag invullen, want ook wij hebben de behoefte die u voelt, om dat zo nauwkeurig mogelijk te doen. De meest directe informatie

kregen we tot nu toe van harde gegevens als ziekenhuisopnames en ic-opnames. Die zijn namelijk relatief eenvoudig meetbaar. Die hebben ons een heleboel informatie gegeven en volgens mij een goede indicatie gegeven van wat er gemiddeld genomen in de maatschappij gebeurt; die waren daar een goede afspiegeling van.

U verwijst er eigenlijk naar dat we meer in detail naar specifieke groepen zouden moeten kijken. Dat willen wij ook graag. De systemen die we hebben, zouden we graag beter maken, zodat we beter inzicht kunnen krijgen in de groepen die u noemt. Maar u kunt zich voorstellen dat het behoorlijk druk is en dat er domweg nog geen tijd is geweest om dat gaandeweg ook nog eens allemaal aan te passen. In de verpleeghuizen hebben we er natuurlijk steeds meer kijk op. Dat komt deels omdat we meer kunnen testen en deels omdat we aansluiting vinden bij het epd, het elektronisch patiëntendossier, in de verpleeghuizen. Buiten de verpleeghuizen ligt dat nog een stuk moeilijker. Maar de groepen die u noemt, worden momenteel natuurlijk wel meegenomen, maar niet apart benoemd in de totale groep. Dus het is een manco; dat geef ik toe. We zouden er graag over beschikken, maar we moeten momenteel roeien met de riemen die we hebben. Dat proberen we zo goed mogelijk te doen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik vroeg hoe je tot een conclusie en een advies kunt komen als je geen informatie hebt. Want dat is het tweede ankerpunt van de drie ankerpunten.

De **voorzitter**:

Aanvullend, de heer Van Dissel.

De heer **Van Dissel**:

Dat wil ik toch bestrijden. Ik heb u al aangegeven dat we steeds meer zicht krijgen op verpleeghuizen. We hebben bijvoorbeeld ook vaak zicht op overlijdensgevallen. Daar zit nog een bepaalde delay in van een aantal dagen, maar dat betekent niet dat het zicht ontbreekt. We hebben natuurlijk zeker zicht op de rest van de groep, omdat die in de ziekenhuizen wordt opgenomen en de ziekenhuizen bijdragen aan de zorg. We kunnen kijken naar het aandeel. U vindt een representatie van een deel van de problematiek die u benoemt in de grafieken die ik u in het begin toonde, waarbij je de cohorten zag die zijn gemeld, de cohorten die zijn opgenomen en de cohorten die zijn overleden. Het is dus niet zo dat we er geen kijk op hebben. Maar we zouden er wel beter kijk op willen hebben.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Ellemeet namens de fractie van GroenLinks. Gaat uw gang.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel. Dank weer voor uw heldere presentatie. Ik wil een vraag stellen over de verpleeghuizen en de mensen die werken in de verpleeghuizen. U hebt helder uiteengezet wat de richtlijn is voor het gebruik van beschermingsmateriaal. Maar dat neemt niet weg dat er alsnog heel veel onrust is bij veel medewerkers in verpleeghuizen. Dat zit 'm erin dat we nog steeds zien dat er nieuwe besmettingen ontstaan in verpleeghuizen, terwijl we wel het bezoek hebben stopgezet. Dan zou je tot de conclusie kunnen komen dat die besmettingen van buiten naar binnen zijn gebracht door de mensen die in de verpleeghuizen werken. Nu zegt een groot deel van hen: zouden we niet alsnog preventief mondklappers moeten dragen om te voorkomen dat we onze bewoners besmetten? Dat klinkt mij heel logisch in de oren als je bedenkt dat verder niemand anders die verpleeghuizen in komt. Kan de heer Van Dissel aangeven of dat zinnig is of niet? Zijn daar onderzoeken naar gedaan?

De heer **Van Dissel**:

Dit is natuurlijk – helaas, want dan waren we er al lang honderd procent achter – geen ja/nee-antwoord. U moet hier naar een aantal factoren kijken. Allereerst zagen we – dat heb ik u volgens mij vorige keer laten zien in een grafiek – kort na het instellen van de bezoekersregeling weer een afname van het aantal nieuwe verpleeghuizen dat besmettingen toonde. We zagen een duidelijke piek en daarna een afname. We zien helaas nog niet dat het binnen de verpleeghuizen zelf al afneemt. Daar is nog steeds sprake van verspreidingen. Dus dat is één. Er lijkt dus wel degelijk effect te zijn van de maatregel die nu genomen is, maar misschien is dat nog onvoldoende.

Dan de vraag over het gebruik van mond-keelmaskers. Er zijn een aantal dingen die we ons daarbij moeten realiseren. Allereerst is toch het meest belangrijke punt dat men de hygiënevoorschriften die gelden zo veel mogelijk in acht probeert te nemen, omdat we weten dat die werken. Het tweede is dat als men ziek is, men daar zo snel mogelijk over rapporteert en met de bedrijfsarts het testregime afspreekt. Dat kan. Dat zou een deel moeten voorkomen; dat kan niet anders. Vervolgens krijg je dan de vraag: moet je dan in een situatie dat iemand geen klachten heeft en dat er geen sprake is van COVID-19-infecties in dat gebied – want anders gebruiken ze mond-keelmaskers – het gebruik van mond-keelmaskers adviseren? Dan kom je wel in een situatie waarin je consistentie wilt met de situaties buiten verpleeghuizen. Hetzelfde geldt immers – dat zult u met mij eens zijn – in een ziekenhuis buiten de COVID-19-afdelingen. Moet dan de afdeling orthopedie mond-keelmaskers gaan gebruiken of moeten de medisch secretaresses die de receptie doen, ook allemaal mondkeelmaskers gaan gebruiken? Ik wil alleen maar benadrukken dat ik er natuurlijk sympathie voor heb om iedereen te willen beschermen. Het staat vast dat we moeten proberen om daarvoor zo goed mogelijk de juiste dingen te doen. Maar groepen moeten zich realiseren dat er veel meer groepen zullen zijn en zullen opkomen die in wezen in dezelfde situatie verkeren, waarbij we het nu niet doen en waarbij we natuurlijk lang niet altijd problemen zien. En we leren al gaande; ook dat is iets. Dat betekent dat we het beleid zo goed mogelijk proberen af te stemmen op de inzichten die we hebben en die we verzamelen. Opnieuw, gegevens uit bijvoorbeeld het Amphia Ziekenhuis hebben ons hier een heleboel over geleerd. Zij hebben hierin een strak beleid gevoerd, wat u nu terugvindt in het beleid voor de verpleeghuizen en zij hebben ook waargenomen of dat leidt tot besmettingen of niet.

Ik denk dus dat we momenteel op het standpunt staan dat ik u net schetste. We willen daar nog eens heel kritisch naar kijken. Het is zeker niet zo dat we daar niet voor in zijn. Daar proberen we dan wel een afwegingskader voor op te stellen, zodat alle andere groepen die in wezen in hele vergelijkbare situaties zijn, op basis daarvan kunnen zien hoe het dan voor hen zit. Momenteel vinden wij dit voor die verpleeghuizen, met reden: gebruik het binnen de afdeling waar patiënten zijn, maar niet daarbuiten.

De **voorzitter**:

Dank u wel.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

En wanneer komt dat afwegingskader?

De heer **Van Dissel**:

Dat wordt opgesteld door het OMT in samenspraak met de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Die zijn ermee bezig. We hopen dat tussen nu en over twee weken zeker afgerond te hebben, ja.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Diertens namens D66.

Mevrouw **Diertens** (D66):

De vraag die mevrouw Ellemeet stelde was eigenlijk het vervolg op onze vraag van vorige week. Dan blijkt ook wel dat blijkbaar nog steeds niet bekend is hoeveel mensen van buiten, zorgpersoneel, het virus mee naar binnen kunnen nemen. Dat is toch wel iets wat we ook heel erg belangrijk vinden. Ik zou aanvullend de vraag willen stellen hoeveel testcapaciteit genoeg is voor de hele bevolking.

De **voorzitter**:

De heer Van Dissel.

De heer **Van Dissel**:

Die testcapaciteit is in kaart gebracht, rekening houdend met de verschillende indicaties die het OMT ziet om die testen uit te voeren. Die zijn overigens dus al heel ruim voor verpleeghuisbewoners, voor personen die daar werken, maar ook voor andere personen in de zorg. Straks willen we het ook voor leraren mogelijk maken om volgens de regel die ik u net liet zien te testen. Die testcapaciteit hebben we. Die is in kaart gebracht door de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie. We weten dat we die belangrijk kunnen uitbreiden. Momenteel is het zo dat nog niet alle testcapaciteit gebruikt wordt. Dat komt natuurlijk ook omdat capaciteit in het laboratorium weer wat anders is dan de hele keten geregeld hebben, van testafname tot en met de uitslag. Soms kan er vertraging zitten in de afname, maar ook daaraan wordt gewerkt. U weet dat de GGD's afnamestraten hebben ingericht. Er wordt dus aan alle kanten gewerkt om zo goed mogelijk gebruik te kunnen maken van de testcapaciteit die inmiddels dus belangrijk is toegenomen. Ik weet het niet: wilt u getallen horen?

Mevrouw **Diertens** (D66):

Nou, ik wil eigenlijk wel een deadline horen. Wanneer, denkt u, zal het gerealiseerd kunnen zijn?

De heer **Van Dissel**:

Nou, ik gaf al aan: het is er al, maar er moet ook gebruik van worden gemaakt. Men moet zich realiseren dat dat kan. Er is momenteel dus de mogelijkheid om meer testen te doen dan er worden uitgevoerd.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Het woord is aan de heer Krol namens de fractie van 50PLUS.

De heer **Krol** (50PLUS):

Dank u, voorzitter. Ook ik dank aan de heer Van Dissel. Ik begrijp dat kinderen inderdaad minder besmettelijk zouden zijn. Maar ik maak me toch grote zorgen over kinderen van ouders uit risicogroepen. Je kunt daarbij denken aan ouderen, maar niet alleen aan ouderen. Je kunt ook denken aan mensen met een andere aandoening waardoor ze wellicht een groter risico lopen. Is daaraan gedacht? Ik vraag dat, zeker nu ik op uw website zie dat de leeftijdsgrens van 70 jaar ineens is verlaagd naar 65 jaar.

De heer **Van Dissel**:

U vroeg naar de risicogroepen en het indirecte risico daarvan. Daar is zeker aan gedacht. Ik denk dat u zich daarbij moet realiseren dat dit natuurlijk nu al speelt voor alle zorgmedewerkers, ongeacht wat we nu misschien doen met de scholen en ongeacht de eerdere situatie. Daar is naar gekeken en daarbij zijn geen problemen waargenomen. Dat betekent

dat we daar dus ook geen specifieke maatregelen treffen met betrekking tot de scholen. Voor de kinderen is daarnaar gekeken door de experts van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Die zien daar ook geen problematiek. Voor de leraren hebben we wel een specifieke mogelijkheid om te kijken of zij tot risicogroepen behoren. Dan kun je, zeker in de opstartfase en misschien nog in overleg met het bestuur, bijvoorbeeld wat andere werkzaamheden verrichten dan het voor de groep staan. We gaan het ook meten, dus we hopen daar ook gewoon helderheid over te krijgen. En dan zal op dat inzicht weer gehandeld moeten worden.

De heer **Krol** (50PLUS):

En hoe zit het met die verlaging van 70 jaar naar 65 jaar?

De heer **Van Dissel**:

Ik weet niet waar u die precies heeft gevonden. Ik ken alleen maar de grens van 70 jaar. Als er nu 65 jaar staat, dan heeft men wat gedaan zonder dat ik het weet.

De heer **Krol** (50PLUS):

O, dat moet niet gebeuren hoor; daar moet u voor zorgen.

De heer **Van Dissel**:

Dat gebeurt natuurlijk heel vaak, dus dat is ook helemaal niet erg. Maar ik ga het voor u opzoeken.

De heer **Krol** (50PLUS):

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Hijink stelt een vraag namens de fractie van de SP.

De heer **Hijink** (SP):

Dank, voorzitter. Ik heb een vraag over de voorwaarden die worden gesteld aan versoepeling van maatregelen. Een van die voorwaarden is dat er een mogelijkheid is om bron- en contactonderzoek te doen, met name door de GGD. Nou viel mij het volgende op. De GGD heeft op heel veel plekken nu de capaciteit niet om dat te doen. De GGD, de directeur publieke gezondheid van de landelijke GGD, heeft gezegd: wij kunnen duizenden extra mensen inzetten, maar we hebben de opdracht daartoe nog niet gekregen. Ik vond het opvallend dat hij dat zo zei. Ik vraag me af of u kunt uitleggen waarom dit nog geen onderdeel is geweest van de strategie tot nu toe. Heeft dat iets te maken met de ontwikkeling van die app die nog niet zo hard opschiet, of is er een andere reden waarom er niet massief extra mensen worden ingezet bij de GGD om te helpen bij dit type onderzoek?

De heer **Van Dissel**:

In alle eerlijkheid: ik weet niet of dit een vraag voor mij is. Ik kan u natuurlijk wel zeggen dat wij voorstander zijn van contactonderzoek. U vertelt mij dat daar blijkbaar nog veel mogelijkheden toe zijn. Ik zal collega De Gouw, als ik hier klaar ben, gaan bellen om te zien hoe we dat dan zo snel mogelijk kunnen mobiliseren. Wij zijn voor contactonderzoek omdat dat de bestrijding natuurlijk bespoedigt. Naarmate we daar eerder en intensiever naar kunnen teruggaan in gebieden waar het nu nog te druk is, helpt dat bij het beheersen van de uitbraak, en dus ook bij het potentieel kunnen verlichten van maatregelen die daar ook op gericht zijn maar die als het ware een grovere korrel hebben. Dat helpt allemaal. Het feit dat wij contactonderzoek willen doen, staat dus bovenaan. Daar moeten mogelijkheden voor zijn. Als de GGD aangeeft dat die mogelijk-



heden er weer zijn, dan zullen we vanuit het RIVM natuurlijk het advies geven om daar gebruik van te maken.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Tegen de heer Hijink zeg ik dat het beleidsdeel echt onderdeel is van het debat.

**De heer Hijink (SP):**

Dat begrijp ik. De reden dat ik de vraag aan de heer Van Dissel stel, is dat natuurlijk vanuit het Outbreak Management Team adviezen worden gegeven aan de regering. Ik vraag me dan af waarom er in de afgelopen weken niet geadviseerd is in het OMT om op te schalen bij de GGD's. Men zegt bij de GGD's zelf: wij kunnen duizenden mensen inzetten. Waarom is er dan niet geadviseerd om dat zo snel mogelijk te gaan doen?

**De heer Van Dissel:**

Daar heeft u een goed punt, hoor. Zeker naar aanleiding van de informatie die u hier geeft, denk ik dat we daarnaar moeten kijken. Tot nu toe was gewoon helder dat het te druk was om dat allemaal op te pakken. Bij contactopsporing speelt natuurlijk sowieso dat je maar een hele korte periode hebt om dat te doen voordat je in een volgende cyclus bent. Op zich is het advies om naar andere mogelijkheden te kijken om het sneller te doen, nog even los van hoe dat dan wordt gedaan. Als er weer meer capaciteit bij de GGD is, moet er opnieuw gekeken worden of we dat kunnen inzetten.

**De voorzitter:**

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

**De heer Asscher (PvdA):**

Aanvullend op dat punt. Ik heb het al eerder aan de orde gesteld: tussen wat wenselijk is en wat mogelijk is, ontstaat vaak verwarring en dat geldt ook voor dit onderwerp. Duitsland, België, delen van Canada en de Verenigde Staten hebben al eerder opdracht gegeven de capaciteit te vergroten. Ongetwijfeld heeft de GGD die capaciteit nu niet, maar we weten dat als er een exit komt, je in staat moet zijn om heel snel gevallen van besmetting op te sporen en mensen te isoleren. Dat leidt tot de vraag waarom ons beleid dan afwijkt van dat van Duitsland en België. Het is geen nieuwe informatie. De GGD-capaciteit zal net als de ic-capaciteit moeten worden opgeschaald en dat zal moeten met externe mensen.

**De heer Van Dissel:**

U vraagt waarom ons beleid achterblijft. Over beleid ga ik niet, wij geven adviezen. Een advies zou zijn om per situatie na te gaan wat een goed testbeleid is. Laten we niet vergeten dat we twee weken geleden hier een hele andere discussie hadden. We beginnen nu wat ruimte te krijgen. Ik denk dat het nu ook zaak wordt om te zien of we op dit moment nog de goede dingen doen of dat we daaraan verandering moeten geven, zodat we misschien andere maatregelen eerder kunnen versoepelen, want dat is eigenlijk waar je naartoe wil. We hebben nu een aantal maatregelen – u ziet ze hier geprojecteerd – die eigenlijk hele algemene maatregelen zijn. Op den duur wil je terug naar zo specifiek mogelijk, zodat een groot deel van de maatschappij niet meer wordt beperkt. We schatten overigens in dat dat nog wel enige tijd kan duren, omdat je heel gevoelig bent voor introducties. Kijk maar naar de situatie in Singapore, waar men het helemaal onder controle leek te hebben, maar waar de situatie nu helemaal ontspoord is. Maar dat je per situatie kijkt wat er moet gebeuren, daarover ben ik het helemaal met u eens. Dat zullen we ook doen. Voor de duidelijkheid: we kijken ook naar wat er in het buitenland gebeurt. Heeft het veel effect of een curve veel anders verloopt dan onze curve in

Nederland? Dat soort vergelijkingen maken wij natuurlijk ook om het beste eruit te pikken. Het is dus niet dat we het niet willen. Ik denk wel dat we ons moeten realiseren dat we nog maar net een klein weekje over de piek heen lijken te zijn en dat de ic's überhaupt nog tot rust moeten komen. Die tijd moeten we ze ook gunnen voordat we hele andere dingen gaan doen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Dik-Faber namens de ChristenUnie.

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

Dank aan de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Ik heb een vraag over het onderwijs. Stapsgewijs worden de maatregelen daar nu opgeheven. Ik denk dat dat goed is. Er komen op dit moment veel vragen bij ons binnen, bijvoorbeeld van oudere juffen en meesters die hun kleinkinderen niet meer zien, maar wel voor de klas moeten gaan staan. Er zijn leerkrachten die zelf gezond zijn, maar wel heel kwetsbare personen in hun gezin hebben en dus eigenlijk liever niet aan het werk gaan. Er zijn kinderen die uit gezinnen met kwetsbare gezinsleden komen. Ik heb gelezen dat de testcapaciteit wordt uitgebreid voor leerkrachten. Dat is goed, maar dan ben je dus al ziek. Volstaat dat? Is er veel meer maatwerk nodig? Waar kunnen leerkrachten terecht, waar kunnen kinderen terecht als ze twijfelen of ze wel naar school kunnen gaan?

**De heer Van Dissel:**

Een heleboel vragen. Ik begin met de leraren. De leraren kunnen als ze willen overleggen met betrekking tot de vraag of ze tot een kwetsbare specifieke groep behoren, in overleg treden met de bedrijfsarts of het schoolbestuur. Misschien moet er voor hen een andere mogelijkheid worden gezocht om weer op te starten. Dat hoeft natuurlijk niet altijd voor de groep te zijn. Op grond van de ervaringen tot nu toe, en dat zijn toch duizenden personen, hebben we een beeld gekregen van de kwetsbare groepen. Die kwetsbare groepen zijn gedefinieerd. Ik denk dat het van belang is dat we ons daaraan houden. Dat is ook waar het zorgpersoneel, dat 24 uur per dag te maken heeft met covidpatiënten, maar dan bevestigde covidpatiënten, aan gespiegeld heeft. Dat blijkt te werken. Ik denk dus dat we met elkaar regels hebben opgesteld die de groepen identificeren waar we speciale zorgen voor moeten hebben. Wat de groep betreft waarvoor dat in z'n algemeenheid niet geldt, kan ik mij heel goed voorstellen dat men na de afgelopen periode natuurlijk zorgen heeft. Dat is ook heel begrijpelijk. Tegelijkertijd moeten we natuurlijk ook weer aan de slag, want de huidige situatie geeft ook gezondheidsschade aan kinderen en aan de maatschappij. Ik denk dus dat de regels die we hebben opgesteld met betrekking tot zorgvuldigheid, zowel om bij onzekerheid snel te kunnen testen als om de groepen te identificeren die echt de meeste risico's lopen en om die meteen andere mogelijkheden te bieden, de gang zijn die nu gegaan moet worden. Dat is wat het advies heeft behelst.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Veldman namens de fractie van de VVD. Gaat uw gang.

**De heer Veldman** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de heer Van Dissel voor opnieuw een heldere presentatie. Hij heeft daarbij laten zien dat er positieve signalen zijn met betrekking tot de besmettelijkheid van kinderen. Dat zal ongetwijfeld de input zijn geweest voor het advies van het OMT om te stellen dat de basisscholen en ook de kinderopvang weer open kunnen. Ik zie dat in Duitsland vergelijkbare keuzes worden gemaakt, maar net iets

anders. Ook daar gaan de scholen weer open, net als hier in Nederland onder een aantal condities. Maar met name voor de jongste kinderen blijft het advies daar om hen toch nog thuis te houden, omdat met name voor de jongste kinderen de 1,5 meter afstand natuurlijk een niet tot nauwelijks uitvoerbare maatregel is. Kan de heer Van Dissel reflecteren op dat verschil tussen Nederland en Duitsland, juist gezien het feit dat in Duitsland veel meer eigen data beschikbaar zijn omdat daar substantieel meer getest is? En brengt de keuze die we op basis van het advies van het OMT in Nederland maken, niet ook het risico met zich mee dat mensen denken: als mijn kind weer naar het kinderdagverblijf kan, is het dus eigenlijk veilig; dan kan mijn kind dus ook weer op bezoek bij opa en oma? Wat is dan het advies: kan dat nou wel of kan dat nou niet?

**De heer Van Dissel:**

Om met dat laatste te beginnen: het antwoord is nee. Ik denk dat de regels op dat punt gewoon gelijk blijven. Wat die 1,5 meter afstand en het risico voor kinderen betreft: in huishoudens wordt die afstand natuurlijk ook niet gehandhaafd. We hebben de huishoudens in verschillende onderzoeken nauwkeurig onderzocht. We zien daarbij niet dat er meer besmettingen zijn onder kinderen. Sterker nog, we vinden in huishoudens met minder kinderen ook minder besmetting onder de kinderen.

Het tweede wat ik wil noemen, is dat het natuurlijk een aparte wetenschap blijft om alle interventies van alle landen op een rij te zetten en vervolgens te duiden hoe het nou komt dat het ene land dit en het andere land dat doet. Ik denk dat wij ons in dezen ook een beetje spiegelen aan de Scandinavische landen. We zien dat met name Denemarken een gelijksoortig beleid heeft gevoerd en ook een gelijksoortige verandering in de  $R_0$ -waarde ziet. Ook daar worden maatregelen met betrekking tot kinderen losgelaten, eigenlijk al vanaf deze week. Hetzelfde geldt voor Noorwegen. Zweden heeft weer een andere koers getrokken. De essentie is dus dat we van voortschrijdend inzicht uit alle landen willen leren. Volgens mij hebben we dat ook zo benoemd, ook in de OMT-brief. We krijgen nog een boel informatie over de eerste weken terug voordat bij ons de scholen opengaan. In de Scandinavische landen is dat immers deze week al begonnen. Daar wordt natuurlijk dezelfde intensieve monitoring op gezet als de monitoring die we in Nederland willen doen. Want voor de duidelijkheid: er is natuurlijk weinig met zekerheid bekend over dit virus. Een heleboel voorspellingen die gemaakt zijn door vele personen – voor de duidelijkheid: ook door ons – blijken later toch minder de werkelijkheid te worden, behalve dat de maatregelen uiteindelijk gelukkig leiden tot het effect dat het afneemt. Ik denk dus dat we ook gebruik willen maken van de mogelijkheid om te leren van wat in andere landen gebeurt. Die mogelijkheid hebben we. Dan wordt het uiteindelijk toch tevens een afweging of je een keuze moet maken tussen de situatie in Duitsland, waarin de heel jonge kinderen nog niet gaan, en de situatie in de Scandinavische landen, waar dat wel zo is. In ieder geval de informatie die wij daarover gelezen hebben in de Duitse rapportage, ook in de rapportage van de Duitse academie van wetenschappen, die daar een advies over heeft uitgebracht, vonden we onvoldoende om in Nederland te doen besluiten om het anders te doen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Azarkan namens de fractie van DENK.

**De heer Azarkan (DENK):**

Dank, voorzitter. Ik dank de heer Van Dissel voor zijn uitgebreide presentatie. Kan de heer Van Dissel aangeven vanuit gezondheidsoptiek waarom het is afgebakend tot de basisscholen en niet tot de leeftijd van 18 of 20 jaar?

De **voorzitter**:  
De heer Van Dissel.

De heer **Van Dissel**:

Ook daar geldt een beetje dat je zorgvuldig wilt zijn, dat je integere keuzes wilt maken, dat je het wilt kunnen uitleggen. Je wilt niet ineens alles doen, met ook het risico dat als er toch problemen ontstaan, je echt te veel problemen veroorzaakt. Een belangrijk verschil tussen basisscholen en scholen voor voortgezet onderwijs – ik denk namelijk dat u daarnaar verwijst – is erin gelegen dat basisscholen vooral lokaal invloed hebben, wat logisch is omdat men meestal op school zit in een gemeente, terwijl we weten van het voortgezet onderwijs, waar soms ook speciale vormen van onderwijs onder vallen, dat dat supraregionaal is. Uit modelleringen die zijn gedaan op verspreiding van infectieziekten in Nederland in relatie tot het netwerk van basisscholen en scholen voor voortgezet onderwijs, blijkt dat er een totaal ander beeld ontstaat als die scholen toch een hub, een intermediair vormen voor de overdracht van het virus. Bij de basisscholen is het effect op de totale infectiedruk die zou kunnen ontstaan, veel beperkter dan bij de scholen voor voortgezet onderwijs. Dat was een belangrijke reden om niet met deze laatste scholen te beginnen, maar wel al de aankondiging te doen dat als het op de basisscholen allemaal goed gaat, men zich erop moet voorbereiden dat het binnenkort wel gaat gebeuren. Maar het gaat om de afweging van de potentiële effecten van een situatie waarin er toch meer verspreiding zou optreden. De cesuur tussen basisscholen en het voortgezet onderwijs is daarin belangrijk.

De **voorzitter**:

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

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

Dank u wel, voorzitter. Ik dank de heer Van Dissel weer voor zijn presentatie. Op pagina 11 van de brief die we vanmorgen hebben ontvangen, staat dat we volgende week informatie krijgen over het gebruik van kapjes buiten de zorg. Meneer Van Dissel heeft net uitleg gegeven over de verpleeghuizen en het belang van testen. Wij krijgen heel veel vragen over mantelzorg, thuiszorg, gehandicapteninstellingen en chronisch zieken. De testcapaciteit zou 17.000 worden – daar wordt al weken over gesproken – en zelfs richting de 30.000 gaan. Maar die blijft maar op die ongeveer 7.000 hangen. Ik zie dus telkens dat we eigenlijk niet de middelen hebben om de maatregelen die zijn voorgesteld, uit te voeren.

De **voorzitter**:

En uw vraag is of de heer Van Dissel daarop wil reageren.

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

Zeker, ook nog wetend dat het onderwijs en de sportbegeleiders daar nu ook nog bij komen.

De **voorzitter**:

De heer Van Dissel.

De heer **Van Dissel**:

Wat betreft het testen heb ik u, dacht ik, in antwoord op een ander Kamerlid al verteld dat die mogelijkheid er is. We hebben het idee dat de capaciteit die er is, nog niet volledig benut is. Dat in antwoord op uw vraag. Bovendien hebben we, zoals u zelf al aangeeft, nog opties om het nog verder uit te breiden, omdat men via een aantal laboratoria, niet de klassieke laboratoria maar medisch-microbiologische laboratoria, monsters zou kunnen ontvangen. Ik denk dus niet dat de mogelijkheid tot

testen nu de limiterende factor is. We moeten dus kijken wat die factor dan wel is. Die was er initieel zeker in de hele testketen: dat iemand langskomt, dat bij hem een swap wordt afgenomen en dat dat dan wordt opgestuurd. De GGD's hebben daar hard aan gewerkt. Ze hebben daarvoor van die afnamestraten, zoals dat tegenwoordig heet, ingericht. Het gaat volgens mij vooral om bekendheid met wat er mogelijk is en daar dan van gebruikmaken. We moeten dus niet zozeer de laboratoria aanzetten tot het leveren van meer capaciteit, want die lijkt er wel te zijn. De hele keten moet ervan doordrongen worden dat het kan en daar dan ook gebruik van maken. Uw boodschap is duidelijk: maak dat nog een keer extra helder. Wat ik aangaf is, denk ik wel, hoe de situatie nu is. U verwees even naar het gebruik van mondkapjes buiten de zorg. Dat was, dacht ik, uw ...

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

Met name omdat we daar volgende week informatie over krijgen. U heeft net toelichting gegeven over de verpleeghuizen. Maar wij krijgen nog heel veel mailtjes over mantelzorgers, thuiszorgers, gehandicapteninstellingen en chronisch zieken, die allemaal nog geen mondkapjes hebben.

De **voorzitter**:

De heer Van Dissel.

De heer **Van Dissel**:

Wat ik daarover nu kan zeggen, is dat we werken aan de juiste afwegingen die je moet maken: is er wel of niet een indicatie voor een mondkapje? Ik heb u hopelijk uitgelegd hoe ingewikkeld dat al ligt; als een bepaalde groep daarvan gebruikmaakt, worden andere groepen die in gelijke situaties zonder mondkapjes zitten misschien onrustig. Ik denk dat we daar echt zorgvuldig naar moeten kijken voordat daarop al te algemeen wordt gereageerd. Daar werken we aan; dat is wat ik u in ieder geval kan toezeggen. Zoals ik net al heb aangegeven, hopen we dat binnen de komende twee weken helder te hebben en daarover uiteraard met een advies naar buiten komen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Van der Staaij namens de fractie van de SGP. Gaat uw gang.

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

Dank aan de heer Van Dissel voor de heldere presentatie. Mijn vraag gaat over het feit dat in het advies van het Outbreak Management Team ook gereageerd wordt op specifieke vragen vanuit verschillende ministeries en sectoren. Mijn vraag is: kunnen we er ook op rekenen dat het OMT zelfstandig de maatregelen doorlicht en kijkt welke volgorde bij de versoepelingen nodig is, zodat het antwoord op de vraag wie het eerst voor versoepeling in aanmerking komt niet afhankelijk is van de maatschappelijke druk op bepaalde sectoren?

De **voorzitter**:

De heer Van Dissel.

De heer **Van Dissel**:

Uiteraard heeft u die verzekering; daar zijn we rebels genoeg voor. Maar ik denk dat de essentie om het nu toch zo te doen, juist is dat we ons realiseren dat de vragen veel algemener worden en dat ook maatschappelijke, sociale en financieel-economische consequenties gaan meespelen. Het OMT bestaat uit infectieziekten-specialisten. Wij hebben niet de pretentie dat we daar allemaal een weg in weten. Ons verzoek is dus juist om ons zo specifiek mogelijke vragen te stellen, vragen waarover u het

besluit heeft genomen dat die momenteel van belang zijn voor het beleid. En dan kunnen wij aangeven wat de gevolgen zijn voor de bestrijding van de infectieziekte. Voor de duidelijkheid: dat staat nog los van het feit dat we ook ongevraagd adviseren. Er zit denk ik dus een goede logica in om die vragen nu juist meer toe te spitsen, maar uw algemene punt is natuurlijk terecht. U kunt ervan verzekerd zijn dat we dat tegelijkertijd op de achtergrond gewoon blijven doen. Zien we mogelijkheden die bijvoorbeeld nog niet naar voren komen uit de specifieke vragen, dan zullen we daar zeker een voorzet voor geven.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan de heer Wassenberg namens de Partij voor de Dieren. Gaat uw gang.

**De heer Wassenberg (PvdD):**

Dank, voorzitter. Ik heb een vraag aan de heer Van Dissel over de opening van de scholen. Ik zou het heel fijn vinden als ik die zou kunnen stellen aan de hand van pagina 19 van zijn presentatie. Kan ik die even in beeld krijgen? Het gaat over de leeftijdsopbouw bij de coronabesmetting. Je ziet inderdaad dat jongeren niet heel besmettelijk zijn. Kijk je naar de infecties, dan zie je dat die tot 18 jaar 0,74% van het totaal zijn. Maar als je dat even uitsplitst en de leeftijd pakt van 0 tot 12/13 jaar – dat betreft dus de kinderopvang en de lagere school – dan zie je ongeveer de helft van het aantal gevallen. Dan zit je dus ongeveer op 0,35%. Maar daarna, boven de 15/16 jaar, loopt het snel op. Dit gaat tot en met 18. Ik kan me zomaar voorstellen dat het bij 19/20 jaar nog een stuk hoger is. Kinderen zelf zijn hiervoor niet heel erg gevoelig en lopen geen groot gevaar. Dat snap ik, maar aan de andere kant kun je COVID-19 ook overdragen als je zelf geen ziekteverschijnselen vertoont. Kan de heer Van Dissel bijvoorbeeld de docenten die nu kijken geruststellen door te zeggen dat zij geen gevaar lopen? En dan doel ik niet alleen op docenten van kinderen in de leeftijd tot en met 12/13 jaar. De basisscholen gaan over een paar weken open, maar daarna volgen misschien de scholen voor voortgezet onderwijs. De kinderen daar zijn van een leeftijd waarop ze wel degelijk COVID-19 kunnen krijgen en overdragen. Dus, kan de heer Van Dissel de docenten geruststellen?

**De voorzitter:**

De heer Van Dissel.

**De heer Van Dissel:**

COVID-19 kan je overall oplopen. Laten we daarmee beginnen. Want anders hadden we geen uitbraak. We kunnen dat met de maatregelen omlaag brengen. De vraag is dus: vormen scholen eventueel een onverantwoorde bron van blootstelling – ik denk dat u daar ook naar verwijst – voor degenen die op de school werken en de kinderen die op de school aanwezig zijn? U geeft terecht aan dat tot 12 jaar het aantal gevallen van COVID-19 dat we hebben waargenomen buitengewoon klein is. Dat kan natuurlijk een heleboel redenen hebben, maar het aantal bevestigde gevallen is buitengewoon laag. Daarna neemt het toe. Daar heeft u natuurlijk gelijk in. Dat is helder. Maar als je de hele grafiek bekijkt, zie je dat pas daarna een geweldige stijging plaatsvindt. Ik denk dat hierbij een aantal belangrijke punten zijn op te merken. Allereerst is het veel minder makkelijk om de anderhalvemeter routine bij 0 tot 12 jaar uit te voeren dan bij kinderen die het begrijpen. Dat zijn natuurlijk toch de leeftijdsgroepen waar u naar verwijst, waar het aantal besmette gevallen wat toeneemt ten opzichte van de groep onder de 12 jaar. Dat is mede natuurlijk een soort ondersteuning om eerst in de basisscholen te beginnen, omdat daar de klachten mild zijn en de

infectiedruk heel laag lijkt te zijn, met wat we tot nu hebben waargenomen.

Voor het voortgezet onderwijs geldt natuurlijk nadrukkelijk die anderhalvemeterregel. Dan geldt ook dat je niet naar school komt als je ziek bent. Dan geldt ook dat je strikte hygiëne betracht. Die groep kunnen we natuurlijk veel beter instrueren dan de groep onder 12 jaar, met betrekking tot wat men zelf kan bijdragen. Want daar komt het uiteindelijk op neer. We moeten het met z'n allen zelf doen, om te zorgen dat er geen besmettingen plaatsvinden die je kan voorkomen. Ik denk dat dat een belangrijk verschil is. Natuurlijk neemt de curve wat toe. Maar u ziet ook aan de bovenste curve – we hebben er maar een klein stukje uitgelicht – dat daarna pas de echte stap komt.

We weten tegelijkertijd dat de afstand van 1,5 meter, thuisblijven bij ziek zijn, iets wat bij de schoolopening natuurlijk ook voor alle kinderen geldt, goed handen wassen en hygiëne betrachten essentiële punten zijn, die we blijkbaar goed gedaan hebben, waardoor de uitbraak nu lijkt af te vlakken. Natuurlijk, ik deel deels uw zorg, maar tegelijkertijd wil ik vaststellen dat de groep waarover we het hebben, veel beter begrijpt wat er speelt. Bovendien kan die de 1,5 meter handhaven. Daar moeten de scholen zich dus op voorbereiden.

**De voorzitter:**

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

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

De maatregelen zijn nu per land genomen en zijn allemaal heel erg verschillend. Wij hebben in Nederland heel generieke maatregelen genomen, voor heel Nederland, maar uit uw presentatie blijkt dat de situatie per provincie wel heel erg verschillend is. Ziet u het als een optie om de maatregelen per provincie te differentiëren, of ziet u daar problemen bij?

**De voorzitter:**

De heer Van Dissel.

De heer **Van Dissel**:

Dat is natuurlijk een terechte vraag, die wij uitvoerig bediscussieerd hebben. Moet je eerst iets doen in het noorden van het land, omdat daar nog heel weinig infectiedruk lijkt te zijn? Moet je het juist in het zuiden doen, omdat je dan misschien een worst possible case tegemoet treedt? Uiteindelijk was toch de opvatting dat we dat moeten verlaten, dat het heel moeilijk is om een gemiddeld stuk Nederland te vinden waarbij je alles dekt. Wat natuurlijk met name speelt, is het communicatieprobleem dat je krijgt als je het heel erg regionaal maakt en koppelt aan het optreden van infecties. We moeten reëel zijn. Als je inzoomt op een gebied waar de druk gemiddeld hoog is, vind je ook pockets met nog veel meer activiteit, weinig activiteit of misschien zelfs nauwelijks activiteit. Dan kom je voor het probleem te staan welke vergroting je dan eigenlijk wilt gebruiken.

Ik denk dat het eerlijke antwoord is dat we het hebben overwogen, maar dat we te veel problemen zien, met name met betrekking tot de consistentie van de boodschap. Dat is overigens ook wat we nadrukkelijk terug kregen vanuit de veiligheidsregio's, dus de burgemeesters die daar voorzitter van zijn. Die zijn er ook bepaald geen voorstander van om het zo ingewikkeld te maken dat alle gebieden bij wijze van spreken een specifiek advies krijgen. Als je van de ene regio naar de andere gaat, omdat je werk of je school in een andere regio is, zou je daar voordeel van kunnen hebben. Dat is de reden om het uiteindelijk toch voor heel Nederland te doen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Baudet namens Forum voor Democratie. Gaat uw gang.

**De heer Baudet (FvD):**

Wat ik niet begrijp, is waarom een kapper die alles goed ontsmet, niet gewoon met handschoenen aan en een mondkapje op zijn of haar werk kan doen, in de context van wat we nu aan maatregelen hebben. Of denk aan restaurants. Heel veel restaurants doen nu aan afhalen. Als die voldoende zitruimte hebben, waarom zou je dan niet op de plek waar het eten wordt afgehaald, kunnen gaan zitten als ook daar alles is ontsmet en als mensen afstand houden tot anderen met wie ze niet een huishouden delen? Je kunt toch veel meer aan maatwerk doen? Zo zijn er meer sectoren. Het tennisveld is ook al genoemd. Daar hebben mensen meer dan 1,5 meter afstand. Waarom niet veel meer maatwerk? Kunt u daar uw visie op geven?

**De voorzitter:**

De heer Van Dissel.

**De heer Van Dissel:**

Daar zal het ongetwijfeld naartoe gaan. De vraag is alleen het tijdpad. We zitten nu in een situatie waarin we gelukkig zien dat de druk op de ic's afneemt, maar je ziet ook dat de totale capaciteit van de ic's nog steeds ver boven de capaciteit ligt van voor covid. De ic-groepen, die verpleegkundigen en artsen hebben shifts van veertien uur gedaan om dit allemaal mogelijk te maken. Die moeten de tijd krijgen om te herstellen. We moeten zorgen dat de totale ic-bezetting teruggaat tot een acceptabel niveau dat ook alle non-covidzorg mogelijk maakt die nu moet wachten; die hoopt zich op en moet weer worden ingehaald. Dus we zitten eigenlijk nu net in een fase waarin we wat verlichting zien en we mogelijkheden gaan zien om dingen los te laten, om dingen weer open te zetten. Dus waar je voor kiest, is dan toch een gefaseerd loslaten, ook omdat je de effecten wil zien van wat je doet. We kiezen voor de scholen omdat we weten wat de impact is van het sluiten van de scholen. We kiezen voor sporten omdat we weten wat de impact is als men dat niet meer kan doen. Al naargelang de maatregelen en hun maatschappelijke impact – daar moeten we ook meer over leren de komende tijd – moet er een volgordelijkheid, een prioritering komen van wat je loslaat. U noemt het voorbeeld van de kapper. Dat is natuurlijk een contactberoep. Dat is een belangrijk voorbeeld. Als we kappers nu zouden adviseren mondkapjes te gebruiken, dan is er een heel scala aan vergelijkbare beroepen maar ook vergelijkbare situaties die dan ook meteen voor mondkapjes in aanmerking zouden komen. Dat wil helemaal niet zeggen dat we daar op voorhand tegen zijn, maar we willen wel de consequenties in beeld hebben en daar een gedegen afwegingskader voor maken. Dat is waar ik al eerder naar verwees. Daar zijn we momenteel mee bezig en dat hopen we snel gereed te hebben. Dan zullen we natuurlijk meteen kijken of dat voor beroepen anders dan tandartsen en dergelijke, opening mogelijk maakt.

**De heer Baudet (FvD):**

Ik hoor een heel kleine hoopvolle boodschap dat het wat u betreft nog ruim voor 20 mei zou kunnen. U zei namelijk: zo snel mogelijk.

**De voorzitter:**

De heer Van Dissel.



De heer **Van Dissel**:

Dan wil ik wel even mijn rol in het geheel weergeven. De rol van het OMT en van mij is om adviezen uiteindelijk te doen uitgaan. De besluitvorming ligt natuurlijk bij anderen. Voor de duidelijkheid: als wij vanuit het OMT mogelijkheden zien om dingen te verlichten en eigenlijk geen reden meer zien om het niet te doen – dat is eigenlijk waar u naar verwijst – dan zullen we, zoals ik net al aangaf, een ongevraagd advies geven dat misschien nu al kan. Dan is het natuurlijk verder aan de beleidsmakers om dat al of niet over te nemen. We realiseren ons dat er een aantal mogelijke beroepen zijn die heel graag willen starten. Men is ook bezig met allerlei protocollen. Ik denk dat dat heel positief is, ook al gaat het dan niet om de beoordeling van de protocollen maar gewoon om de eindpunten, zoals de 1,5 meter en handen wassen en of je dat dan kan realiseren in een wachtruimte. Wij willen in ieder geval gedegen kijken naar de toepassing van de mondkapjes. Wanneer, wat, in welke situaties en wat zijn de consequenties voor andere beroepen? Dan zouden daar logischerwijze een aantal adviezen uit kunnen volgen die misschien eerder in de tijd zijn dan andere.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Van Kooten-Arissen.

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

Het Outbreak Management Team adviseert het kabinet over de te nemen maatregelen rondom het virus. Kan de heer Van Dissel aangeven of sinds de eerste bijeenkomst van het OMT – die was op 24 januari – en het advies dat daaruit volgde, het RIVM ook afzonderlijk, dus buiten het OMT om, de regering geadviseerd heeft over maatregelen en te voeren beleid?

De heer **Van Dissel**:

Nee. Daar zou ook nauwelijks tijd voor zijn, want het OMT komt elke week bij elkaar. De frequentie van de bijeenkomsten van het OMT is al zo opgevoerd dat ik niet ... U moet rekenen: er is een advies; dat moet worden opgeschreven; dat gaat naar het bestuurlijk afstemmingsoverleg; dan komen de andere afwegingen; en dan ben je alweer toe aan het volgende OMT. Er is dus niet eens een mogelijkheid om dat tussendoor te doen, maar dat is ook niet gebeurd. Alle vragen die beantwoord moeten worden met betrekking tot de uitbraak hangen we aan het OMT, zeker nu we een goede systematiek hebben met betrekking tot de vraagarticulatie, met andere woorden: hoe komen de vragen exact tot ons? De uitwerking in de week daarop is helemaal op het OMT gebaseerd.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde van deze technische briefing gekomen. Dat wil zeggen dat ik de heer Van Dissel wederom hartelijk dankzeg voor zijn presentatie en het beantwoorden van de vragen. Ik realiseer me dat ik u aan het begin niet heb voorgesteld als directeur Infectieziektebestrijding van het RIVM, dus dat doe ik nu nog even. Ik dank de Kamerleden voor hun aanwezigheid en inbreng. Ik dank de mensen die thuis of op een andere plaats hebben meegekeken voor hun belangstelling. Ik zeg u dat het plenaire debat om 15.30 uur zal aanvangen. Dat zal via de gebruikelijke kanalen te volgen zijn. Mag ik tot slot de mensen die ons ondersteunen, hier in deze zaal en achter de schermen, hartelijk dankzeggen voor hun ondersteuning?

Sluiting 14.02 uur.