

Vergaderjaar 2019–2020

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 352

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 20 mei 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 7 mei 2020 gesprekken gevoerd over **update coronavirus**.

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Lodders
Griffier: Bakker

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

alsmede de heer Van Dissel.

Aanvang 9.30 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen. Hartelijk welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is een technische briefing over de ontwikkeling van het coronavirus. Daarvoor hebben wij vandaag één gast in ons midden, de heer Jaap van Dissel. De heer Van Dissel is directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. Hartelijk welkom. Ook een hartelijk welkom aan de Kamerleden en uiteraard een hartelijk welkom aan de mensen die deze briefing thuis of ergens anders volgen. Zeer welkom.

Ik stel voor om de heer Van Dissel zo dadelijk het woord te geven voor zijn presentatie. De presentatie is te vinden op de website van de Tweede Kamer. Dan kunt u meelesen. De heer Van Dissel heeft aangegeven dat hij een iets langere tijd nodig heeft voor zijn presentatie. Die tijd is er ook. Daarna geef ik graag de gelegenheid aan de Kamerleden om een vraag te stellen. Omdat we één gast hebben, stel ik voor dat u gelijk twee vragen stelt, dus een vraag, een antwoord en een vervolgvraag. Dan maken we op die manier de ronde. Dan heb ik voor nu de huishoudelijke mededelingen gehad, want ik zie geen andere leden in deze commissie. Dat betekent dat ik graag het woord geef aan de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Gaat uw gang.

De heer Van Dissel:

Dank u wel. Ik wil u weer updaten over de ontwikkelingen in Nederland met betrekking tot het coronavirus en COVID-19-infecties. Ik begin weer even met het overzicht. Symptomen zoals griep en complicaties, vooral wat de longen betreft, een shocklong. Inmiddels wordt er ook steeds meer bekend over de rol van trombotische processen, dus stolling van het bloed. Deze lijken er een specifieke rol bij te spelen. Dit wordt allemaal veroorzaakt door het nieuwe coronavirus, dat zich vooral verspreidt via druppel- en contactinfectie. Met name op de ic, bijvoorbeeld bij uitzuigen of manipulaties aan de beademingstube, is er ook sprake van aerosolvorming. Dan wordt er meer een soort damp gevormd. Het is een virus dat zich van persoon tot persoon verspreidt, met een zogenaamd reproductiegetal tussen de 2 en 3, zonder interventies. Dat wil zeggen dat elke geïnfecteerde persoon twee tot drie nieuwe anderen besmet. Dat gaat met een vrij korte, zoals we dat noemen, generatietijd. Dat is eigenlijk de tijd tussen de verschillende cycli. Bijvoorbeeld in een gezinscluster is het eigenlijk maar drie tot vijf dagen. Dat is dus heel kort. Gezamenlijk maakt dit dat het virus zich snel kan verspreiden.

Over de behandeling kunnen we kort zijn, want er is nog geen bewezen behandeling. We hebben ook geen preventief vaccin om de infectie te voorkomen. Dat betekent dat we vertrouwen op klassieke maatregelen, zoals handen wassen en het tegengaan van contact- en druppelinfecties. Contactinfecties hebben natuurlijk vooral te maken met dat handen wassen en niet meer handen schudden. Bij de druppelinfectie gaat het om de 1,5 meter afstand die we moeten houden. Uit veel studies is gebleken dat dit een veilige afstand is bij druppelinfecties. Uiteraard handalcohol,

sowieso na het reinigen van de handen, want dan kan die pas effectief zijn. In ziekenhuizen kunnen we specifieke maatregelen nemen. Ik wil nog heel even terugkomen op de infectiepiramide, want daar krijg ik soms toch weer vragen over. U ziet daar een piramide getekend, die eigenlijk het aantal patiënten weergeeft dat ziek wordt, ook qua grootte. De top van de piramide, in rood gekleurd, zijn patiënten die naar de ic gaan. Onder hen zal de sterfte natuurlijk het hoogst zijn. Daaronder bevindt zich een oranjegekleurd deel. Dat zijn patiënten die worden opgenomen. Die zijn in ieder geval ziek genoeg om te worden opgenomen, bijvoorbeeld om te worden behandeld met extra zuurstof. Daaronder ziet u een blauw gebied van patiënten die weinig ziek zijn, of zelfs bijna zonder klachten zijn. Naarmate dat er meer zijn, kunt u ook verwachten dat er meer personen onder de medische radar blijven. Met andere woorden, die zullen zich lang niet altijd melden met klachten, omdat de klachten als heel mild worden ervaren.

U ziet de percentages die ernaast staan, die 81, 14 en 5. Dat zijn eigenlijk de percentages die we aanvankelijk aanhielden uit onderzoeken vanuit China. Dat wil zeggen dat zo'n 80% van de patiënten buiten het ziekenhuis bleef, en dat van de opgenomen patiënten ongeveer één op drie, één op vier uiteindelijk op de ic belandde. Als iemand op de ic belandt, is de kans op overlijden natuurlijk aanmerkelijk. Dat zal zo tussen de 20% en 30% bedragen.

In Nederland hebben we in, ik dacht, het eerste weekend van maart onderzoek uitgevoerd naar aanleiding van de eerste gevallen die in het Amphia Ziekenhuis en het TweeSteden Ziekenhuis in Tilburg plaatsvonden. Dat ziet u in de balk ernaast staan. Daaruit bleek dat het percentage personen met milde klachten eigenlijk groter was dan we verwachtten op grond van de uit China gerapporteerde percentages. Dat was op dat moment een nieuw gegeven. In dat ziekenhuis – het richtte zich op ziekenhuismedewerkers, omdat het in het weekend haalbaar was om het onderzoek uit te voeren – bleek zo'n 97% onvoldoende ziek om ervoor opgenomen te worden. Een beperkt aantal werd wel opgenomen, met name patiënten met bijvoorbeeld astma of astmatische aandoeningen, die door de infectie wat in de problemen kwamen en extra zuurstofbehoefstig waren. Voor de duidelijkheid, in deze studie – u ziet de aantallen erboven aangegeven – was er geen enkele patiënt die op de ic hoefde worden opgenomen. Daarom ziet u daar geen percentage genoemd. Inmiddels weten we natuurlijk uit het hele verloop in Nederland dat er wel degelijk patiënten naar de ic gaan, maar het wordt hier niet genoemd omdat het in deze studie niet optrad.

Wat dit onderzoek ons met name leerde – dat waren toch heel belangrijke gegevens – is dat er een grote groep patiënten leek te zijn, die in ieder geval niet vanuit China gerapporteerd waren, met milde tot zeer milde klachten. Dat houdt natuurlijk in dat de bestrijdingsmaatregelen gecompliceerd zijn. Dat betekent dat je je ook moet richten op personen met heel milde klachten. Dat zijn personen die lang niet altijd de zorg zullen opzoeken. Dit even in tegenstelling tot bijvoorbeeld de SARS-infecties van een aantal jaren terug. Dat was per definitie een ernstig ziektebeeld. Dat bevond zich veel meer in die oranje en rode punt van de piramide, die ernaast staat. Dat is dan in zoverre een makkelijker op te lossen infectiebeeld, omdat de patiënten eigenlijk allemaal medische zorg zoeken. Bovendien was dat ziektebeeld ook nog eens pas besmettelijk als er al klachten waren. Dat zijn eigenlijk twee voorwaarden die maakten dat SARS relatief eenvoudig te stoppen was. Het nieuwe coronavirus is dat niet, omdat er zo veel patiënten zijn met relatief milde klachten. Dit nog even ter uitleg van de piramide, de grafiek die ik ernaast laat zien en de percentages vanuit het onderzoek van de groep van Jan Kluytmans uit het Amphia Ziekenhuis.

Dan wil ik u updaten over de huidige stand in Nederland. Allereerst roep ik weer even de verschillende monitoringssystemen in gedachten die we in

Nederland hebben. Allereerst hebben we het zogenaamde Osiris-systeem, een systeem dat door de GGD wordt gevuld, als ik het zo mag noemen. Patiënten die positief zijn getest, worden daar gemeld. Er kan dan ook contactonderzoek plaatsvinden. U ziet dat er in dat systeem inmiddels zo'n 41.000 patiënten zijn gemeld. Iets minder dan een kwart tot een derde is opgenomen in het ziekenhuis. Momenteel liggen er nog zo'n 577 patiënten op de ic-afdelingen. Het totaal aantal overleden patiënten bedraagt ruim 5.000. Ik moet daarbij zeggen dat dit de bevestigde patiënten zijn. Dat is niet het totale aantal, want lang niet alle patiënten zullen worden bevestigd met covid als ze niet in het ziekenhuis komen of tot bepaalde doelgroepen behoren. U weet dat het testbeleid wordt uitgebreid, maar dat loopt hier natuurlijk achter. Ik zal straks de curve laten zien die alle overlijdens meet. Dat geeft dan een betrouwbaarder figuur.

Het tweede zijn de zogenaamde virologische dagstaten. Daarin worden alle virologische testen verzameld die worden uitgevoerd op covid. U ziet dat er inmiddels zo'n 243.000 monsters zijn binnengekomen die getest zijn op het covidvirus. Daarvan is overall zo'n 18% positief bevonden. In het grafiekje eronder ziet u een rode lijn, met op de y-as het aantal positief geteste personen. U ziet dat dat aanvankelijk oploopt tot zo'n 30% op de top van de uitbraak. Dat was zo ongeveer de laatste week van maart. Daarna ziet u het afnemen. We zitten inmiddels onder de 10%, wat betreft positieve testen op het totale aantal testen dat wordt ingevoerd.

Het aantal testen dat we kunnen doen, is natuurlijk ook al vaak besproken. Dat is inmiddels belangrijk uitgebreid. Dat geldt ook voor de mogelijkheid om van die testen gebruik te maken. Tegelijkertijd zien we dat het test aantal de laatste tijd eigenlijk relatief stabiel blijft. Dat zou domweg kunnen omdat er minder mensen zijn om getest te worden. Het kan natuurlijk ook andere redenen hebben. Maar dat het mogelijk ermee te maken heeft dat de aanleiding tot testen afneemt, ziet u aan de rechterzijde van deze slide. Daar laat ik de uitkomsten zien van het Nivel-RIVM-huisartsenpeilstationsysteem. Het Nivel-huisartsenpeilstationsysteem bestaat uit zo'n 40, 45 huisartsgroepen, die ongeveer 1%, 0,8%, van Nederland betreffen. Patiënten die daar komen met griepachtige klachten, die dus veroorzaakt zouden kunnen worden door het nieuwe coronavirus, worden gedocumenteerd. Op het bovenste grafiekje ziet u het aantal personen dat bij die huisartsen gemeld is. U ziet opnieuw dat dit tijdens de piek van corona toenam en daarna lijkt af te nemen. Met name de laatste weken is het steeds lager dan de week ervoor.

Binnen de patiënten die naar die huisartsen gaan, vinden ook bemonsteringen plaats. Bij het RIVM wordt dan bepaald of de patiënten bijvoorbeeld het influenzavirus, het griepvirus, hebben, zodat we kunnen vaststellen of er een griepseizoen is. Eigenlijk al vanaf februari, terugkijkend dus nog voor we de eerste patiënt in Nederland hadden, keken we ook in de monsters van het Peilstation of er sprake was van een coronainfectie. U ziet dat aangegeven met de felrode balkjes op de top van de blauwpaarse. U ziet dat die op een gegeven moment verschenen, toenamen en inmiddels ook weer afnemen. We zien dus bij de huisartsen een afname van meldingen van griepachtige ziektebeelden. We zien ook een afname van het percentage daarin dat veroorzaakt wordt door het coronavirus. Dat ziet u ook weer geprojecteerd in een grafiek aan de onderzijde, waarbij eerst het percentage van positieve coronamonsters 0 is. Vervolgens loopt het op tot eind maart en neemt het daarna weer af. Inmiddels zit het onder de 10%, waarbij bovendien ook het absolute aantal is afgenomen.

Al deze meldsystemen zijn allemaal manieren om naar de uitbraak te kijken. Maar u kunt zich voorstellen, als we even de huisartsen als voorbeeld nemen, dat dit natuurlijk ook altijd reflecteert hoe het publiek zich gedraagt. Als het publiek bang is om een bepaalde infectie te hebben of zich daarover zorgen maakt, zal het zich vaker bij de huisarts melden

dan wanneer die zorg misschien minder is. Je moet dus altijd de selectiebias van de verschillende databases in het oog houden, voordat je er duiding aan geeft. Maar wat de getallen betreft die we eruit kunnen halen, ziet u in ieder geval een toename en een afname, ook een afname van het aantal coronaviruspositieve bemonsteringen.

Dan gaan we even naar de spreiding over Nederland, met de bijgewerkte grafieken. Links ziet u het aantal gemelde patiënten, rechts het aantal opgenomen patiënten, wat daar natuurlijk weer een selectie van is. U kent het beeld inmiddels, met zogenaamde hotspots. De hoogste frequentie van het aantal patiënten bevindt zich in Brabant, een deel van Overijssel en Zuid-Holland.

Ik heb in het midden nog even het grafiekje in herinnering geroepen van, in dit geval, Sanquin. Dat is onderzoek dat onder bloeddonoren en plasmadonoren is verricht. Die personen is gevraagd of hun bloed kon worden nagekeken op antilichamen tegen het coronavirus. Met andere woorden, je kijkt dan of er een afweerreactie heeft plaatsgevonden tegen het coronavirus binnen de personen die bloed doneren. Voor de duidelijkheid, op het moment van bloeddonatie zijn ze natuurlijk per definitie niet ziek. Dus je kijkt dan bij een opnieuw geselecteerde groep Nederlanders die bloed geeft of ze in contact zijn geweest met het coronavirus. In de kleuren ziet u het percentage van positieve monsters aangegeven. U ziet dat het percentage wisselt over Nederland. Overall genomen was dat zo'n 3,5%, maar u ziet aan de rode kleuren dat vooral in Brabant de bloeddonoren vaker positief zijn dan wanneer je bijvoorbeeld de bloeddonoren uit Friesland neemt. Dit reflecteert eigenlijk de grafiek, of het kaartje, ernaast, van de gemelde patiënten.

Op deze manier, een combinatie van het bepalen van het virus in de keel en tegelijkertijd van de zogenaamde sero-immuniteit, waarbij je kijkt of er antistoffen zijn tegen het virus, kun je bij mensen nagaan of zij op dit moment een infectie hebben, maar ook of zij een infectie hebben doorgemaakt en hopelijk immuun zijn, dus afweer hebben tegen de infectie. U ziet het beeld in Nederland. Dat heb ik hier een keer eerder laten zien met het PIENTER-onderzoek. Dat kwam al ietsje hoger uit. Dat was ook wat later uitgevoerd. Dat lag rond de 4%. Zowel het Sanquinonderzoek, dat in Amsterdam wordt verricht, als het PIENTER-onderzoek, dat bij het RIVM gebeurt en ook een random bemonstering van Nederland is, zal de komende maanden steeds worden herhaald, om te kijken hoe de ontwikkeling van afweer onder de Nederlandse bevolking is.

De volgende slide geeft links hetzelfde plaatje van de opgenomen patiënten, en rechts de beelden van de opgenomen patiënten in de verschillende provincies. Ik denk dat dit beeld ook eerder getoond is. De noordelijke provincies met weinig opgenomen patiënten, en Zuid-Holland en Brabant met de grootste groep opgenomen patiënten. Maar u ziet dat er eigenlijk in alle gevallen een belangrijke afname is van de nieuw gemelde patiënten. Gisteren zaten we overall natuurlijk erg laag. Dat aantal is dus afgenomen. Daarmee hebben we duidelijk de hobbels van de eerste uitbraak genomen.

Dan kijken we naar de leeftijdsverdeling. Opnieuw ziet u linksboven op deze slide het aantal gemelde patiënten en linksonder het aantal opgenomen patiënten. Dan ziet u dat die twee grafieken niet overeenkomen. Dat heeft alles te maken met de veranderingen in testbeleid die zijn doorgevoerd. Aanvankelijk, in de allereerste fase, werden mensen getest op grond van de zogenaamde casusdefinitie, de definitie die we aanhielden bij de GGD, huisartsen en ziekenhuizen om patiënten te testen. Daar zat aanvankelijk bijvoorbeeld de link met China of Noord-Italië in. Dat is natuurlijk later losgelaten. Toen is het geconcentreerd op opgenomen patiënten. Inmiddels worden die groepen weer uitgebreid, naarmate er meer testen beschikbaar komen. U ziet aan de onderzijde een selectie van de bovenste grafiek. Het feit dat die zich meer vult, betekent dat er meer getest wordt buiten de opgenomen patiënten.

Linksonder ziet u de opgenomen patiënten. U ziet dat het aantal inmiddels geweldig gedaald is. Aan de rechterzijde vindt u dan nog even de leeftijdsverdeling van de verschillende groepen. Rechtsboven ziet u de groepen patiënten die positief zijn getest voor het virus. Wat daarin opvalt, is dat het een redelijke verdeling is, maar dat het met name na 50 jaar toch wat hoger lijkt en dat er met name onder de 20 jaar nauwelijks of heel weinig positief geteste personen zijn. Ik heb dat eerder geïllustreerd – ik dacht de vorige keer – toen we specifiek over de kinderen en de adolescenten praatten. Het gaat om ongeveer 1% van alle gevallen, terwijl die groep ruim 20% van de Nederlandse bevolking is. In deze grafiek is er dus een onderrepresentatie van de jongeren.

De grafiek rechts midden geeft de leeftijd van de opgenomen patiënten aan. Het moge duidelijk zijn dat de opgenomen patiënten gemiddeld ouder zijn dan alle patiënten die er zijn. Dat komt natuurlijk omdat opname vaak volgt als er bijkomende medische problematiek is, die nu eenmaal vaak tijdens het leven optreedt. Die vind je dus meer bij ouderen. Aan de onderzijde vindt u de leeftijdsverdeling van de personen die helaas zijn overleden ten gevolge van het nieuwe coronavirus. Ook daar ziet u weer dat er een verschuiving is naar de oudere leeftijd, met een gemiddelde van tegen de 80, 85. Dat zijn natuurlijk bijna allemaal patiënten die onderliggende medische problematiek hebben.

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

Voorzitter, even een toelichtende vraag, als dat mag.

De **voorzitter**:

Alleen een verduidelijking, anders wil ik hem echt parkeren tot na de presentatie.

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

Begrijp ik het goed uit de eerste grafiek dat er veel meer jonge vrouwen besmet raken dan mannen? Is daar een verklaring voor?

De heer **Van Dissel**:

Nou, overall genomen is het ietsje meer vrouwen dan mannen, maar ik weet niet of dat uiteindelijk houdt. Dat kan natuurlijk ook weer te maken hebben met de vraag of men zich meldt met klachten. Het is natuurlijk altijd weer een selectie van degenen die komen om getest te worden. Dat moet u zich altijd erbij blijven realiseren. We zien wel dat de opgenomen patiënten, en ook de overleden patiënten, steeds terugkomend meer mannen lijken te zijn. Dat lijkt ook zo in buitenlandse onderzoeken. Dat kan verschillende redenen hebben. Mannen zijn in dezen misschien van het zwakkere geslacht, hebben meer gerookt, of hebben meer onderliggende medische problematiek. Bij de opnames en overlijdens zie je dat wel. Maar ik denk dat bij de positieve getesten vooral de selectie tot de test een rol speelt.

De volgende slide toont u het aantal patiënten dat is komen te overlijden, inmiddels ruim 5.000. We hebben steeds gezegd dat dat een onderschatting is, omdat lang niet alle patiënten die komen te overlijden, worden getest. U ziet in de grafiek rechtsonder de daadwerkelijke getallen van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Dat zijn gewoon de harde getallen. U ziet een gele band. Dat is de bandbreedte van de normale sterfte, die per seizoen wisselt. De paarse lijn daarin toont de overlijdens in inmiddels zo'n jaar of drie. U ziet dat de griep een aantal jaren terug een duidelijke piek gaf. Tijdens de griep van 2017 op 2018 was er een oversterfte van 9.000 tot 10.000 personen. U ziet dat er daarna eigenlijk geen heftige seizoensgriep meer geweest is.

Dan ziet u de toename van de sterfte, toch zeer waarschijnlijk ten gevolge van het COVID-19-virus. Dat moet overigens nog maar bewezen worden, maar dat is natuurlijk wel wat je verwacht als je om je heen kijkt. U ziet dat

de piek daarin genomen is. Ik heb die piek met 5.000 aangegeven. Dat betekent niet dat er 5.000 patiënten zijn, want u moet dat gemiddelde van 3.100 daar natuurlijk van aftrekken. Dat betekent dus dat de piek een oversterfte van op dat moment 2.000 betreft en dat we uiteindelijk zullen moeten afwachten hoe de daling verder verloopt. U ziet dat de griepepidemie een wat bredere piek gaf. Uiteindelijk gaat het er natuurlijk om hoeveel personen er totaal onder die grafiek zijn, die bijdragen aan de sterfte die je daar waarneemt.

Dan nog even de grafiek rechtsboven. Die geeft de sterfte voor een heleboel landen weer. Ook daar is natuurlijk een bias met betrekking tot wie wel of niet getest is. Nederland is aangegeven met het pijltje. Dit is afgezet tegen het aantal personen dat in een land woont. Het is genormaliseerd per 100.000, zoals dat heet. Het is dus gecorrigeerd voor een aantal factoren die maken dat je de landen niet zomaar kunt vergelijken, omdat een klein land met minder inwoners natuurlijk altijd minder sterfte zal tonen dan een groot land. U ziet dat Nederland zich in deze grafiek aan de onderzijde van de Europese landen bevindt.

De voorzitter:

Een verduidelijkende vraag van mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Zou ik een verduidelijkende vraag mogen stellen over die tabel rechts-onder? Meneer Van Dissel zei zojuist over die piek die op 1 maart op 4.000 staat, dat die een oversterfte weergeeft van zo'n 9.000 tot 10.000. Bij 1 mei 2020 staat 5.073. Van welk aantal moeten we dan zo ongeveer uitgaan? Zijn dat 15.000 of 20.000 personen? Kan meneer Van Dissel dat misschien wat verduidelijken?

De heer Van Dissel:

Dat blijven nu echt nog schattingen. De piek die u ziet in 2017–2018, representeert uiteindelijk ongeveer 9.000 tot 10.000 personen. Dan moet u eigenlijk de, zoals wij dat noemen, integraal onder die lijn nemen. Je kijkt naar alle personen extra boven het gele deel dat zich in die piek bevindt. Die piek is vrij breed. We hebben nu een vrij nauwe piek. Dan gaat het dus erg afhangen van hoe het verder daalt. Dat zien we nu wel gebeuren, maar dat is natuurlijk afwachten. Uiteindelijk kan een heel nauwe, steile piek natuurlijk evenveel inhouden als een vlakke, minder hoge piek. Ik denk echt dat dat afwachten is op dit moment.

De voorzitter:

Een verduidelijkende vraag van de heer Van Haga. Ik vraag u wel om daar even terughoudend mee te zijn.

De heer Van Haga (Van Haga):

Ik ben daar heel terughoudend in. Het gaat over diezelfde piek. Is in beeld in hoeverre daar ook gewone influenza in zit? Is dat gemeten?

De heer Van Dissel:

Dat is natuurlijk een goede vraag. Ik dacht dat ik net aangaf dat we vermoeden dat COVID-19 hier een belangrijke rol bij speelt. Dat sluit natuurlijk niet uit dat er andere dingen kunnen zijn. Dat is dan met name iets wat later duidelijk wordt. Uit het eerdere Nivel-onderzoek weten we natuurlijk dat ook influenza vrij lang heeft geheerst. Daar moet je inderdaad voor corrigeren. De vraag is of we daar nog helemaal achter kunnen komen, maar dat kan wel degelijk ook een rol spelen. Dat klopt. Dan ga ik door met de volgende slide. Deze representeert de ic-opnames, links het aantal nieuwe patiënten per dag en rechts het totale aantal op de ic op elke dag. Als we even met dat laatste beginnen, de rechtergrafiek, dan ziet u dat we op 7 april een top hadden van de ic-bezetting, met in

totaal zo'n 1.322 patiënten. Inmiddels is dat gisteren inmiddels gedaald tot, ik dacht, 577 of 571. Dat vond ik terug op de NICE-website, de website van de ic-vereniging, die deze getallen bijhoudt. U ziet dat de ic-bezetting inmiddels gelukkig fors gedaald is, maar ook nog niet op nul terug is. Aan de linkerzijde ziet u dan hoe zich dat gevuld heeft, met het aantal patiënten per dag. Op 30 maart hadden we een piek, toen er ongeveer 130 patiënten werden opgenomen op de ic. Achteraf zie je overigens dat het misschien toen al wat over de piek heen was, maar dat gaat natuurlijk met horten en stoten en nooit helemaal geleidelijk. U ziet dat het aantal nieuw opgenomen patiënten op de ic inmiddels heel erg laag is. Daar zitten altijd weer wat correcties in, omdat getallen moeten worden ingevuld. Die betreffen dan soms iemand die een paar dagen geleden was opgenomen. Er vinden dus continu wat correcties plaats op die grafiek, maar dit beeld staat natuurlijk wel. We hebben een piek gehad rond 30 maart. Dat vertaalde zich in een piek op 7 april ten aanzien van het totale aantal op de ic. Dat komt domweg doordat patiënten nu eenmaal langer op de ic liggen.

Laten we dat dan even van een andere zijde bekijken, namelijk met de modellen die de modellers bij het RIVM maken. Links ziet u weer het aantal patiënten per dag. Rechts ziet u het totale aantal op de ic. Dan ziet u dat die elkaar mooi volgen. Voor de duidelijkheid, dit komt natuurlijk ook omdat de modellen steeds gekalibreerd worden op de daadwerkelijke getallen. Dat betekent ook dat als gevolg daarvan het betrouwbaarheidsinterval geweldig toeneemt. U ziet dat de lijn vrij smal is. We verwachten dus, onder voortzetting van alle maatregelen – daar komen we zo op terug, maar deze grafieken zijn nog onder voortzetting van alle maatregelen – dat alle patiënten met een COVID-19-infectie uiteindelijk in juli van de ic zijn. De vraag is natuurlijk wat het effect zal zijn van de veranderingen in de maatregelen. Daar komen we straks op terug.

Een ander belangrijk getal waar we het over gehad hebben en dat we steeds updaten, is het zogenaamde reproductiegetal. Dit betreft dus het aantal personen, uitgedrukt in een getal, dat iemand die geïnfecteerd is, besmet, en die dan ook ziek worden. Als het reproductiegetal 1 is, blijft de infectiedruk op een gegeven moment constant. Als het onder de 1 is, zal de infectie uitdoven. Als dat boven de 1 is – en hoe hoger, hoe sneller het gaat – verwacht je dat de uitbraak toeneemt.

Hoe wordt dat berekend? Dat kan op verschillende wijzen. Ik toon u hier een wijze waarbij wordt uitgegaan van de grafiek aan de bovenzijde, de blauwe balkjes. Deze geeft opnieuw het aantal opgenomen patiënten weer. Van die opgenomen patiënten kan bepaald worden wat de eerste ziektedag is. Dat ziet u in de rode lijn, door de blauwe balkjes heen getekend. Dat is dus de eerste ziektedag. U ziet dat de eerste ziektedag van patiënten die al een tijd geleden zijn opgenomen helemaal bekend is, maar dat we nog achterlopen wat betreft de patiënten die heel recent zijn opgenomen, domweg omdat dat onderzoek nog moet gebeuren. Daarom neemt die rode lijn aan de rechterzijde wat toe en ontstaat er een betrouwbaarheidsinterval van de schatting.

Via een model kun je die rode lijn terugrekenen tot een reproductiegetal. Dat ziet u aan de onderzijde. U ziet dat er in dat turquoise gebied een onzekerheid is die op een gegeven moment minder wordt. Die neemt natuurlijk weer toe naarmate we moeten rekenen met een onzekerheid over de eerste ziektedag. Het is eerder genoemd hier: in Nederland lijkt dat reproductiegetal rond 16 maart door de 1 te zijn gegaan. Het is toen niet doorgedaan naar 0. U ziet dat het naar alle waarschijnlijkheid heeft gewisseld tussen de 0,7 en tegen de 1. Omdat we geen harde gegevens hebben over de meest recent opgenomen patiënten, ontstaat er weer een onzekerheid. Die vertaalt zich weer naar een betrouwbaarheidsinterval, waardoor die grafiek overgaat in een soort trompetje. We kunnen dus nooit zeggen wat het reproductiegetal vandaag is, maar we kunnen wel zeggen wat het pakweg tien, veertien dagen geleden was. In Nederland

ging die, als gevolg van de maatregelen, rond 16 maart door de 1. Dat heb ik ook eerder laten zien.

Het is misschien aardig om toch een vergelijking te tonen met wat andere landen. De meest directe vergelijking kan met Denemarken worden gemaakt. Dat is hier aan de linkerkant weergegeven. Zij doen het namelijk ook vanuit de opnames. Zij berekenen het niet terug naar de eerste ziekte­dag, maar gaan uit van de dag van opname. U ziet dat Denemarken dan rond 1 april, 2 april uitkomt. Omdat ook daar bekend is dat er dan ten opzichte van de eerste ziekte­dag ongeveer tien dagen zijn verstreken, betekent dit eigenlijk dat Denemarken met de huidige schattingen – nogmaals, het blijven schattingen en die kunnen altijd weer worden aangepast – ongeveer een week na Nederland ook door de 1 ging. Verder ziet u de getallen voor Duitsland en Oostenrijk. U ziet dat zij volgens schattingen – dit zijn schattingen die door Science Magazine zijn uitge­voerd – een tot twee weken nadat Nederland door de 1 ging, ook door de 1 gingen. De meeste Europese landen gingen dus min of meer in dezelfde periode door de 1. Nederland was bepaald niet de hekkensluis, zoals ik u laat zien.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Voorzitter, mag ik daar een verhelderende vraag over stellen?

De **voorzitter**:

Mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

De heer Van Dissel geeft aan wanneer-ie door de 1 ging, maar is er ook bekend hoe steil de daling in die landen is ten opzichte van onze daling?

De heer **Van Dissel**:

Op zich een goede vraag. Het hangt natuurlijk af van hoe het begonnen is. Je zou alle maatregelen daar natuurlijk tegen af moeten zetten en dan moeten kijken hoe zich dat verhoudt tot de daling. Dat soort onderzoek zal ongetwijfeld nog gaan plaatsvinden, maar is nog niet gebeurd. Voor Denemarken zie je bijvoorbeeld dat het schommelt, een tijdje constant is en dan eigenlijk daalt. Als je het even terughaald voor Nederland, zie je eigenlijk dat vanaf ongeveer 6 maart – toen werd in Brabant gevraagd om binnen te blijven als je je ziek voelde – de daling in gang lijkt te zijn gezet. Omdat dat experiment niet is gebeurd en er daarna meerdere maat­regelen zijn geweest, is het moeilijk te zeggen of het daar nou door komt en wat de toegevoegde waarde van de volgende maatregel is. Het is niet stapsgewijs per maatregel gedaald, zoals u ziet. Ik denk dat awareness daarbij een belangrijke factor is, dus of men op de hoogte is van wat er gebeurt en zich daar zorgen over maakt. Dan ga je toch aan social distancing doen op grond van zorgen om geïnficeerd te raken. Dat zijn dingen die er allemaal doorheen spelen op het moment dat je bekendheid geeft aan het feit dat er een infectie is.

Ik denk dus dat in Nederland de opeenvolging van maatregelen, ingezet in de week van 1 tot 6 maart, de daling in ieder geval heeft ingezet. U ziet dat die daling er in Denemarken wat later is. In de andere landen gaat het misschien wat geleidelijker, maar die cijfers zijn misschien nog in wat minder detail uitgewerkt. Uiteindelijk is dit natuurlijk een interessante vraag, omdat je achteraf wilt begrijpen wat de meest succesvolle en effectieve handeling is geweest. Nu blijft dat, in alle eerlijkheid, natuurlijk enigszins raden. Je wilt ook leren of het allemaal nodig was geweest et cetera. Dat zal allemaal moeten blijken uit analyses van dit soort onderzoeken.

De **voorzitter**:

Er is een verduidelijkende vraag van de heer Veldman.

De heer **Veldman** (VVD):

De heer Van Dissel geeft aan, ook in zijn sheets, dat data meer recent dan 17 april onzeker zijn. Hij geeft nu dus ook geen exact getal voor de R_0 -waarde. Op 22 april, tijdens de vorige technische briefing, gaf de heer Van Dissel dat wel aan, namelijk 0,9, waarbij diezelfde onzekerheid natuurlijk ook een factor geweest kan zijn. Hoe schat de heer Van Dissel de R_0 -waarde nu in?

De **voorzitter**:

Ik vraag u om verduidelijkende vragen te stellen over de slides. Anders loopt het zo meteen in de vragenronde door elkaar heen. De heer Van Dissel.

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat nog steeds hetzelfde geldt. De reden dat we dat eerder gezegd hebben is omdat het uiteindelijk toch reflecteert of er een toe- of afname is van het aantal ziekenhuisopnames en hoe het met de ic-opnames gaat. Zolang je ziet dat de ziekenhuisopnames langzaam maar zeker afnemen, moet dat eigenlijk betekenen, zeker als je daar de R_0 op berekent, dat die R_0 in ieder geval niet toeneemt en zeker niet boven de 1 zit. Dat was de reden om het zo aan te geven, maar ik heb ongetwijfeld ook altijd gezegd dat het schattingen betreft en dat er onzekerheid in zit. Dat blijft erin zitten. Ik kom er zo misschien nog even op terug, maar als je gaat nadenken over hoe we het beste kunnen monitoren dat er niet ongemerkt weer een heleboel infecties plaatsvinden tijdens het versoepelen, dan zit je natuurlijk met het probleem dat je altijd enige tijd achterloopt. Daar moet je dan afgeleiden van gaan zoeken die je toch indirect een beetje informatie geven. Uiteindelijk leidt het natuurlijk tot ziekenhuisopnames, maar het nadeel van ziekenhuisopnames is dat die ongeveer twee weken achterlopen op de infecties. Ik heb ook laten zien dat je, als de serietijd ongeveer vijf dagen is, binnen die veertien, vijftien dagen toch drie cycli kunt maken die je nog niet in het vizier hebt. Dat blijft dus een onzekerheid waarmee we de komende tijd moeten leren om te gaan. Maar op grond van wat we om ons heen zien, verwachten we dat de R_0 nog steeds onder de 1 zit. Dat hebben we natuurlijk uiteindelijk te danken aan het feit dat Nederland gehoor heeft gegeven aan de verschillende maatregelen. Dat hebben we allemaal gezien.

Ik wil hier twee onderzoeken demonstreren naar hoe Nederland denkt over de maatregelen en de bereidheid om die te volgen. Allereerst een onderzoek dat het RIVM samen met de Nivel-Peilstations heeft uitgevoerd. Dat is eigenlijk de publieke beleving van de verschillende maatregelen. U ziet linksonder in de donkergroene en lichtgroene balkjes de steun voor de maatregelen. Nou, die blijft onverminderd hoog door de tijd heen. Daar zit natuurlijk ook weer een vertraging in, want dat herhalen we steeds om de zoveel tijd. Dit is de laatste meting. Eigenlijk ziet u hetzelfde beeld aan de rechterzijde. Daar wordt weergegeven «hoe houdt u zich eraan?» en «heeft u moeite met de maatregelen?» U ziet rechtsonder wel dat de donkergroene lijn in de loop der tijd wat daalt. Dat is de lijn die aangeeft dat men het toch steeds moeilijker vindt om de maatregelen die eerder golden en die gisteren weer zijn veranderd, te blijven volgen. Ik denk dat dat ook heel begrijpelijk is.

Je kunt proberen om dit wat meer te kwantificeren. We maken dan gebruik van een Google mobility report. Dat geeft voor verschillende domeinen aan wat de veranderingen zijn. Domeinen als «publiek vervoer» en «residence», dus of je thuis bent of naar het werk gaat, kunnen allemaal apart worden berekend. Dat zijn natuurlijk grove schattingen, maar overall genomen geven ze toch een beeld. Als je naar de linkergrafiek van eind maart kijkt, zie je een beduidende afname van de mobiliteit buitenshuis en een afname van werken, alsmede een toename van het aantal personen dat thuis is. In de loop van de tijd zie je toch, als

je het met de laatste meting van 26 april vergelijkt, dat – 68 – 46 wordt, dat – 35 – 19 wordt en dat +11 +7 wordt. In de loop van de tijd, maar wel geleidelijk, zien we toch een dalende trend in het strikt volgen van de maatregelen. Dit neemt u natuurlijk zelf ook allemaal waar als u naar buiten kijkt, denk ik. Er is duidelijk wat afname geweest in het volgen van de maatregelen.

Er is ook een groot gedragsonderzoek gedaan onder maar liefst 90.000 deelnemers. Dat is een onderzoek van NWO en ZonMw, uitgevoerd door het RIVM met GGD's. Dat gaat meer over de gedragsunits van het RIVM, dus over de beleving van de verschillende maatregelen. Duidelijk is dat men toch moeite heeft met... Laat ik eerst beginnen met waarmee men geen moeite heeft: geen handen meer schudden. Daarvan geeft 99,5% aan dat het weinig moeite kost om zich daaraan te houden. U ziet dat er ook geen problemen zijn met het naleven van het gebruiken van papieren zakdoekjes en het niezen in de elleboog. Handen wassen wordt al wat minder, zeker als het erom gaat of dat tien keer per dag gebeurt. 1,5 meter afstand houden lukt de meesten. Afhankelijk van de setting geeft een derde aan dat dit niet altijd lukt bij bezoek dat langskomt en in huis komt. Daar staat natuurlijk ook druk op. Het lastigste op de lange termijn is het advies «blijf thuis». Gisteren heeft u gehoord dat dat «vermijd drukte» geworden is. De 1,5 meter afstand en het niet op bezoek gaan zijn duidelijk geïdentificeerd als zijnde lastig op te volgen.

Daarnaast is belangrijk dat er welzijn- en leefstijlveranderingen zijn geweest. Allereerst geeft een belangrijk deel aan dat het hele coronagebeuren tot bezorgdheid leidt. Bezorgdheid kan aanleiding geven tot somberheid, stress en eenzaamheid. Hetzelfde geldt voor het advies, zeker aan kwetsbaren, om het aantal contacten te verminderen. Dat ziet u op deze sheet gereflecteerd. Wat betreft leefstijl zie je dat meer dan de helft zegt beduidend minder te bewegen. Dat is uiteindelijk natuurlijk ook een negatief gezondheidsgebeuren, want het zal op den duur tot toename van gewicht leiden. Een aantal geeft ook aan dat het eetpatroon verandert. Ook wordt er misschien wat meer gerookt. Dat zijn allemaal negatieve gezondheidseffecten die plaatsvinden onder de maatregelen. Een ander belangrijk gegeven waar we van uitgaan, is: neem verantwoordelijkheid voor je eigen gedrag om het virus niet door te geven. U ziet dat dat een oproep is die door negen van de tien personen zonder meer wordt herkend. Het wordt ook gezien als een probleem als ze het virus aan iemand anders zouden geven die daar misschien ernstig ziek van zou worden.

Ook dit onderzoek wordt om de zoveel tijd herhaald onder de 90.000 deelnemers. Dit is dus een grote steekproef, die van belang is voor de beoordeling hoe men aankijkt tegen de maatregelen en de eventuele negatieve gezondheidseffecten van de maatregelen, die uiteindelijk ook weer hun schaduw vooruitwerpen.

Ik wil nog even terugkomen op de mondneusmaskers, omdat daarover het nodige te doen is geweest en er gisteren zaken over besloten zijn. Mondneusmaskers kunnen voor grofweg twee doelen worden gebruikt. Een. Het voorkómen van besmetting van de drager, dus degene die het masker op heeft. Dat speelt met name in de zorg en dan weer met name in de intensieve zorg voor ernstig zieke patiënten. Twee. Het voorkómen van besmetting van anderen. Dat is natuurlijk gewenst, maar kan ook in belangrijke mate geborgd worden met andere maatregelen, waarop ik straks terugkom. Een van de belangrijkste maatregelen is natuurlijk de 1,5 meter aanhouden. De maskers werken, dit reflecterend, op verschillende wijzen.

Allereerst: als een chirurg een masker opzet, gaat het er niet om dat de chirurg bang is dat bacteriën en virussen van de patiënt hem zullen bereiken. Het is duidelijk dat je probeert om druppels van binnen naar buiten op te vangen, zodat het operatiegebied niet besmet raakt met

bijvoorbeeld mondbacteriën van de chirurg. Dat is dus een apart type masker. Daarnaast zijn er de medische maskers die met filters werken. Afhankelijk van het type werkzaamheden, alsmede de kans op en de intensiteit van de eventuele belasting, kan voor verschillende maskertypes worden gekozen die verschillen in de mate waarin ze de druppels van buiten naar binnen opvangen.

Daarnaast zijn er de niet-medische mondmaskers. We hebben ons natuurlijk over de niet-medische mondmaskers gebogen. Dat ziet u hier samengevat. Als alle literatuur daarover op een rij wordt gezet, dan is het effect van het gebruik van die maskers in de openbare ruimte gewoon niet eenduidig. Randomized controlled trials zijn kwalitatief goed uitgevoerde studies waarin is gekeken naar de werkzaamheid van de maskers voor bijvoorbeeld het voorkomen van het influenzavirus. Met betrekking tot het covidvirus is op dit moment nog heel weinig bekend, dus dan kijk je naar verwante virussen met hetzelfde type gedrag. Er zijn twaalf redelijke studies geclassificeerd waarvan er eigenlijk maar drie een zeer licht positief effect laten zien. Dat effect moet u zo zien dat er ongeveer 5% wordt tegengehouden. Ik moet daarbij zeggen dat dit studies zijn waarbij de 1,5 meter niet in acht wordt genomen. Het zijn dus eigenlijk studies die, als er een positief effect is, nog veel positiever zouden zijn dan wanneer je studies uitvoert in de huidige situatie waarin de 1,5 meter geldt. Dat zijn allemaal redenen waarom het OMT van mening is dat de maskers maar in zeer geringe mate bijdragen.

Dan spelen er natuurlijk ook nog een heleboel kwaliteitsaspecten van de maskers een rol. Het gaat er dan toch om dat je je realiseert waar het nu eigenlijk om gaat: je wilt geen virus overdragen. Daarvoor houden we 1,5 meter afstand. Bij contactberoepen – misschien komen we daar zo nog op terug – kun je triage doen met een gezondheidscheck. Dat neemt al zo veel van de overdracht weg dat het OMT vond dat er geen positief richtinggevend advies moest komen voor het dragen van die maskers. We komen zo nog even terug op de situaties waarin dat anders kan worden uitgewerkt, maar dit is wat het OMT uiteindelijk heeft gerapporteerd als advies. Wat in ieder geval van belang is op grond van de gegevens die we hebben uit de studies, is dat de social distancing, dus het aanhouden van de 1,5 meter, niet zou moeten vertroebelen. De hygiënemaatregelen zijn echt belangrijke maatregelen. Wij maken ons zorgen over het volgende. Als je maskers zou gebruiken, gaan mensen met milde klachten denken: nou, ik heb dat masker op; ik kan nu wel veilig naar buiten. In verschillende onderzoeken zijn er dus potentiële negatieve effecten van die maskers beschreven. Daarnaast zijn maskers toch gewoon ingewikkeld. In de praktijk blijkt bijvoorbeeld 15% het masker niet goed op te zetten, bijvoorbeeld binnenstebuiten of ondersteboven. Een percentage gaat sigaretjes roken en doet het masker dan omhoog of omlaag, of neemt een snack. Dat zijn allemaal handelingen waarbij het masker wordt aangeraakt. Die aanraking kan, zeker als je daarna in de ogen zit, dan weer leiden tot een verhoogde mate van besmetting. Als er maskers gebruikt worden, moeten er goede instructies zijn om ze op de juiste wijze te gebruiken. Dat is allemaal ook weer reden om het willekeurig gebruik ervan in de openbare ruimte te zien als weinig toegevoegde waarde hebbende.

Ook als je in Europa kijkt, is het Nederlandse standpunt er niet een waarmee we ons afzonderen van de rest van Europa. Eigenlijk alle landen die hebben gerapporteerd vanuit wetenschappelijke verenigingen, neem bijvoorbeeld het Robert Koch Instituut, het Institute Santé van Frankrijk en het ECDC vanuit Stockholm, alsmede trouwens de WHO, rapporteren dat wetenschappelijk bewijs ontbreekt voor de stelling dat die maskers besmettingen in de openbare ruimte voorkomen. De volgende vraag is of dan wordt opengelaten wat men ermee doet. Een aantal landen onthoudt zich volledig van enig advies, ook in het openbaar vervoer, zoals Denemarken, het Verenigd Koninkrijk, Zweden en Zwitserland. Ik wil ook

wel benadrukken dat er ongetwijfeld enige dynamiek in dit soort adviezen kan zitten als men waarneemt dat de situatie verandert en men er alsnog reden voor ziet, maar dit is in ieder geval de situatie op dit moment. U ziet dat er ook een aantal landen zijn die het gebruik in het openbaar vervoer aanraden of verplichten, en soms ook in gelegenheden waar de 1,5 meter niet te handhaven is en waar bijvoorbeeld geen triage vooraf mogelijk is. U ziet dat dat de overige landen zijn die we net hebben genoemd als landen die zeiden dat er op zich eigenlijk geen wetenschappelijk positief bewijs is voor het gebruik of dat het gebruik ondersteunt. Wat betreft het wetenschappelijk bewijs en de analyse daarvan bevindt Nederland zich dus eigenlijk bij de rest van Europa. Wat er dan mee gebeurt, kan nog steeds gebeuren op grond van andere overwegingen.

De voorzitter:

De heer Azarkan, een verduidelijkende vraag?

De heer **Azarkan** (DENK):

Jazeker. Kunt u aangeven wat dan die andere overwegingen zijn?

De heer **Van Dissel:**

U bedoelt de overweging om het wel te doen?

De heer **Azarkan** (DENK):

Ja, onderzoeken tonen aan dat het niet aantoonbaar besmettingen voorkomt. U zegt dat er toch landen zijn die het doen uit andere overwegingen. Wat zijn die dan?

De heer **Van Dissel:**

Het kan zijn dat men denkt: we doen het toch maar. Ik wil benadrukken dat er een paar studies zijn die, zonder de 1,5 meter, enig effect laten zien.

Men denkt dan: laten we dan voor dat effect gaan. U moet dan aan effecten denken van tegen de 5%, maximaal 10%. Dat zijn overwegingen die er in sommige landen toe hebben geleid, uiteindelijk door de politiek, om toch een dergelijk besluit te nemen. Ik denk dat je het altijd moet zien in het bredere vlak van: wat kan ik doen om besmettingen redelijkerwijs te voorkomen? Dat is allereerst social distancing: de 1,5 meter aanhouden. Dat is gewoon een hele belangrijke. Verder: handenwassen et cetera. Het tweede essentiële is: wees eerlijk. Zorg ervoor dat je de ander niet besmet. Blijf thuis als je ziek bent. Dat is een hele belangrijke, want daarmee voorkom je eigenlijk de kans dat er symptomatische overdracht is.

Dan kennen we het probleem van de presymptomatische overdracht, het grijze gebied waarin iemand denkt «heb ik nou wel of niet klachten?» en dan bijvoorbeeld in de loop van de avond wel duidelijk klachten ontwikkelt. Daarvan weten we dat ze ook in bepaalde mate besmettelijk zijn. Ze kunnen dan nog wel op straat, want ze voelen zich nog onvoldoende ziek. Daar richt je dan eigenlijk op, maar dat is een kleine groep. Dus de duidelijke boodschap is toch: bij ziek zijn thuisblijven, ook bij hele milde klachten.

Een laatste gegeven is of je al dan niet kunt triëren. Triëren is bijvoorbeeld mogelijk als u een afspraak maakt bij een kapper. Dan kan je van elkaar als het ware zeker weten dat op het moment dat je die afspraak hebt, er geen sprake is of recent sprake is geweest van ziekte. Daar kan naar gevraagd worden; dat noem ik triëren. Maar als iemand in de trein gaat en u zit al in de trein, kunt u degene die erbij komt zitten niet gaan triëren op dat moment. Combinaties van die gegevens maken dat de onderstaande landen uiteindelijk hebben besloten om, bijvoorbeeld in het openbaar vervoer, waar die 1,5 meter eigenlijk niet zonder meer haalbaar is, zeker niet altijd... Je wilt overigens natuurlijk dat men de spits mijdt en de werktijden spreidt om dat zo veel mogelijk wel te doen. De treinen dragen

daaraan bij, zo hebben we gehoord, door weer op volle kracht te gaan rijden. Maar goed, dan kan je nog steeds in een situatie zijn waarin je de 1,5 meter niet kan respecteren en niet kan triëren. Dat is eigenlijk de reden dat men daartoe besluit.

En misschien nog heel even: bij die niet-medische mondklappers hangt het er natuurlijk heel erg van af wat voor kwaliteit materialen ervoor gebruikt wordt. Er komen instructies op de website van de overheid met betrekking tot het maken ervan, heb ik begrepen. Je kunt je voorstellen dat er ook een markt is, dus dat er maskers beschikbaar zullen komen die nog van enige kwaliteit zijn, maar het verschil met de medische is natuurlijk het ontbreken van de CE-markering, de Europese markering waardoor je zeker weet dat er een bepaalde filterwerking is. Zo'n filterwerking voor een FFP2-masker is natuurlijk nooit absoluut, maar een FFP2-masker laat gemiddeld misschien 0,1% door van deeltjes, terwijl een niet-medisch masker soms 40% tot 80% doorlaat. Ik heb gelezen dat er ook een aantal landen is die zelfs zeggen: doe een shawl om. Daar zou ik toch geen voorstander van zijn. Door sommige shawls kun je gewoon heen kijken. U kunt zich voorstellen dat het virus ook erg weinig weerstand zal ontvangen als het zo'n shawl tegenkomt.

De heer **Azarkan** (DENK):

Er zijn ook gebreide shawls.

De heer **Van Dissel**:

Er zijn alle types, maar in zijn algemeenheid denk ik dat dit dan verstandiger is dan een shawl.

Goed. Ik wil u nog even meenemen met... Misschien moet ik eerst even de volgende sheet laten zien. Dit heeft u gisteren gehoord. Dit plaatje staat ook op de website van de overheid. Daar heb ik het vandaan gehaald. U ziet hier de verschillende maatregelen. U weet dat er gisteren voor 11 mei – het is niet te lezen, maar misschien wel op uw sheet – een aantal maatregelen is genomen. Van die maatregelen hebben we doorgerekend wat de effecten zijn in onze huidige modellen, ervan uitgaande dat men alle andere maatregelen zoals social distancing, handenwassen en bij ziek zijn thuisblijven – echt een hele belangrijke – respecteert.

Dan ziet u hier de uitkomsten. Links ziet u de situatie nu, waarbij de ic-bedden uiteindelijk vrijwel tot nul gaan. Aan de rechterzijde ziet u de situatie die ik de laatste keer, twee weken terug, heb laten zien met betrekking tot het openen van het primair onderwijs. Daarvan hebben we gezegd dat je eigenlijk geen toename van ic-bedbelasting of ziekenhuiszorg verwacht, omdat kinderen, als ze al ziek worden, eigenlijk heel mild ziek worden. In sommige gevallen zouden ze het aan de ouders kunnen overgeven, maar ook die bevinden zich in een groep die eigenlijk nog niet tot ziekenhuisopnames leidt. Dat ziet u inderdaad ook terug in de modelleringen. Linksonder en rechtsonder ziet u de invloed van het openen van de verschillende batches. Het gaat dan eigenlijk om het pakket rechtsonder, want dat is waartoe gisteren besloten is. U ziet dan dat de lijn op zich nog steeds daalt en dalende blijft, maar dat er aan het eind toch alweer iets is van een betrouwbaarheidsinterval en wellicht weer een toename van het aantal patiënten op de ic's. Voor de duidelijkheid: dit is natuurlijk onder continuering van alle bestaande maatregelen, die onverminderd van kracht blijven. Dan zouden we, op grond van de huidige modellering – ik benadruk wel dat dit een schatting is – zoals u ziet nog steeds ruim onder een geweldige toename op de ic's blijven. Dat ik toch even wil benadrukken dat dit schattingen zijn – dat zijn het natuurlijk altijd geweest, maar ik noem het nu heel specifiek – is omdat de maatregelen die worden versoepeld, heel erg specifiek zijn. Op een gegeven moment ontbreekt natuurlijk nog de directe kennis en ook de ervaring om dat in modellen om te zetten. Wij kunnen niet modelleren wat er gebeurt als er een zwembad opengaat of er 30.000 kappers opengaan.

Wat wij dan moeten doen, is schattingen nemen van het aantal bezoeken en het aantal contacten, want uiteindelijk is die modellering natuurlijk een reflectie van de kans dat je iemand tegenkomt met de infectie. Daarop wordt dan gerekend. Dit is dan de schatting. Maar we kunnen natuurlijk nooit zo specifiek zijn dat we bij wijze van spreken een schatting kunnen geven zoals: wel de manicure of pedicure en niet de kapper. Dat is echt veel te specifiek, dus we kijken dan naar het aantal personen dat zo iemand ontvangt, de kans dat iemand geïnfecteerd is, de intensiteit van het contact en dat soort dingen. Dat leidt uiteindelijk tot deze schatting. Hier rechtsboven geef ik aan van welke instrumenten we gebruik kunnen maken om te monitoren wat er gaat gebeuren als we de maatregelen versoepelen. Uiteraard zijn dat, zoals genoemd, de ziekenhuizen en de ic-opnames en bij afgeleide het reproductiegetal R_0 . Maar we hebben ook al geconstateerd dat dit toch wel een beetje vooruitrijden kijkend in de achteruitkijkspiegel is, omdat je altijd die twee weken achterloopt. Dat betekent dat we een aantal andere systemen hebben en verder zullen moeten optuigen om daar toch zo veel mogelijk zekerheid in te geven. Het Osiris-systeem is een systeem waarmee we vertrouwd zijn. Ik heb u ook al het Nivel-RIVM-Peilstationsysteem van huisartsen genoemd. Dat willen we uitbreiden, zodat de landelijke dekking toeneemt en we hopelijk dus ook eerder personen met griepachtige klachten opvangen. Dan zit je altijd weer ruim een week eerder ten opzichte van de ziekenhuisopnames. Binnen die personen bepalen we natuurlijk ook al het coronavirus, dus dat is wel een belangrijk gegeven. Voor het aanvragen en het doen van de testen is veel aandacht geweest de afgelopen dagen en ook gisteravond. Dat is natuurlijk belangrijk, want als we personen testen en daar de positieven uithalen, en dat combineren met het bron- en contactonderzoek van de GGD's, is dat natuurlijk ook een manier om erbovenop te zitten. Een aantal andere dingen zijn eerder al besproken. Verder wordt er, zoals u weet, gewerkt aan rapportagesystemen voor verpleeghuizen om ook dat beter in beeld te hebben.

Uiteindelijk moet dat tot een soort overallbeeld of dashboard leiden, dat kan worden aangeboden aan de overheid. Die moet op grond van wat daar zichtbaar is en de adviezen die daaruit voortkomen natuurlijk uiteindelijk het besluit nemen of je door kunt gaan met volgende maatregelen of dat je een maatregel moet stoppen, of, zoals Merkel dat noemde, op de rem moet drukken. En ja, misschien dat daar in de nabije toekomst nog meer systemen bij komen, maar je probeert natuurlijk steeds zo vroeg mogelijk bij de infecties te zitten, zodat je zo min mogelijk cycli van infecties kan hebben totdat je dat daadwerkelijk ziet aan de ziekenhuisopnames.

Tegelijkertijd moeten we ons realiseren dat de verspreiding in Nederland niet overal gelijk geweest is. We denken dat een deel daarvan toch komt doordat de introductie van het virus nog voordat we überhaupt wisten dat het er was, vermenigvuldigd met bijvoorbeeld carnaval, een versterkende factor is geweest. Tegelijkertijd zien we dat de introductie van het virus in provincies waar dat niet was, ook omdat men al eerder met vakantie was geweest, zoals de noordelijke provincies, plaatsvond in de periode dat de maatregelen van social distancing – blijf thuis als je ziek bent, et cetera – al geëffectueerd waren. Dan zie je natuurlijk toch een heel belangrijk verschil in het al of niet optreden en doorgaan van de uitbraak. Dus eigenlijk hoop je die situatie die in het Noorden geheerst heeft te gebruiken in heel Nederland om te zorgen dat je het – ook al zullen er wat meer infecties komen als je het loslaat, dat is bijna onvermijdelijk – dan toch tijdig kan opvangen en dat ook die infecties eigenlijk niet de kans krijgen om uit te groeien zoals ze eerder gedaan hebben.

Wat blijven dan toch de belangrijkste dingen, ook al gaan we versoepelen? Dat is natuurlijk toch voor iedereen: denk aan de hygiëneadviezen, denk aan het feit dat je 1,5 meter afstand moet houden, werk toch zo veel mogelijk vanuit huis als dat kan. Dat zijn de bekende adviezen die voor

iedereen gelden. Echt een essentieel punt is dat als iemand ziek is, ook als je terugkijkt naar het verloop van de reproductiegetallen in Nederland en toen de infecties in Brabant: blijf thuis, ook al heb je milde klachten van de bovenste luchtwegen, verkoudheidsklachten, neusverkoudheid, loopneus, niezen et cetera. Blijf dan thuis, neem geen risico en dan met name risico's voor anderen natuurlijk. En als de klachten toenemen, komt er ook duidelijk koorts bij of raak je benauwd, breid dan het thuisblijven uit naar de huisgenoten. Ik denk dat dat een hele belangrijke maatregel is, tezamen met de anderhalvemetermaatregel en het feit dat we bijvoorbeeld bij contactberoepen kunnen triëren om te voorkomen dat de infectie, het nieuwe coronavirus, de kans krijgt.

Voor personen met een kwetsbare gezondheid geldt natuurlijk altijd: wees extra voorzichtig. Je ziet in de praktijk dat een heleboel supermarkten bepaalde tijden hebben voor deze groepen – ik denk dat dat prima is – waardoor de kans dat ze in contact komen met geïnfecteerden natuurlijk weer kleiner wordt. Voor hen is het natuurlijk toch verstandig om nog zoveel mogelijk thuis te blijven. Dan is het nieuwe dus: vermijd drukte, geef elkaar tegelijkertijd de ruimte. Die ruimte, al geïtereerd, is natuurlijk toch de 1,5 meter afstand die van groot belang is om druppeloverdracht te voorkomen en het vaak handen wassen om te zorgen dat ook de contactinfectie zo weinig mogelijk kans krijgt. Dat was mijn laatste dia. Dank u wel.

De voorzitter:

Dan zijn we daarmee gekomen aan het einde van de presentatie van de heer Van Dissel. Ik denk dat ik namens iedereen spreek als ik u hartelijk dankzeg voor deze uitgebreide presentatie. Zoals al aangekondigd ga ik nu graag over tot het stellen van vragen door Kamerleden. U heeft de gelegenheid tot het stellen van een vraag. U krijgt een antwoord en u kunt één vervolgvraag stellen. Ik ga daar streng op toezien om ook om 12.00 uur deze technische briefing af te kunnen ronden. Mag ik als eerste het woord geven aan mevrouw Diertens? Zij spreekt namens de fractie van D66. Gaat uw gang.

Mevrouw Diertens (D66):

Weer heel hartelijk dank voor deze heldere presentatie. Onze R_0 -score ligt net onder de 1. Dat is best wel krap, denk ik. We weten dat er een vertraging in zit, dat heeft u net uitgelegd. Mijn vraag is dan ook of we niet net als Duitsland de 50 nieuwe besmettingen per 100.000 per regio kunnen hanteren. Met andere woorden, dat als het aantal nieuwe besmettingen per week de grens van 50 per 100.000 inwoners overschrijdt, er dan extra maatregelen komen om die verspreiding een beetje meer te kunnen monitoren.

De heer Van Dissel:

Ook in dat systeem ben je dus afhankelijk van meldingen of van het aantal bevestigde infecties. Misschien mag ik nog één ding over die R_0 zeggen? Die R_0 is natuurlijk een vrij absoluut gegeven, dat willen we niet te hoog hebben. Maar het hangt natuurlijk ook af van de doelen die we ons stellen. De doelen zijn: bescherm de kwetsbaren, zorg dat de zorg – de ziekenhuisopnames en ic-opnames – niet overbelast raakt en zorg dat je kijk hebt op het virus. Dat betekent dat als de totale ic-opnames op nul zouden staan – dat zullen ze naar alle waarschijnlijk niet, maar stel dat die heel erg laag zijn – je daar dan misschien ruimte hebt. Het virus is in Nederland. Dat zal altijd zo nu en dan weer leiden tot toename en dan weer wat afname. Dat betekent dus ook dat je van de R_0 , ook al is dat in retrospectief, kan verwachten dat het in sommige periodes, zeker als het totale aantal gering is, natuurlijk veel minder effect heeft op de totale hoeveelheid infectie. Dus die R_0 hoeft niet per se altijd onder de 1 te blijven.

Ik weet niet of ik helder genoeg ben. Misschien kan ik een rekenvoorbeeld geven, want dan begrijpt u het denk ik direct. Stel, je hebt 100.000 patiënten met de infectie, dan heb je met een R_0 van 0,9 daarna 90.000 nieuwe patiënten en met een R_0 van 0,99 dus 81.000 patiënten, en zo gaat dat maar door. Maar als je begint met 1.000 infecties, is het misschien niet zo erg als op dat moment die R_0 1,2 is en je van 1.000 naar 1.200 gaat op dat moment, omdat zich dat eigenlijk nog helemaal niet tot nauwelijks groepen. Dus dat zal toch een beetje aftasten worden wat er nou precies bij speelt. Is dat een helder voorbeeld? Dus het absolute aantal infecties op een bepaald moment, tezamen met de R_0 is bepalend, en van die absolute aantallen eigenlijk ook nog de verdeling over de leeftijden. Dus het is toch een wat complexer gegeven dan alleen maar te zorgen dat de R_0 op 0,9 zit. Dat zal ook niet gebeuren. Het zal in de praktijk natuurlijk toch een beetje schommelen.

De voorzitter:

Uw tweede vraag, mevrouw Diertens.

Mevrouw Diertens (D66):

Als Groningse vind ik dit wel interessant. In het begin van de pandemie maakten we voor de maatregelen duidelijk onderscheid in regio's. Zo zagen we dat er in Brabant andere adviezen golden dan daarbuiten. Bij de versoepeling wordt eigenlijk nu niet meer gesproken over die regio's. Is daar een reden voor? Is het verstandig of niet om het onderscheid te maken tussen die regio's?

De heer Van Dissel:

U moet zich realiseren dat de verschillen in regio's er natuurlijk waren op de piek van de belasting. Ik heb u ook in de grafieken laten zien dat inmiddels die regio's eigenlijk allemaal gekenmerkt zijn door een geweldige afname van het aantal nieuwe infecties. Het is dus de vraag of op dit actuele moment het aantal infecties per regio nou nog zo geweldig veel verschilt, zoals het natuurlijk wel een aantal weken geleden verschilde. Inmiddels zijn die infecties beduidend omlaag. Dat betekent eigenlijk ook dat Brabant op zich niet zo veel meer verschilt van de noordelijke regio op dit moment, in ieder geval niet zo veel als het geval was. Sterker nog, in Brabant heeft – dat heb ik u ook laten zien – in bepaalde gebieden tot bijna 10% van de personen de infectie doorge maakt en daarvan verwacht je eigenlijk dat die ertegen beschermd zijn en dat maatregelen weer wat meer effect hebben. Dus het regiodenken is op dit moment, waarbij de infectiedruk over heel Nederland toch in belangrijke mate geharmoniseerd en gelijk geworden is, veel minder van belang dan toen het heel erg speelde en er natuurlijk geweldige verschillen tussen de provincies waren.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ook namens mij dank aan de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Volgens mij zei de heer Van Dissel net iets heel belangrijks, namelijk dat absolute aantallen ertoe doen. Het is echt een hele spannende tijd, volgens mij vinden we dat allemaal. Want niemand weet alles en we gaan nu versoepelen en daarmee gaan we bepaalde risico's nemen. De hamvraag is: zijn die risico's verantwoord? Dan is het inderdaad ook belangrijk om te beseffen dat 97% van de mensen milde klachten krijgt, dus dat de kans ook groot is dat dat virus aanwezig is met milde klachten maar dat nog niemand echt aan de bel trekt.

Het is ook belangrijk wat de heer Van Dissel zei, dat we zien dat mensen zich nu al minder gedisciplineerd aan een aantal maatregelen houden. Dat heeft weer met het gedrag te maken. De vraag is natuurlijk in hoeverre dat gedrag in modellen te vatten is. Mijn vraag gaat eigenlijk over die

absolute aantallen. Want we willen zoveel mogelijk ruimte creëren voor onszelf om in te kunnen grijpen voordat we in een penibele situatie komen. Die ruimte is er als we op een laag aantal zitten. Nu zitten we op die 0,9 en de absolute aantallen betekenen dat we nu kunnen rekenen met nog steeds een aantal honderden besmettingen in Nederland. Zou het niet verstandig zijn, vraag ik de heer Van Dissel, om die absolute aantallen nog iets verder naar beneden te brengen voordat we gaan versoepelen? We hebben in Denemarken gezien dat ze ook met beperkte versoepelingen van een R_0 van 0,6 naar 0,9 zijn gegaan, dus we nemen zekere risico's. Vindt de heer van Dissel ze nu al verantwoord om te nemen? Of zou het verstandig zijn om nog iets verder die absolute aantallen, en daarmee ook de R_0 naar beneden te krijgen?

De heer Van Dissel:

Je moet natuurlijk toch naar het gehele beeld kijken. Dus ik begrijp uw redenatie. Tegelijkertijd realiseren we ons denk ik allemaal dat Nederland een open land is. Straks gaan misschien de grenzen weer open, dus dan zou je weer introducties kunnen krijgen. Daar moet je je op voorbereiden. Van het aantal kan je natuurlijk schattingen maken, van hoeveel personen op dit moment besmet zijn. Dat zijn altijd schattingen die dan weer een reflectie zijn van het aantal opnames. En ook het bepalen van de antistoffen geeft daar enig zicht op omdat dat in ieder geval personen zijn die de infectie hebben doorgemaakt. Op grond daarvan kom je dan tot berekeningen dat inmiddels zo tegen de 500.000 tot 700.000 Nederlanders waarschijnlijk geïnfecteerd zijn geweest. Dat is vooral het Sanquin-onderzoek en ook het PIENTER-onderzoek dat door het RIVM is uitgevoerd, wat eigenlijk een terugrekening is van het percentage personen dat antistoffen heeft. Dan kun je uiteindelijk gaan terugrekenen. Dus er zijn een aantal mogelijkheden om dat te volgen.

U zegt terecht dat je eigenlijk het aantal infecties omlaag wil hebben. Op zich kan ik de redenatie volgen. Maar de vraag blijft natuurlijk toch wat we daar dan voor moeten doen. We zien aan de waargenomen waarden dat er natuurlijk ook druk zit op de bereidheid om dat allemaal te doen en we hebben ook negatieve gezondheidseffecten van de maatregelen die we nu doen. Dus uiteindelijk is het met name aan u om de juiste trade-off te vinden in wat verstandig is. We weten natuurlijk pas volgend jaar of het verstandig is geweest.

Maar wat we wel kunnen doen, is een aantal van de dingen die u noemt beter invullen. Daar zullen we natuurlijk veel moeite voor doen. Eén daarvan is toch het testbeleid bij hele milde klachten. U weet dat dat testbeleid steeds verder wordt uitgebreid. We hebben er ook steeds meer ruimte in om dat te doen. Er zijn aantallen genoemd van 30.000 tot zeker in een winterseizoen misschien wel 70.000 tests, hoorde ik. Dat is natuurlijk heel belangrijk. Op het moment dat je iedereen ook met milde klachten eigenlijk snel zou kunnen testen, kom je veel meer in een situatie dat je die R_0 eigenlijk kan vervangen door andere maten, namelijk dat je meer op de hoogte bent van wat er daadwerkelijk speelt.

Dat kan je doen met testen, dat kan je ook doen met sommige apps waarbij mensen bijvoorbeeld anoniem rapporteren of ze zich al of niet ziek voelen. Dan hoeven ze helemaal geen andere dingen in te voeren. Je hoeft geen locatie of wat dan ook te weten, maar domweg als een soort maat van wat er gaande is. Dat zijn allemaal dingen die worden ontwikkeld in de hoop een zo goed mogelijke voorspeller te hebben en ook een stuur om te gaan sturen, om te zorgen dat we niet in de problemen komen.

De voorzitter:

Dank u wel. Uw aanvullende vraag.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Terecht geeft de heer Van Dissel aan dat monitoren ontzettend belangrijk is. Dat zit op de testen, maar bij dat testen hoort natuurlijk het klassieke bron- en contactonderzoek, want anders gaan we het niet alsnog lokaal indammen.

Mijn tweede vraag gaat erover wanneer wij op de rem trappen, want ik denk dat dat heel belangrijk is, en of het kan verschillen. Duitsland heeft inderdaad aangegeven: bij 50 besmettingen op 100.000 mensen trappen wij op de rem. Het moet kristalhelder zijn, ook in Nederland, voor iedereen wanneer wij een grens overgaan waarvan wij de risico's onaanvaardbaar vinden. Is daar al over gesproken en is er zo'n concreet criterium benoemd waarop we gaan sturen?

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat dat, met alle respect, iets ingewikkelder ligt dan zo'n enkel getal te noemen. Want u moet zich ook realiseren dat het uiteindelijk gaat om de doelen die je stelt. De doelen zijn steeds geweest: bescherm de kwetsbaren zo goed mogelijk, zorg dat de zorg het aankan en houd zicht op het geheel. Dat zijn de drie ankers die steeds genoemd zijn.

Van wat dat betekent, noem ik u ook weer een praktisch voorbeeld. Stel, die 50 op de 100.000 in Duitsland zijn alleen maar kinderen, die op geen enkele manier de zorg belasten en die hele milde klachten hebben. Dan denk ik dat je daar misschien toch anders mee omgaat dan wanneer je bijvoorbeeld ziet dat die 50 op de 100.000 juist de zeer kwetsbaren betreffen. Dus u heeft een heel terecht punt dat we dat zo goed mogelijk moeten vastleggen en uitdenken, maar om ons vandaag al op een dergelijk getal te pinnen, zou wat mij betreft te vroeg zijn. Er zitten gedachten achter, natuurlijk ook in Duitsland, die maken dat je daar toch nog wat gedifferentieerder over moet nadenken. Dan komen we er ongetwijfeld op terug. Maar dat gebeurt natuurlijk wel, voor de duidelijkheid.

De heer **Hijink** (SP):

Nou heeft het OMT op 6 april zelf vijf voorwaarden gesteld die gelden voor versoepeling van maatregelen. Daar gaat mijn vraag over. Ik heb die voorwaarden er nog eens bij gepakt. Als ik ze gewoon een voor een afga, dan valt mij op dat eigenlijk aan vier van de vijf op dit moment nog niet voldaan wordt. Eigenlijk kunnen we alleen zien dat de ic-capaciteit nu genoeg is, dat het aantal opnames daar daalt. Maar het systematisch testbeleid is er nu niet. Van het bron- en contactonderzoek werd net gezegd dat dat ook nog niet op orde is. De effecten van het beleid kunnen nog niet goed gevolgd worden; daar hebben we ook nog niet de systemen voor opgetuigd. Dan is toch mijn vraag: hoe wordt er vanuit het OMT nu gekeken naar de maatregelen die worden genomen, als die worden afgezet tegen de voorwaarden zoals die door het OMT zelf zijn opgesteld op 6 april?

De heer **Van Dissel**:

Ik dat u te pessimistisch bent. Wij zien de ic-opnames op dit moment echt afnemen en ook de ziekenhuisopnames. U heeft gezien hoeveel acties er op testen lopen en bij wie al die testen steeds naarmate we verder komen mogelijk worden: de leraren, de groep kinderen, gaat u zo maar door. Ik dacht dat er gisteravond ook nog een informatiemoment was over het aantal testen, dat naar 30.000 en 70.000 gaat. Als je dat allemaal gaat lopen afwachten, terwijl je het op dit moment ook voor de situatie acuut niet nodig hebt, dan doe je ook schade. Dus ik denk ik dat u het zo moet zien dat we in het OMT op grond van alles wat er loopt, wat er bij de GGD 's loopt, wat we aan protocollen voor bron- en contactonderzoek hebben opgesteld en ook met betrekking tot het meten van wat er gebeurt, voldoende vertrouwen hebben dat dat nu zou kunnen.

De **voorzitter**:

Uw tweede vraag, de heer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):

Maar klopt dan ook mijn inschatting dat de maatregelen zoals die nu worden genomen en ook de analyse van het OMT eigenlijk past bij de strategie die al een paar weken of nu eigenlijk al twee maanden wordt gevolgd van het virus gecontroleerd laten uitrazen in het land, in plaats van een strategie die in andere landen wordt gevolgd van zo veel mogelijk inzetten op het elimineren van het virus, dus proberen, precies wat mevrouw Ellemeet net zei, het aantal besmettingen nog verder omlaag te brengen, nog meer contactonderzoek, nog meer testen, met het uiteindelijke doel om zo dicht mogelijk bij het aantal van nul besmettingen te komen? Dat is namelijk een strategie die ook gevolgd zou kunnen worden en die ook economisch misschien wel interessant zou zijn omdat je dan over enkele maanden wel veel sneller weer helemaal open zou kunnen. Is dat nu dus een bewuste keuze om ervan uit te gaan dat het virus nog zeker een jaar onder ons blijft, waarbij we het gecontroleerd laten uitrazen en waarbij het de ic-capaciteit, de ziekenhuiscapaciteit is die uiteindelijk bepalend is voor welke maatregelen we wel of niet nemen?

De heer **Van Dissel**:

De woordkeuze hier is geheel aan u. Ik ken in Europa geen land dat ervoor kiest om voor eliminatie te gaan, of bijna eliminatie. Uiteindelijk gaat het ook een beetje om semantiek. We weten dat dit virus onder ons is. Ik heb ook aan de piramide geïllustreerd hoe moeilijk het is om vat te krijgen op een virus dat in veel gevallen zulke milde klachten geeft. Dan moet je er toch naar kijken wat de factoren zijn die maken dat de samenleving in de problemen komt, zoals de zorg. Daarop zijn duidelijke eindpunten gekozen en die worden nauwkeurig gemonitord. Bij dit virus is het illusoir, al wil ik dat niet zeggen, om te denken dat je het helemaal naar nul krijgt in een samenleving zonder daar veel schade aan te doen. In een land als Duitsland heeft de bondskanselier als een van de eersten gezegd: dit virus is onder ons en een bepaald percentage van de Duitsers zal dat de komende jaren gaan krijgen. Natuurlijk probeer je naar een beheersbaar getal te gaan en dat is ook wat wij doen, wat we ook zien en wat we gereflecteerd zien in de afnames in ziekenhuisopnames, in ic's. Ik vraag mij af of u niet een beetje een semantisch punt maakt, want uiteraard probeer je het zo veel mogelijk onder controle te krijgen en met het testbeleid dat gevoerd gaat worden, waarbij je uiteindelijk probeert iedereen met klachten zo snel mogelijk te testen, ga je daar ook gewoon naartoe. Dat wordt ook heel erg belangrijk, want in wezen hebben we geluk dat het zich nu in de aanloop van de zomer bevond en niet bijvoorbeeld in de aanloop van de winter, waarbij je ook nog eens alle andere virussen en griepachtige beelden erdoorheen krijgt, wat het opsporen van de personen en het goede bron- en contactonderzoek mogelijk maakt.

Mevrouw **Agema** (PVV):

We weten dat het RIVM in 2009 nog vond dat in geval van een pandemie zelfs een theedoek voor je mond nog bescherming kon bieden, maar we zien ook dat het OMT er, nu we daadwerkelijk te maken hebben met een pandemie, eigenlijk heel anders in staat als het gaat om mondbescherming. Ik heb dan ook een vraag met betrekking tot het laatste advies dat het OMT uitbracht aan de regering. Daar staat als het gaat om kappers, nagelstylisten en schoonheidsspecialisten dat zij een gezondheidscheck moeten doen bij hun klanten. Ik citeer de brief: «Hiermee is het geconfronteerd worden met een symptomatische COVID-19-infectie uitgesloten. En met deze maatregel zijn persoonlijke beschermingsmiddelen, zoals gebruik van mondkapjes en handschoenen, niet noodza-

kelijk.» In diezelfde brief staat op pagina 4: «Er zijn echter aanwijzingen voor presymptomatische overdracht.» Dat vind ik erg verwarrend. Ik heb begrepen dat je in de wetenschap als je iets niet zeker weet, dan uitgaat van het voorzorgsprincipe. Dus mijn vraag aan de heer Van Dissel is: als je het niet zeker weet en er wel aanwijzingen zijn voor presymptomatische besmetting, waarom krijgen dan die kappers en andere schoonheidsbehandelingen mee dat een infectie uitgesloten is als ze maar een gezondheidscheck doen?

De heer Van Dissel:

Een aantal dingen. Voor het gebruik van de mondneusmaskers hebben we gezegd: er zijn een aantal dingen belangrijk. Allereerst is dat de 1,5 meter aanhouden. Het tweede is het handen wassen en de hygiënemaatregelen. In situaties waarin dat niet te realiseren is, bijvoorbeeld in contactberoepen, is de vraag: kan je in die situaties aan de personen vragen of ze klachten hebben op dat moment? Die klachten ziet u hier ook genoemd. Ik ga er even van uit dat iemand met hoge koorts niet naar zijn kapper gaat, dus dan gaat het toch om de verkoudheidsklachten, loopneus, niezen et cetera. Daar kan naar gevraagd worden. Hetzelfde is dat de klant verwacht dat zijn kapper ook niet dit soort klachten heeft. Als je dat uitschakelt, zal je er ongetwijfeld altijd een zeer kleine kans op houden dat er toch overdracht plaatsvindt. Maar als je naar die kans kijkt, wat in het OMT serieus is gedaan, weten we dat die er is, maar dat die buitengewoon klein is. Dat weten we doordat er gedurende de hele periode dat dit speelt natuurlijk ook ervaring is opgedaan met deze aanpak in ziekenhuizen. Heeft dat bijvoorbeeld al of niet geleid tot uitbraken in ziekenhuizen? Dat zou je namelijk verwachten als het punt dat u maakt van groot belang zou zijn. In ziekenhuizen zijn verpleegkundigen en artsen ook nog eens uren met patiënten in contact, wat bij de kappers en pedicures et cetera toch aanmerkelijk geringer zal zijn. Daar zien we het niet, dus er zijn nog weinig aanwijzingen dat die presymptomatische overdracht belangrijk bijdraagt. Dat die presymptomatische overdracht op zich kan optreden geloven we wel, maar het gaat ook om een inschatting van wat de bijdrage daarvan is. Bovendien is daar dus de kennis bij die we inmiddels hebben vergaard vanuit de ziekenhuizen, die zo'n beleid volgen.

De voorzitter:

Dank u wel. Uw tweede vraag, mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik had eigenlijk nog een vraag willen stellen over het testbeleid, maar ik besluit toch maar om hier nog op door te gaan. Want het is het OMT zelf – en de heer Van Dissel heeft die brief zelf ondertekend – dat schrijft dat er aanwijzingen zijn voor presymptomatische overdracht. Dus dan ben je er niet met een gezondheidscheck. Dan staat in het advies dat gaat over de kappers en de schoonheidsspecialisten dat het uitgesloten is dat ze in contact kunnen komen met een symptomatische covid. Ja, maar we hebben wél die aanwijzingen voor die presymptomatische overdracht. Waarom ik hiernaar vraag, is dat in de voorbije periode van maanden huishoudelijke hulpen van huis naar huis zijn gegaan zonder enige vorm van bescherming en dat het hun ook door hun werkgevers is verboden om die te gebruiken. Gelukkig mogen de huishoudelijke hulpen nu wel gebruikmaken van beschermingsmiddelen, maar nu is er een nieuwe groep die voor het voetlicht wordt gezet, namelijk de mensen met de schoonheidsbehandelingen, de kappers en de nagelstylisten. Ook zij zullen nu dus angst ontwikkelen nog voordat zij nog maar naar hun werk gegaan zijn, en ook nu zullen we te maken krijgen met werkgevers die zeggen: volgens het OMT, volgens de regering, is de kans uitgesloten dat u besmet kunt raken, dus jullie krijgen geen beschermingsmiddelen. Daar gaat mijn zorg over. Als er toch aanwijzingen zijn voor presymptomatische

besmettingen, moeten we dan niet het voorzorgsprincipe hanteren, zoals dat zo vaak gebeurt in de wetenschap, en zou dan het advies aan de regering niet moeten zijn om juist de medewerkers van die kapperszaken en die nagelstylistes wel te beschermen en wel mondbescherming toe te passen?

De heer **Van Dissel**:

Als u het hele OMT-advies leest, staat deze mogelijkheid ook zeer duidelijk open. Van het OMT kunt u verwachten dat we op grond van wetenschappelijke kennis – ik heb u ook laten zien dat we ons daarin helemaal niet onderscheiden van analyses van wetenschappers in Europa, want die komen allemaal tot dezelfde conclusie – geen positief sturend advies kunnen uitbrengen. Tegelijkertijd kunt u ook lezen dat wij helemaal niet uitsluiten dat een kapper op grond van zijn eigen overwegingen tot het gebruik van een neusmondmasker komt. De vraag is alleen of je dat vanuit het OMT positief moet willen sturen op grond van het wetenschappelijke bewijs. Daarbij is de conclusie, in een groep van 30, 40 man, dat dat bewijs ontbreekt, dat dat onvoldoende is. Dat is wat u in de brief leest.

De heer **Asscher** (PvdA):

U gaf net aan, in antwoord op de vraag van mevrouw Ellemeet, dat ook het voorkomen van andere gezondheidsschade een argument is om toch dingen weer open te maken, ook als je dat vanuit pure controle van het virus misschien weer niet zou willen. Dat argument kan ik me heel goed voorstellen bij sport en ook bij scholen, maar misschien wat minder bij horeca. Op 15 maart heeft het kabinet de cafés en restaurants gesloten op advies van het OMT. Nu heb ik geen advies aangetroffen waarom het weer open zou kunnen. Dus waarom vindt u het eigenlijk verantwoord dat ook de horeca nu weer opengaat?

De heer **Van Dissel**:

In welk van de fasen bent u dan?

De heer **Asscher** (PvdA):

Als ik het goed begrijp, gaat per 1 juni de horeca weer open, althans geclausuleerd. Ik heb eerder adviezen gezien van het OMT hoe dan de scholen weer open zouden kunnen, onder welke voorwaarden. Ik mis dat hier. Ik vind het van belang in het kader van de vraag van mevrouw Ellemeet. Als je zoveel mogelijk wilt indammen en beperken, moet je soms uitzonderingen maken omdat kinderen moeten sporten en naar school moeten. Maar hier lijkt het een ander argument.

De heer **Van Dissel**:

Voor de duidelijkheid, er zijn adviezen en besluiten genomen over 11 mei. Bij de volgende fase zullen er nog OMT's tussen zitten die deze specifieke vragen beantwoorden. Dus daar moet nog naar gekeken worden, is het antwoord. Er is alleen zoals ik het begrijp een perspectief geschetst hoe het zich kan ontwikkelen. Maar er staat ook aangegeven dat dat natuurlijk afhankelijk is van wat er gebeurt met betrekking tot de drie pijlers. Een daarvan is hoe de verspreiding van het virus in Nederland zich gedraagt. Voordat dat dat gebeurt, zal er in ieder geval op grond van de OMT-adviezen – want daar gaat het dan om, los van wat er besloten wordt – een advies op volgen met de meest actuele gegevens.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Asscher, tweede vraag.

De heer **Asscher** (PvdA):

Maar dat betekent dus eigenlijk dat ook de aangekondigde verruimingen, zelfs die vrij dichtbij zijn, niet alleen onder voorbehoud zijn, maar eigenlijk

nog niet besloten zijn in uw ogen. Dus die elementen van de persconferentie betekenen dat er nog een wetenschappelijk onderbouwde toets moet komen door het OMT met de vraag of dat daadwerkelijk gaat gebeuren. Dan zou mijn vraag zijn: wat is dan de exacte norm waar men aan moet voldoen? Want ic-capaciteit kan het niet zijn en we hebben net begrepen hoe ingewikkeld het is om met getallen te komen; in het Duitse voorbeeld kon dat niet. Dus op basis waarvan wordt dan op welk moment dat besluit genomen?

De heer Van Dissel:

Bij een deel van wat u vraagt, gaat het denk ik toch om beleidsvragen. Op het moment dat we de specifieke vragen krijgen, zullen we daar nauwkeurig naar kijken. Deels is het wat we zien gebeuren, deels is het wat we zien gebeuren in andere landen. Ik wil namelijk wel nadrukkelijk stellen dat we natuurlijk niet het enige land zijn dat met een exitstrategie bezig is. Veel meer landen zijn daarmee bezig. Sommige landen lopen voor, andere landen lopen achter. Daar hopen we natuurlijk van te leren. En we zullen natuurlijk steeds toetsen of het uiteindelijk voldoet aan de normen die we gesteld hebben en die u ook terugvindt in de slides die ik toonde. Daarbij zijn de 1,5 meter en het wel of niet doen van triage belangrijke onderdelen. Dat zijn nu belangrijke gegevens die gebruikt zijn om zo'n hele routekaart uit te rollen, maar er moet natuurlijk wel steeds tussendoor gekeken worden of we de goede kant op blijven gaan en of er toch niet indicaties zijn van toename van infecties tot een niveau waarbij we misschien weer te veel in de problemen komen. Ik denk dus dat dat een iteratief proces zal zijn. Maar het is uiteraard niet aan mij om dat te besluiten; dat zult u aan de Ministers moeten vragen.

De voorzitter:

Dank u wel. Daar is vanmiddag het debat voor gepland.

Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Van den Berg namens de fractie van het CDA.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Op de eerst plaats spreek ik weer onze dank uit aan meneer Van Dissel voor zijn heldere toelichting. Ik wil graag nog even doorgaan op het testbeleid. Het OMT heeft het over drie pijlers en de regering heeft het over de ankerpunten, namelijk de ic-capaciteit, het beschermen van kwetsbare mensen en het zicht houden op de verspreiding van het virus. Meneer Van Dissel gaf net zelf aan dat er bij het mobility report van Google en ook bij Peilstations toch een vertraging zit van minimaal een week. Er is bijvoorbeeld wel de app van het LUMC, die wel realtime-informatie geeft. Op een van de vorige vragen reageerde meneer Van Dissel met te zeggen: we hebben er voldoende vertrouwen in dat er dan testen komen en dat we dan dus een stuur hebben. Dan is toch de conclusie dat we nu in feite meer van de lockdown weggaan terwijl er eigenlijk nog niet voldoende een stuur is? Ik zou van meneer Van Dissel willen horen waarom het OMT daar mee in kan stemmen, want we zijn in feite nu stuurloos bezig.

De heer Van Dissel:

Ik vind dat opnieuw een beetje pessimistisch. Ik hoop dat ik het hier anders geschetst heb. We hebben natuurlijk tegelijkertijd ook een heleboel geleerd op grond van de modelleringen en de modelleringen zijn natuurlijk onze blik vooruit. We hebben ook geleerd dat we daarop kunnen vertrouwen, want u ziet ook die getallen daarin ingetekend en die blijken toch redelijk te voorspellen wat er gebeurt. We hebben ook geïdentificeerd wat de belangrijkste maatregelen zijn. We denken dat die bepalend zijn voor het succes. Daarbij denken we toch aan de 1,5 meter en het «blijf thuis als je klachten hebt». Daardoor geef je het virus niet de kans om zich

breder te verspreiden. Daarbij denken we ook aan dingen als evenementen en dergelijke die niet meer plaatsvinden. Dus we hebben natuurlijk toch wel het vertrouwen opgebouwd en we hebben gevoel gekregen voor wat er gebeurt. Met die modellen kunnen we ook voorspellingen doen. Die modellen houden rekening met de hoeveelheid contacten die iemand heeft en houden ook rekening met eventueel wisselende compliance. Dat kunnen we natuurlijk in die modellen inbouwen en dat zit er ook al in. Voor de duidelijkheid gaan we er in die modellen niet van uit dat iedereen altijd doet wat je invoert. Er zit dus een compliancefactor in die meegenomen wordt. Die modellen voorspellen nu een nog voortgaande afname, en dat zien we ook daadwerkelijk gebeuren. Het is dus niet zo dat we nou helemaal stuurloos zijn. We hebben schattingen die ons eerder geholpen hebben en waarvan blijkt dat ze juist zijn geweest. En die schattingen trekken we natuurlijk nu nog voort terwijl we tegelijkertijd alle andere voorwaarden scheppen om zo dicht mogelijk op het vuur te zitten. Dus ik denk toch dat dat in elkaar schuivende dingen zijn. Tegelijkertijd moeten we ons realiseren dat we ook gezondheidschade geven met wat we nu doen. Dat is al genoemd; het blijft een trade-off. Dan is het uiteindelijk ook het vertrouwen dat je hebt dat dat tot stand komt, zodat je tijdig daar je terugkoppeling op vindt. En ja, dat hebben we.

De voorzitter:

Dank u wel. De tweede vraag van mevrouw Van den Berg.

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

Die gaat ook over testen, maar meer over serologische testen, omdat je er ook inzicht in wilt krijgen wie het allemaal heeft gehad. Het gaat toch ook om zorgen. Afgelopen dinsdag stond in het Algemeen Dagblad namelijk dat in de Duitse gemeente Gangelt een onderzoek is gedaan waarbij 22% van de mensen asymptomatisch zou zijn bevonden. We hebben het net over presymptomatisch gehad, maar asymptomatisch betekent dat er helemaal geen indicaties zijn en dat mensen dus toch ziek zijn geweest. Wat gaat dat betekenen, ook voor onze maatregelen?

De heer Van Dissel:

Voor de duidelijkheid zeg ik: asymptomatisch betekent dat je niet ziek bent geweest. U zei dat deze mensen ziek zijn geweest. Dat zijn ze niet geweest. Ze hebben geen klachten gehad.

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

Nee, ze hebben geen klachten gehad, maar ze kunnen het virus wel overdragen.

De heer Van Dissel:

Dat is helemaal de vraag en dat heb ik niet in dat onderzoek gelezen. Er zijn talloze virussen, bijvoorbeeld virussen die neusverkoudheid veroorzaken. Die kunt u nu in uw neus hebben en die kunnen zich nu stilhouden en niks doen. Soms zijn ze weer weg. En soms, bij een klimaatverandering, geven ze plotseling een neusverkoudheid. Dat is voor respiratoire virussen op zich niet 100% afwijkend gedrag. Waar het natuurlijk om gaat, is wat nou het belang is bij de verspreiding van het virus. De conclusie is dat we daar in de eerste plaats geen rekening mee hebben gehouden, terwijl we toch zien dat we de uitbraak onder controle krijgen met maatregelen die gericht zijn op in wezen symptomatische overdracht. Ik denk dat dat gewoon ook de essentie is. Naarmate we meer leren van dit virus... Wij kennen dit virus ook pas amper vier maanden. Er valt nog een heleboel te leren, misschien ook over wat u nu noemt. Maar dat betekent niet meteen dat het een grote streep zet door alles wat we gedaan hebben. Want u heeft ook kunnen zien dat we de uitbraak in Nederland

toch redelijkerwijs onder controle hebben gekregen, gezien al onze doelen. Dit zal ongetwijfeld in vervolgonderzoek nader worden uitgezocht. Mocht dit een rol spelen, dan zullen we het een plaats geven. Maar essentieel is altijd: speelt het een rol? En dat kan je natuurlijk ook terugzien: hebben we er last van gehad? Dat blijkt in ieder geval niet uit wat we tot nu toe geobserveerd hebben. Dus ik denk dat we daar gewoon meer over moeten leren.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Ook namens de Partij voor de Dieren weer hartelijk dank aan de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Ik heb twee vragen over dat echt wel weer verder indammen van het virus. En ik wil toch nog even terugkomen op die mondkmaskers. Het OMT geeft eigenlijk geen richtinggevend positief advies; dat wordt heel duidelijk aangegeven. Toch blijf ik erbij dat u in de afgelopen weken eigenlijk echt niet positief was over het gebruik van mondkmaskers, en volgens mij bent u dat nu weer niet. U heeft ook echt aangegeven dat het gebruik daarvan schijnveiligheid creëert. Ik ben toch wel benieuwd waarom het OMT nu niet gewoon een negatief advies heeft afgegeven in plaats van een niet-positief, richtinggevend advies? Dat was volgens mij in de afgelopen weken wel degelijk uw advies.

De heer **Van Dissel**:

Nee, ik denk niet dat dat zo was. U noemt nu één woord uit de brief en uit de overwegingen. Wij zeggen dat er studies zijn die enig effect van die niet-medische mondneusmaskers aangeven. Dat heb ik ook net genoemd en die studies zijn er ook. Bij dat positieve effect moet u ook nog eens zien dat die studies zijn verricht in de periode dat niet de 1,5 meter is aangehouden. Je verwacht dus eigenlijk dat als je die studies nu zou doen, het positieve effect ook nog eens veel minder zou zijn. Maar, zeggen we, er zijn enige studies waarin er een positief effect blijkt te zijn als je het op de juiste manier doet. «Het op de juiste manier doen» betekent dat je de discipline hebt van het goed opzetten, het niet aanraken, het tijdig wassen et cetera. Tegelijkertijd weten we uit gedragsstudies dat er enerzijds potentieel positieve effecten zijn van het dragen van mondneusmaskers, omdat je als het ware de ander laat zien dat er wellicht iets gaande is en dat we ons moeten beschermen. Anderzijds zijn er ook onderzoeken die laten zien dat als men zo'n mondneusmasker op heeft, men denkt: nou, ik voel me wel wat neusverkouden, maar ik heb toch zo'n mondneusmasker, dus ik ga gewoon naar buiten toe. Daar verwijst het woord «schijnveiligheid» naar en op zo'n manier creëer je dus in wezen schijnveiligheid met die mondneusmaskers. Er zijn zelfs studies, die ook zijn aangehaald in het ECDC-rapport, waarin wordt aangetoond dat er méér infecties zijn mét mondneusmaskers. Dat allemaal optellende, vindt het OMT gewoon dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is om daar een positief effect over naar buiten te brengen. Gezien een aantal studies met dat positieve effect, mits je het goed doet, zeggen we tegelijkertijd dat we ons kunnen voorstellen dat dit reden zou kunnen zijn dat sommige groepen daartoe besluiten.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Van Esch, tweede vraag.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Ik heb nog een vraag over dat testen en het bron- en contactonderzoek daarna. Als ik het goed begrijp, geeft het OMT, nadat je zelf positief getest bent en je contacten geanalyseerd zijn, niet het advies dat die contacten dan ook thuis moeten blijven. Volgens mij werd er aangegeven dat je thuis mag blijven, maar dat je niet per se thuis hoeft te blijven. Ik ben heel benieuwd hoe dat advies tot stand is gekomen. Je ziet dat andere landen

wel aangeven dat die mensen thuis moeten blijven. Is dat niet een verstandige keuze om het virus op die manier verder in te dammen?

De heer **Van Dissel**:

Bij mijn beste herinnering, maar soms duizelt het mij ook van alle protocollen en richtlijnen, is wat u suggereert, juist de verandering die is doorgevoerd. Misschien moeten we daar zo nog even naar kijken. Het is dus versterkt.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Mag ik daar kort iets over vragen? Volgens mij werd gisteren in de persconferentie door de Minister-President aangegeven dat je thuis kunt blijven, maar dat dit geen verplichting is, zoals in andere landen wel het geval is. Het gaat dus om contacten die met jou in aanraking zijn geweest op het moment dat je corona hebt gehad. Volgens mij is daar naar mijn weten geen specifieke wijziging.

De **voorzitter**:

De vraag is helder. Ik kijk nog even in de richting van de heer Van Dissel. Lukt dat nu?

De heer **Van Dissel**:

Zeker. Ik wil het helemaal niet onnodig complexer maken, maar het is helaas wel complex. In de laatste aanpassing staat een verduidelijking – dat is misschien waar ik op doel – van de definities van de intensiteit van contact. Daar hangt dit namelijk mee samen. Dat staat allemaal op de website. Ik wil het hier niet fout citeren, maar dat is wel de verandering die doorgevoerd is.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan verwijzen wij u voor dit specifieke punt helaas naar de website, om onduidelijkheid te voorkomen. Dan geef ik nu graag het woord aan de heer Veldman namens de fractie van de VVD. Gaat uw gang.

De heer **Veldman** (VVD):

De Minister-President heeft gisteren bij de persconferentie een soort routekaart gepresenteerd van wat er per 11 mei kan, wat er mogelijk per 1 juni kan en mogelijk per 1 juli en daarna. Ik denk dat dat heel goed is. Dat geeft perspectief. Daar hebben wij volgens mij met z'n allen behoefte aan. Maar daar zat natuurlijk wel een disclaimer bij. Die disclaimer lees ik ook terug in het OMT-advies. Daar staat dat het versoepelen van maatregelen alleen in kan gaan bij een lage incidentie van de infecties. In gewonemensentaal: dan moet er dus nog maar een beperkt aantal mensen besmet zijn met het virus. Die moeten dan in ieder geval dus ook gevonden en gedetecteerd zijn als besmette personen. Het OMT heeft begin april al aangegeven dat het testen opgeschaald moet worden. Dat is voor een deel gebeurd, tot nu toe met de groepen die we allemaal kennen. Maar de lage incidentie vraagt dus ook om een breed testbeleid. Is het advies van het OMT hier nou dat er eerst op grote schaal getest moet kunnen worden, dus bij iedereen die klachten heeft, en dat dan pas de voor 1 juni of 1 juli aangekondigde maatregelen daadwerkelijk kunnen worden doorgevoerd?

De heer **Van Dissel**:

Ik denk niet dat wij het zo strikt zeggen. Het is al eerder genoemd dat je de infecties in ieder geval op een dergelijk niveau wil hebben, dat je, als daar een verandering in is, niet twee weken later verrast kan worden door een dusdanige toename dat je weer zo'n geweldige ic-belasting krijgt, ook al wordt er natuurlijk ook op ic-gebied aan een buffer gewerkt. Dat is ook

genoemd. Met het testen beogen we om uiteindelijk naar een situatie te gaan dat iedereen die klachten heeft, getest kan worden en dat die uitslag ook consequenties heeft. We hebben daarvoor ook een geloofwaardige route gekregen, namelijk dat dat in juni kan gebeuren. Mede met de schattingen van nu, namelijk dat de huidige veranderingen nog weinig effect zullen hebben op de parameters die we meten – dat heb ik u laten zien in de curves die de schattingen weergeven – denken we dat het met elkaar consistent is. Uiteindelijk hoop je te bereiken dat je zo veel mogelijk patiënten zo vroeg mogelijk oppikt. Dat is uiteindelijk de wijze om zo goed mogelijk controle te houden op dit virus.

Tegelijkertijd realiseren we ons volgens mij ook allemaal dat dit, naarmate we verder komen in de versoepeling en er weer mee contacten zijn met het buitenland land, risico's oplevert. Daarom wordt er gezegd: het virus is onder ons en we moeten het zo goed mogelijk beheersen. Dat is wat we daadwerkelijk met deze aanpak beogen. Het testbeleid is daar een belangrijk deel van.

Het testbeleid tot juni wordt uitgebreid parallel met het versoepelen van verschillende maatregelen. We voegen nu de leraren toe en in een later stadium ook de contactberoepen. Als we in juni de situatie bereiken dat we iedereen kunnen testen, denk ik dat we nog beter geïnformeerd zijn. Maar op zich vinden we niet dat we nu onvoldoende geïnformeerd zijn om de eerste wijzigingen te steunen en ook te adviseren.

De voorzitter:

Dank u wel. Tweede vraag. De heer Veldman.

De heer Veldman (VVD):

Ik zit even te kauwen op dat antwoord, omdat het enigszins klinkt als een versoepeling van de eerdere adviezen die het OMT zelf gegeven heeft. De heer Hijink refereerde net ook al aan het advies van 6 april waarin vijf stevige randvoorwaarden geformuleerd zijn. Het klinkt alsof de heer Van Dissel zegt: op dat moment vonden we dat, maar kijkend naar de ontwikkeling nu, kunnen we daar iets soepeler mee omgaan, omdat we ook een aantal andere indicatoren hebben.

De heer Van Dissel:

Ik denk u dat op zich juist heeft. Wetenschap is in die zin geen politiek. Als wij morgen een onderzoek krijgen dat onze mindset totaal omdraait, dan draait onze mindset totaal om. Ik bedoel: dat is wetenschap. Je leert alleen maar van correcties op dingen die je daarvoor gedaan hebt. Dat is misschien wat anders dan dat je een jaar geleden wat opschrijft en steeds daaraan getoetst wordt. Natuurlijk is er voortschrijdend inzicht. Dat moet ook, want er komt een heleboel nieuwe kennis beschikbaar. Het laatste wat we willen, is itereren op kennis waarvan we eigenlijk vinden dat die verouderd is. Als u dat zo opvat, denk ik dat u in die zin best inconsistenties kunt vinden met vorige OMT-adviezen. Ik vind dat eigenlijk heel positief, want dat laat zien dat er voortschrijdend inzicht is en dat we meer hebben geleerd. En dat is ook zo. Ik denk dus dat ik die vraag bevestigend moet beantwoorden. Dat is wellicht een andere dimensie van onze verschillende achtergronden.

De voorzitter:

Dat zegt u mooi. Dank u wel. Dan geef ik nu graag het woord aan de heer Van der Staaij namens de fractie van de SGP.

De heer Van der Staaij (SGP):

Allereerst weer dank aan de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Mijn vraag gaat over de versoepelingen die in beeld zijn gebracht, voor het geval dit verantwoord kan en als het coronavirus onder controle blijft. Daar zijn een aantal vragen over gesteld. Mijn vraag gaat eigenlijk over de

voorwaarden waaronder die versoepelingen zouden kunnen plaatsvinden. En dan bedoel ik meer: gelden er dan nog aanvullende gedragsregels ten opzichte van 1,5 meter afstand houden en vaak je handen wassen? Betekent dit dat er in de fase van meer vrijheid ook reden is voor extra gedragsregels gebaseerd op wat we nu weten over de overdracht van het virus?

De heer **Van Dissel**:

Ik denk niet zozeer nieuwe, maar we zien wel een verschuiving. Een mooie is bijvoorbeeld: vermijd drukte. Dat is natuurlijk wat anders dan «blijf zo veel mogelijk thuis», ofschoon «werk zo veel mogelijk thuis» blijft. Dat is een wat andere gedragsregel. De ene zal in die zin een substitutie zijn voor de ander. Maar ik denk dat de basis steeds weer verwijst naar de mogelijkheden van overdracht van het virus via contact, via druppelinfectie. Daar zijn de belangrijkste gedragsregels op gebaseerd, namelijk de hygiënemaatregelen, het schoonmaken, de 1,5 meter afstand en natuurlijk «bij ziek zijn thuisblijven». Die regels zult u steeds terugvinden, maar de manier waarop die worden gebruikt, kan natuurlijk wat wisselen. Als je in een fase zit waarin de infecties toenemen en je onzeker bent of het helemaal onder controle te krijgen is, zul je daar natuurlijk strenger op zijn dan wanneer je ziet dat er meer ruimte komt. Het advies is «blijf binnen het huishouden» – als er een infectie optreedt, kan dat per definitie alleen maar het huishouden betreffen – tot «ga naar buiten». Maar zorg er in dat geval voor dat je eerst zo veel mogelijk lokaal blijft, de dingen individueel doet en drukte vermijdt. Daar zit dus inderdaad enige kanteling in van gedragsregels.

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

Hier heb ik een vervolgvraag op, misschien nog meer specifiek. Gisteren zei de Minister-President tijdens de persconferentie dat het bijvoorbeeld wel gevaarlijk kan zijn om tijdens kerkdiensten te zingen. Nou, als dat zo is, is het wel heel belangrijk om dat goed te weten, want dat geldt ook voor bepaalde culturele evenementen, voor koren, voor muziekverenigingen. Hebben we over dat soort inzichten nu voldoende wetenschappelijke informatie?

De heer **Van Dissel**:

Dat is een terecht punt. Wij hopen dat zo snel mogelijk te krijgen, natuurlijk ook door onderzoek, en niet alleen in Nederland, maar ook in het buitenland: wat zijn nou gebeurtenissen geweest waarbij het virus extra is verspreid? Maar er zijn enige suggesties dat inderdaad bijvoorbeeld zingen – maar u kunt dat ook zien bij een voetbalwedstrijd in een vol stadion waar iedereen geniet en vrolijk zingt en schreeuwt – waarschijnlijk door toch een andere soort druppelvorming geleid kan hebben tot meer infecties op zo'n plek. Veel meer dan suggesties zijn het helaas nog niet, maar het zijn natuurlijk toch wel suggesties. Ik denk dat we daar het liefst zo snel mogelijk achter zouden willen zijn, want dan kun je ook de meest gerichte gedragsadviezen geven en andere dingen die ook waardevol zijn weer mogelijk te maken, waarbij je dan misschien aanvankelijk wel vraagt om dit onderdeel op een andere wijze te doen.

De **voorzitter**:

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

De heer **Azarkan** (DENK):

Wederom dank aan de heer Van Dissel namens de algehele DENK-fractie voor zijn uitstekende bijdragen die hij al weken met ons deelt. Ik heb een vraag over wat er op pagina 3 staat van het advies van het OMT. Dat gaat eigenlijk over de mondneusmaskers. Ik lees daar dat de heer Van Dissel, als uitstekende onderzoeker en hoogleraar, zegt: feitelijk is er geen

onderzoek dat aantoont dat het echt werkt met die mondneusmaskers, maar, toe maar, in bepaalde omstandigheden; er is nog wel wat onderzoek; het is eigenlijk heel schaars maar, toe maar, gebruikt u dat maar. Dat is een beetje wat ik daaruit haal. Ik vind dat lastig, omdat we gedurende deze crisis natuurlijk varen op uitstekend onderzoek en zo veel mogelijk data, maar dat blijkt hier wat minder uit. Wat is nou de overweging om, eigenlijk zonder dat er echt valide en betrouwbare onderzoeken zijn die aantonen dat het werkt, toch te zeggen: gaat u het maar gebruiken? Is dat dan niet een soort schijnveiligheid als mensen dat gaan doen?

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat u eigenlijk aangeeft dat de wetenschappelijke beoordeling ook niet altijd straightforward en heel simpel is. Want vaak moet je ook gebruikmaken van gegevens die verzameld zijn voor net iets andere ziektes in situaties die net weer iets anders zijn dan de situatie die we nu gecreëerd hebben. Wij hebben nu een situatie gecreëerd waarin de 1,5 meter redelijk goed wordt nageleefd. Dit betekent eigenlijk dat druppelinfecties door die 1,5 meter moeite zullen hebben om de andere persoon te bereiken. De meeste onderzoeken met de mondneusmaskers zijn gedaan zonder die noodzaak van die 1,5 meter. Dan kan een onderzoek dus enige werkzaamheid tonen, maar misschien zat men toen veel dichter op elkaar; dat kan je zeker niet uitsluiten, want dat is gewoon niet meegenomen in het onderzoek. Als je het onderzoek dat bijvoorbeeld enige werkzaamheid toont extrapoleert naar de situatie van nu, waarin je in principe op die 1,5 meter zit, dan zult u zich kunnen voorstellen dat een al geringe werkzaamheid waarschijnlijk nog minder is. Dat is eigenlijk ook wat in het advies staat. Ik heb het net al genoemd: van de vijftien zijn het er geloof ik een drietal die net iets tonen. Maar er zijn ook studies die tonen dat de mondneusmaskers gewoon 40% tot 90% doorlaten en dat je er dus zeker niet op kan bouwen. Nou zijn er ondanks die 1,5 meter natuurlijk situaties waarin je die 1,5 meter niet altijd kan respecteren. Een ervan is de situatie in het openbaar vervoer. Dus dan geldt eigenlijk toch weer: wil je dan niet toch weer wat meer kijken naar de positieve studies en zeggen «nou ja, in het openbaar vervoer kunnen we ons er dan wat bij voorstellen»? En dat is eigenlijk wat u hier gereflecteerd ziet.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De tweede vraag van de heer Azarkan.

De heer **Azarkan** (DENK):

Ja. Mijn tweede vraag gaat over de situatie in Zweden. Uw tegenhanger, meneer Johan Giesecke, kijkt een beetje meewarig naar al die landen met die lockdown en die allemaal aan het kijken zijn hoe ze toch uit die hele moeilijke situatie moeten komen. Hij geeft aan dat in de regio Stockholm inmiddels zo'n 25% antilichamen heeft. Eind juni moet dat richting de 40% zijn. De groepsimmunititeit begint tussen de 40% en de 60%. Hoe kijkt u aan tegen de situatie zoals net geschetst?

De heer **Van Dissel**:

Dit is een bekende collega. Hij is overigens inmiddels met pensioen. Hij deed deze uitspraak inderdaad, ik dacht op het journaal. Uiteindelijk zit het duiveltje toch weer in het detail, moet ik helaas zeggen. Alhoewel, helaas? Dat is waarschijnlijk zo. Je moet maatregelen dus zien in de cultuur en de situatie van het land. De situatie in Zweden is ook niet dat men niks doet. Als je de Zweedse collegae daarover bevraagt, dan zeggen ze: ik weet wel dat dat beeld ontstaat, maar dat is niet zo; alleen, we framen het misschien anders en we leggen de details anders. Als in Zweden iedereen vanaf het begin erop wordt aangesproken dat het heel verstandig is om in feite ook aan social distancing te doen zonder dat men dat vervolgens een

stempel geeft van een rijksoverheid, dan heeft dat ook effect op het gedrag. En dat is ook wat zij zien. Er zijn in Zweden wel degelijk allerlei gedragsveranderingen gezien die hebben bijgedragen aan het verloop van de infectie zoals die daar is. Tegelijkertijd moet je constateren dat de infectierate in Zweden ten opzichte van die in de andere Scandinavische landen echt bijna dubbel zo hoog is. Het is dus niet zo dat dat pijnloos geschiedt of ook wellicht zonder risico's. Dat betekent weer dat het van belang is om te zien welke groepen dan vooral in Stockholm wonen. Zijn dat dan vooral singlehuishoudens? Als relatief gezien meer personen een eenpersoonshuishouding hebben, dan maakt dat eigenlijk al dat je weer anders aankijkt tegen social distancing. Het gaat ook om de leeftijd, om de redenen die we al genoemd hebben. Als je al die factoren meeneemt, dan zijn er ongetwijfeld nog steeds veranderingen en verschillen tussen Zweden en de rest van Europa, maar dan zijn die alweer veel minder absoluut dan weleens gesuggereerd wordt.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan kom ik nu bij mevrouw Dik-Faber van de fractie van ChristenUnie. Gaat uw gang.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Ook van mijn fractie dank aan de heer Van Dissel voor de uitgebreide en zorgvuldige toelichting. Mijn vraag gaat over het tijdpad dat nu geschetst is. Natuurlijk hebben we allemaal behoefte aan optimisme. Ik wil ook niet pessimistisch zijn, maar ik wil heel graag realistisch zijn. Het OMT stelt dat het moment waarop de maatregelen worden versoepeld het effect bepaalt op de uitbraak en het slagen van de strategie in de volgende fase. De heer Veldman citeerde dit ook: versoepeling kan alleen bij een lage incidentie en onder specifieke voorwaarden. Mijn vraag is dan wel of hieraan naar de mening van de heer Van Dissel en het OMT in het voorliggende routepad wordt voldaan.

De heer Van Dissel:

Ik dacht dat ik eerder heb genoemd – dat is waar u naar verwijst – dat wij het als onze verantwoordelijkheid voelen om zo goed mogelijke indicatoren te hebben, dus maten, van hoe het gaat verlopen. Mochten we daar verandering in zien, dan zien wij het ook als onze verantwoordelijkheid om die verandering zo snel mogelijk te presenteren, opdat kan worden beoordeeld of dit de goede kant op gaat: moeten we misschien bepaalde dingen uitstellen, moeten we op de rem drukken? Ik wil niet zeggen «versnellen», maar in wezen kan het natuurlijk alle kanten op gaan. Die beoordeling voelen wij als onze verantwoordelijkheid. Dit heeft betrekking op hoe het virus zich gedraagt, op de afgeleide grootheden zoals het aantal ziekenhuisopnames en het aantal ic-opnames – dat zullen we nauwkeurig gaan volgen – en een toename van het testbeleid. We hebben een aantal onderzoeken die doorlopen, bijvoorbeeld naar de verspreiding onder kinderen of de verspreiding onder de ouders van kinderen. Er lopen ook verschillende wetenschappelijke onderzoeken door die ons, ook weer door steekproeven onder de bevolking, informatie geven en die ons hopelijk allemaal duidelijk maken dat we op het goede pad zijn. En daar hebben we vertrouwen in.

De voorzitter:

De tweede vraag van mevrouw Dik-Faber. Gaat uw gang.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Ik zou hier best nog heel veel vragen over willen stellen, maar mijn tweede vraag wil ik toch maar stellen over de bezoeksregeling in verpleeghuizen, want die is ook belangrijk. En daar noem ik de gehandicaptenorganisaties dan ook gelijk maar bij. We kennen ook beschermd wonen en de

jeugdzorginstellingen. Zij snakken allemaal naar bezoekregelingen. Wat is het perspectief voor het bezoek aan deze instellingen zoals het OMT dat nu heeft geadviseerd? Het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving was om maatwerk toe te passen. Zou dat advies van de raad een invulling kunnen zijn van het OMT-advies, of ziet het OMT een andere route voor zich?

De heer **Van Dissel**:

Misschien dit om onze rol hierin duidelijk te maken. Wij hebben als OMT gekeken naar een voorstel van VWS voor hoe dat zou kunnen. Daar zijn wat modificaties, veranderingen, gesuggereerd die Verenso daar inbracht. Ik denk dat het dan uiteindelijk aan het ministerie, de Minister, is om te besluiten hoe dat definitief vorm krijgt. Wij hebben dus als OMT kennisgenomen van het voorstel. We zien daar een heleboel elementen in. Er zijn wat toevoegingen gedaan. Tja, daarmee wil men een eerste stap maken op deze weg. En we realiseren ons ook allemaal hoe belangrijk die weg is, dus er is ook heel veel druk vanwege de negatieve effecten van het volledig afsluiten. Dan gaat het dus vooral om je beoordeling van of het op deze wijze zorgvuldig kan gebeuren. Dat betekent dan dat er in het huis geen besmettingen meer zijn, natuurlijk dat je triage doet op de bezoeker, dat je het aantal verschillende bezoekers beperkt et cetera. Dat zijn allemaal voorwaarden waaronder dit nu gaat lopen, zo hebben we begrepen, op – natuurlijk na de opstart – 25 plekken, om hopelijk zo snel mogelijk duidelijk te krijgen of het verder kan worden uitgebreid.

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

Het eerste advies heeft dus niet op tafel gelegen bij het OMT.

De heer **Van Dissel**:

Nee. Wij beoordelen wat ons gevraagd wordt, zoals dat ook is afgesproken, en we kregen specifiek de vraag om het voorstel van VWS te beoordelen. Daar hebben we op gereageerd, tezamen met toevoegingen die uit de groep zelf kwamen in de vorm van Verenso.

De **voorzitter**:

Het woord is aan de heer Van Haga.

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

Voorzitter. Ik constateer dat er veel asymmetrie zit in de maatregelen, dat de maatregelen niet zijn genormaliseerd. Je mag bijvoorbeeld drie mensen thuis ontvangen, maar dat wordt niet gerelateerd aan het aantal vierkante meters. Kappers, massagesalons en nagelstudio's mogen open, maar sportscholen, turnzalen, concertgebouwen en schouwburgen niet. Mijn vraag is: waarom worden de maatregelen niet genormaliseerd op het aantal vierkante meters per persoon? Volgens mij is het vanuit medisch perspectief prima te onderbouwen dat een sportschool of culturele instelling wel opengaat met inachtneming van maatregelen als ventilatie en afstand bewaren, maar bijvoorbeeld ook een voldoende aantal vierkante meters.

De heer **Van Dissel**:

Dat is natuurlijk wel degelijk een onderdeel. U kunt het ook lezen. In het afwegingskader voor kappers kun je bijvoorbeeld uitrekenen hoeveel je in de cirkel rondom de persoon die geknipt moet worden kan doen, ook rekening houdend met de spiegel et cetera. Maar u noemt een paar andere dingen, zoals sportscholen. Kijk, niet elke ruimte heeft dezelfde infectierisico's. Met name van sportscholen, waar iemand over het algemeen naartoe gaat om zich in te spannen en daarbij meestal ook behoorlijk zweet, weten we dat dat gewoon bepaalde risico's geeft, ook met betrekking tot andere infecties. Dus je kunt niet zomaar een vierkante

meter sportschool vergelijken met een vierkante meter bij de kapper. Dat is een deel dat onderliggend is in de indeling die is gemaakt. Dus het wordt meegenomen, maar er zijn andere factoren die daar ook een rol in meespelen. Dus in die zin kun je niet alleen maar normaliseren op vierkante meters.

De voorzitter:

De heer Van Haga, een vervolgvraag.

De heer Van Haga (Van Haga):

Ja, ik begrijp dat de ene vierkante meter niet hetzelfde is als de andere vierkante meter. Maar mijn vraag ging natuurlijk puur over het normaliseren. Als je 1.000 m² sportschool hebt, dan is dat wat anders dan 10 m² sportschool. Maar goed, dat terzijde, want ik heb nog één andere vraag. Ik noemde net al ventilatie. Er is steeds meer aandacht voor aerosolen en ventilatie. Ik vraag me af of daar nu al intensiever onderzoek naar wordt gedaan, en of dat ook van invloed kan zijn op de volgende stap die we kunnen nemen, waardoor sportscholen en culturele instellingen wel open zouden kunnen gaan. De heer Van der Staij had het net over kerkdiensten en zingen. Heeft ventilatie daar ook uw aandacht?

De heer Van Dissel:

Het antwoord is ja, ofschoon ik denk dat we daar nog wel het nodige moeten leren. We kennen natuurlijk het belang van ventilatie, al was het maar in de setting van het ziekenhuis, waar de luchtverversing een belangrijk onderdeel is van de maatregelen die je neemt. Ik denk dat daar, wat dat betreft, zeker naar wordt gekeken. Dat ziet u bijvoorbeeld ook gereflecteerd in het feit dat dingen als buitensporten weer anders op de route staan dan bijvoorbeeld binnensporten. Dat heeft alles te maken met of het buiten – letterlijk – verwaait, terwijl dat binnen, zeker als de ventilatie niet op orde is, anders verloopt, ja.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik kijk in de richting van de heer Hiddema. U had aangegeven geen vragen te hebben. Is dat nog steeds zo?

De heer Hiddema (FvD):

Dat heb ik helemaal niet aangegeven.

De voorzitter:

Dat had ik doorgekregen, maar gaat u uw gang.

De heer Hiddema (FvD):

Wie geeft zoiets doorgegeven?

De voorzitter:

Ga uw gang. De heer Hiddema, namens het Forum voor Democratie.

De heer Hiddema (FvD):

Ja, voorzitter, daar zijn we dan. Nou, ik kan het kort houden, want ik denk dat ik, met mijn beperkte inzichten, dankzij meneer Van Dissel inmiddels alles wel weet wat ik aan de hand van de situatie van vandaag kan weten over de medische kwesties richting corona en de kwesties van statistiek daarmee verband houdend. Dus ik heb maar één praktische vraag, en dat is de volgende. In Nederland worden alleen mensen getest als ze symptomen hebben, terwijl er aanwijzingen zijn dat ook iemand zonder symptomen besmettelijk kan zijn. Zou er dan ook niet preventief en steekproefsgewijs getest moeten worden in alle delen van Nederland, om op tijd te kunnen signaleren waar het virus weer opduikt?

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat een deel van de vraag overlapt met een vraag die ik beantwoord heb over de asymptomatische aanwezigheid. Ik denk dat dit een belangrijke vraag is, die je altijd wilt beantwoorden voordat je test. Ik wil niet zeggen «willekeurig» test, maar in ieder geval personen willekeurig zou testen zonder klachten. Kijk, voor een onderzoek en een steekproef is wat u voorstelt zeer interessant, en dat zal zonder twijfel ook gebeuren. Het tweede is: wat voegt een eventuele positieve bevinding uiteindelijk toe aan de uitbraak en het bestrijden daarvan? Daarvoor wil ik toch refereren aan inzichten die inmiddels ook nog maar van tweeënhalf maand geleden of iets dergelijks zijn, al lijkt het een jaar. Dat is toen er uit China personen terugkwamen naar Europa, en sommige landen het beleid hadden om die steeds te testen. Dat is eigenlijk ook wat u noemt. In Engeland zijn duizenden en duizenden van dit soort testen uitgevoerd. Die leverden soms een positief resultaat op, maar dan wordt het herhaald en blijkt het negatief; en dan een week later weer, en dan is het positief. Uiteindelijk hebben we daarvan geleerd – maar er zal voortschrijdend inzicht komen – dat we, om de infectie te bestrijden, het beste kunnen aanhouden of iemand wel of geen klachten heeft, omdat het alleen maar testen er soms toe zal leiden dat je het vindt, en dan in feite niet weet wat je daarmee moet doen. En zeker in de beginfase zijn er voorbeelden geweest van personen die terugkwamen, die geen enkele klacht hadden, waarvan ook niemand wist of ze iemand anders hadden kunnen besmetten, die in feite in strikte isolatie werden geplaatst en vervolgens moesten wachten tot de tests negatief waren, terwijl ze al die tijd geen klachten hadden en ook niet wisten of ze überhaupt iemand konden besmetten. En dat zijn ook situaties die je eigenlijk wilt voorkomen. Maar het punt dat we daar meer over willen leren, is heel terecht. Daar zullen ongetwijfeld onderzoeken over lopen, en anders zullen ze gaan lopen.

De **voorzitter**:

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

De heer **Hiddema** (FvD):

Nou weet ik van geen ophouden. Een positief effect, verbonden met die preventieve testen, zou toch kunnen zijn dat je ziet dat, als je het in regio's doet, het in een bepaalde regio weer opduikt, toch?

De heer **Van Dissel**:

Dat wordt bijvoorbeeld bij kinderen nogal eens gezien. Die kruipen over de grond, als een soort kleine stofzuigertjes, en je ziet zo nu en dan dat die plotseling positief testen. Maar dan herhaal je dat en dan wordt dat weer negatief. Dus in die zin heeft u wel gelijk, maar als we die ervaring hebben, dan is natuurlijk de vraag: als die positiviteit maar een of twee dagen duurt, hoe vaak gaan we dat dan herhalen? En als je dan het voorstel doet om iedereen te doen die geen klachten heeft, in Nederland al snel 17 miljoen, en dat elke drie dagen... Ik bedoel, er moet dus, denk ik, een praktisch onderzoek komen – en dat zal er ook wel komen – om duidelijk te maken of het voorkomt, en zo ja, hoeveel; maar ook wat de consequenties daarvan zijn. Ik denk dat we daar beiden op wachten.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Van Kooten-Arissen. Zij spreekt namens de Groep Krol/Van Kooten-Arissen. Ik moet het goed zeggen. Gaat uw gang.

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

Ik hoor de heer Van Dissel zeggen dat we de uitbraak onder controle hebben en dat we nu door middel van een stappenplan de maatregelen stap voor stap kunnen versoepelen. Maar feit is dat de uitbraak in

bijvoorbeeld de verpleeghuizen nog absoluut niet onder controle is. Wordt er nu in het opschalen van het testbeleid prioriteit gegeven aan het testen van al die medewerkers en al die ouderen die in die verzorgingshuizen en verpleeghuizen zitten? We moeten daar de uitbraak toch echt onder controle krijgen, lijkt me.

De heer **Van Dissel**:

Bij verpleeghuizen zien we nog een geringe toename van het aantal nieuwe huizen met personen. Natuurlijk is het nog niet in alle huizen onder controle. In andere huizen is er gemiddeld toch een afname. Maar voor de duidelijkheid, het antwoord is dat ze getest kunnen worden. Ze vallen onder de indicaties om te testen. Dan moet dat gebeuren. Daar is ook ruimte voor.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Uw tweede vraag.

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

Die gaat ook nog eventjes over de mondkapjes en het ov. Daar is toch nog heel veel onduidelijkheid over. Ik hoor de heer Van Dissel zeggen dat de meeste onderzoeken aangeven dat de zelfgemaakte mondneusmaskers minimaal werken. Dan is het houden van 1,5 meter afstand echt cruciaal. Maar ja, nu heeft de regering gezegd dat ze het gebruik van mondneusmaskers in het ov gaat verplichten, omdat de 1,5e meter afstand daar vaak niet te houden is. Er werd een vervoersbedrijf in Rotterdam geïnterviewd, en die zei: «We gaan niet als een malle controleren en handhaven. We geven eerst een waarschuwing. Het is vooral de verantwoordelijkheid van de mensen zelf.» Dus mijn vraag aan de heer Van Dissel is: wat heeft het RIVM dan aan de regering geadviseerd dat ze met zo'n schijnveiligheid als verplichting komt? Hoe is het dan mogelijk om kwetsbare groepen zoals ouderen, die vaak zijn aangewezen op het ov, te beschermen?

De heer **Van Dissel**:

Wat u leest in de brief. Dat is het advies. Daar is de conclusie uit getrokken zoals die is getrokken. Maar dat is het advies. Daar kunt u het mee eens zijn of niet, maar dat is niet aan het OMT. Wij hebben er overleg over met de experts. Dat vindt u terug in het advies. Dat wordt geïnterpreteerd door het beleid.

De **voorzitter**:

En de vragen daarover kunnen vanmiddag tijdens het debat gesteld worden. Dank u wel.

Dan geef ik tot slot het woord aan mevrouw Van Brenk namens de fractie 50PLUS. Gaat uw gang.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Dank aan meneer Van Dissel voor zijn toelichting. Ik zou graag een vraag willen stellen over de site van het RIVM. Daar staat in onze beleving een aanscherping op: ga niet op bezoek bij mensen van 70 jaar of ouder. Voorheen was het in onze beleving toch echt zo dat 70-plussers in ieder geval twee vaste personen op bezoek mochten krijgen. Wij krijgen veel vragen naar aanleiding van de verruiming. De vraag is: kunnen 70-plussers nu wel naar de fysio en naar een pedicure? Wat is dan het advies van het RIVM?

De heer **Van Dissel**:

Even in zijn algemeenheid: we hebben de verschillende maatregelen genoemd. We hebben ook gezegd: wees extra voorzichtig; het kan verstandig zijn om zo veel mogelijk thuis te blijven. Stel dat u toch naar de kapper wilt. Dan denk ik dat je gezamenlijk de triage doet. Iemand kan ook

vermelden of er speciale omstandigheden zijn. Ik kan me voorstellen dat sommige kappers ook zeggen dat ze dit een belangrijke groep vinden, die ze apart knippen van de rest van de groep, en dat ze bijvoorbeeld tussen 8.00 uur en 10.00 uur specifiek de ouderen knippen. Het is natuurlijk allemaal vrij om met dit soort oplossingen te komen en daarmee ervaring op te doen. Dan gaat het erom of de cliënt het zelf noodzakelijk vindt om dit te doen versus de risico's. De risico's hebben we beoordeeld. Die zijn beperkt, maar die zullen natuurlijk niet nul zijn, want dat kunnen we niet garanderen als het virus onder ons is. Ik denk dat je daar verstandig mee om moet gaan en dat je daar afspraken over kunt maken. Ook daarbij is het natuurlijk vrijgelaten om in zulke omstandigheden eventueel gebruik te maken van het niet-medische mondkapje, als men daar vertrouwen in heeft.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van Brenk, de tweede vraag.

Mevrouw Van Brenk (50PLUS):

Ik wil nog terugkomen op de testcapaciteit. Op pagina 19 van de brief van de Minister staat inderdaad dat er na 1 juni voldoende is om iedereen met klachten te testen. Maar er staat wel een klein stukje achter, namelijk: er zijn nog veel afhankelijkheden. Dat vergelijk ik met de brief van het OMT, op pagina 3. Daar staat: alleen als er voldoende testcapaciteit is. Is dat in tegenspraak? Over welke afhankelijkheden hebben we het dan?

De heer Van Dissel:

Die brief is denk ik ondertekend door de Minister en niet door mij. Ik kan alleen maar zeggen wat het OMT heeft gezegd. We vinden het belangrijk om te kunnen testen. De data staan erin. Ik denk dat u deze vraag aan de Minister moet stellen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn we daarmee aan het einde gekomen van deze technische briefing. Ik dank de heer Van Dissel nogmaals hartelijk, wederom namens de commissie, voor zijn aanwezigheid, zijn presentatie en het beantwoorden van de vragen. Ik dank de Kamerleden voor hun aanwezigheid en de vragen die ze gesteld hebben. Ik dank uiteraard de mensen thuis en de mensen die op een andere plek deze briefing gevolgd hebben. Hartelijk dank voor de belangstelling. Het plenaire debat over de ontwikkeling van het coronavirus zal vanmiddag om 14.00 uur in de plenaire zaal plaatsvinden. Ook dat is weer te volgen via de gebruikelijke media. Dan rest mij de mensen die ons achter de schermen heel erg helpen om dit mogelijk te maken te bedanken, de Griffie en de ondersteuning hier in de zaal, maar natuurlijk ook de mensen die wij hier niet zien. Hartelijk dank.

Sluiting 11.46 uur.