

Vergaderjaar 2019–2020

**25 295**

**Infectieziektenbestrijding**

**Nr. 420**

**VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING**

Vastgesteld 16 juni 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 4 juni 2020 gesprekken gevoerd over **update coronavirus**.

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

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

De griffier van de commissie,  
Post

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

Aanwezig zijn achttien leden der Kamer, te weten: Agema, Asscher, Van den Berg, Bergkamp, Diertens, Dik-Faber, Ellemeet, Van Esch, Van Haga, Hiddema, Hijink, Van Kooten-Arissen, Laan-Geselschap, Lodders, Van Otterloo, Öztürk, Van der Staaij en Veldman,

alsmede mevrouw Beentjes, de heer Van Dissel en mevrouw Den Haan.

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. Vandaag zijn weer drie gasten in ons midden. In het eerste blok hebben we de heer Van Dissel. Hij is directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. Hartelijk welkom. De sprekers voor het tweede blok zitten nu in de meeluisterzaal hiernaast en zullen straks van plaats wisselen. Ik heb het over mevrouw Beentjes, lid van de raad van bestuur van de Woonzorggroep Samen en lid van de kerngroep Zorg Thuis van ActiZ. Hartelijk welkom. Dat geldt ook voor mevrouw Den Haan, directeur-bestuurder van de ANBO. Ook hartelijk welkom. Uiteraard hartelijk welkom aan de leden en dat geldt natuurlijk ook voor de mensen die deze technische briefing op afstand volgen. Zeer hartelijk welkom.

Richting de leden wil ik opmerken dat we in twee blokken werken. Conform de andere technische briefings heeft u de gelegenheid tot het stellen van een tweetal vragen. U maakt zelf de keuze aan wie u die vragen zal stellen. Tijdens de schorsing wisselen we van plaats. Ik heb begrepen dat zowel mevrouw Diertens als de heer Veldman in de tweede ronde vervangen wordt door een collega. Dat zullen we dan ook verzorgen.

Dan stel ik voor om van start te gaan met de heer Van Dissel. Hij heeft een presentatie voorbereid. Voor de mensen die op afstand meeluisteren: de presentatie staat inmiddels op de website van de Tweede Kamer, dus u kunt meelesen. Meneer Van Dissel, het woord is aan u. Gaat uw gang.

**De heer Van Dissel:**

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Ik wilde u een algemene update geven vanochtend. Ik had geen specifieke vragen ontvangen over onderwerpen die behandeld moesten worden. Ik wilde u meenemen in een update over de getallen en misschien even aan het eind een aantal dingen zeggen over het toerisme en de nertsen, omdat dat de actuele onderwerpen zijn. Ik denk dat ik relatief snel door de eerste dia's heen kan gaan. U kent dit plaatje. Het geeft nog even in het kort weer wat de klachten zijn van het nieuwe coronavirus, COVID-19 genaamd. Op de slide staat «de manier van verspreiden». Hier staat nog «mens op mens». U ziet dat er inmiddels ruim 6,5 miljoen bevestigde gevallen zijn wereldwijd, waarvan er ongeveer 385.000 zijn overleden. U weet natuurlijk dat wij nu in Nederland ook de eerste gevallen van dier op mens hebben beschreven. Daar zal ik aan het eind nog op terugkomen.

Het tweede waar ik uw aandacht voor vraag is de ziektepiramide, omdat ik die wat anders heb ingevuld. Wij hebben nu de percentages weergegeven van het aantal patiënten dat naar de ic gaat, het aantal patiënten dat naar een ziekenhuis gaat en het aantal patiënten dat zich met weinig ziekte meldt bij de huisarts. Een bepaalde groep is soms bijna zonder klachten. U ziet daar de percentages ingevuld voor Nederland. Voorheen lieten we de percentages zien die uit China waren doorgelopen. U ziet dat die percentages in Nederland aanmerkelijk lager liggen, met name voor

ziekenhuisopnamen en ic-opnamen. Dat betekent dat er in Nederland veel meer klachten zijn in de populatie die zo weinig heftig zijn dat men daar soms niet eens voor naar de huisdokter gaat. Omgekeerd kan je als het ware ook terugrekenen. Als er een stabiel aantal patiënten is dat naar de ic moet, en je doet dat maal 350, dan krijg je ongeveer het aantal zieken binnen de populatie op dat moment.

Dan kom ik op de getallen tot gisteren. Wij hebben een aantal systemen waarin wij dat bijhouden. Wij hebben het Osiris-systeem, waar de GGD's in rapporteren. U ziet dat er bijna 47.000 patiënten gerapporteerd zijn. Het totaal aantal overlijdens van bevestigde patiënten is bijna 6.000. Dat is niet de hele groep – dat zal ik zo nog laten zien – maar dat is de groep die bevestigd is met de diagnose. Daarvan had ongeveer 70% een onderliggend medisch probleem dat ongetwijfeld bijdroeg aan het overlijden. De helft van de mensen binnen die groep van bevestigde patiënten die kwam te overlijden, was ouder dan 83. Dat geeft aan dat het over het algemeen natuurlijk toch de oudere groep betreft.

Wij hebben de virologische dagstaten waarin het aantal bemonsteringen wordt weergegeven en het aantal positieven daarvan. U ziet ook dat een derde van de positieven zorgmedewerkers zijn, wat neerkomt op iets van 17.000 van de ruim 50.000 positieven op 370.000 bemonsteringen. Dat komt natuurlijk ook omdat we zorgmedewerkers met voorrang testen. Dan vind je in die groep natuurlijk ook de meeste positieven. U ziet overigens dat op de grafiek daaronder het aantal positieve testen in de loop der tijd steeds verder is afgenomen. Dat ligt nu onder de 5%. Het testbeleid is natuurlijk afgelopen week veranderd, maar tot voor kort waren er zo'n 5.000 tot 7.000 testen per dag en bleek uiteindelijk onder de 4% daarvan positief. Dat betekent dat je redelijk sensitief, dus gevoelig, kijkt naar patiënten met het nieuwe coronavirus, en de overgrote meerderheid van degenen die getest worden, uiteindelijk negatief blijkt.

Aan de rechterzijde staan de resultaten van de peilstations bij huisartsen. Daar melden huisartspatiënten zich met klachten aan de luchtwegen. De aantallen ziet u in het staafdiagram weergegeven. Daar wordt ook bemonsterd. Die bemonstering kan er bijvoorbeeld toe leiden dat de diagnose griep wordt gesteld, maar sedert januari-februari zijn we ook begonnen met kijken naar corona in die bemonsteringen. Dat zijn de dieprode onderdelen van de staafdiagrammen. Dat zijn de positieve bemonsteringen voor corona, die u in de grafiek daaronder in percentages ziet. Ook daar is duidelijk dat dat allemaal weer dalende is, waar het gedurende enige tijd 20% tot 30% was. Überhaupt is het aantal patiënten dalende dat zich met luchtwegklachten meldt bij de huisarts. Tot zover even de wijze waarop op dit moment de diagnoses worden gesteld. Waar leidt dat dan toe? Zie de twee grafieken aan de linkerzijde. De bovenste geeft het aantal bij de GGD's gemelde patiënten weer. Daaronder staat het aantal dat opgenomen wordt. U ziet in de meldingen de effecten van de weekends ook terug. Dan is het aantal meldingen altijd minder. Maar overall genomen is dat een dalende lijn en dat vertaalt zich ook naar een aantal ziekenhuisopnames dat natuurlijk geweldig is teruggelopen in de tijd.

Als je kijkt naar de leeftijdsopbouw van degenen die gemeld zijn, de ziekenhuisopnames en de patiënten die kwamen te overlijden, dan zie je dat er een opbouw is waarbij de opgenomen patiënten ouder zijn dan de gemiddeld geteste patiënten. De patiënten die zijn overleden zijn weer ouder dan de gemiddeld opgenomen patiënten. Dat is allemaal een reflectie van het belang van onderliggende medische problematiek. In rood ziet u de vrouwen. In de testen was er een overmaat aan vrouwen. Dat is een selectiebias, omdat zorgmedewerkers nou eenmaal vaker vrouw dan man zijn. Aangezien aanvankelijk bij voorkeur zorgmedewerkers werden getest, zal je die aanvankelijk ook in overmaat terugvinden. U ziet bij de opgenomen en de overleden patiënten dat het eigenlijk net iets meer mannen dan vrouwen betreft.

Dan kom ik op de spreiding over Nederland. Wij hebben natuurlijk het totale aantal gemelde patiënten en de opgenomen patiënten gehad, met een nadruk in de gebieden Brabant, een deel van Overijssel en Limburg. U heeft waarschijnlijk ook gelezen dat Sanquin inmiddels voor de tweede keer het zogenaamde seroprevalentieonderzoek heeft gedaan. Zij zijn nu bij 7.000 donoren van plasma nagegaan of die donoren ook beschikten over antistoffen tegen het coronavirus. Als iemand dat heeft, dan is dat een teken dat hij de infectie heeft doorgemaakt. Bij een vorige meting van ongeveer één, anderhalve maand geleden, die ik hier eerder ook heb laten zien, zag je nog op het plaatje van Nederland dat het ongeveer 3,5% tot 4% was. U heeft waarschijnlijk ook gelezen dat bij de recentere bepalingen dat op 5,5% ligt. Dat is dus een reflectie van het percentage Nederlanders dat bloeddonor is en de infectie heeft doorgemaakt. De kaartjes op de slide geven een gelijkend beeld met wat er uiteindelijk bij de GGD is gemeld.

Dan kom ik op de ziekenhuisopnames in de tijd, ook om de verschillen te laten zien. Rechtsboven staan weer even de grafieken van de ziekenhuis- en ic-opnames. De kaartjes bestrijken elk een periode van twee weken. Het meest linkse kaartje is het begin. Het tweede kaartje is ongeveer de meest heftige periode. Dat ziet u ook terug in de wat andere kleuren codering dan de twee rechterplaatjes. U ziet dat inmiddels de infectie door heel Nederland sterk is afgenomen. Er zijn nog een paar pockets van infecties. Maar als je naar de legenda van de kleurenkaart kijkt, dan ziet u dat die aantallen per 100.000 natuurlijk veel lager zijn dan voor de linkergrafieken. Overall genomen zie je dus tussen de regio's in Nederland minder verschillen. Die waren aanvankelijk wel aanwezig en reflecteerden zich in ziekenhuisopnames, met name in Brabant, Limburg, Overijssel en deels in Zuid-Holland. Het beeld is nu geworden dat Nederland overall een hele lichte kleur tot zelfs wit heeft, met op een aantal plekken nog pockets van infectie. Overall genomen zie je gelukkig inmiddels natuurlijk een laag aantal opnames per dag.

Die totale druk kan je ook weer per provincie uitsplitsen. U ziet aan de rechterzijde dat voor alle provincies geldt dat de piek achter de rug is en dat het aantal opnames sterk is gedaald.

In verpleeghuizen zien we gelukkig inmiddels hetzelfde beeld. Na een aanvankelijke stijging is ook dat een dalend been geworden. Aan de linkerzijde ziet u het aantal bewoners dat gemeld wordt. Dat zal ongetwijfeld enigszins een onderrapportage zijn. Er is hard aan gewerkt om dat te verbeteren. Aan de rechterzijde ziet u het aantal overlijdens binnen de groep die bevestigd is met COVID-19.

Als we dat voor heel Nederland uitzetten, dan weten we dat wat betreft de meldingen het ongeveer om 6.000 patiënten gaat. Dat zijn dus mensen die bevestigd zijn in hun diagnose en in het verloop van de ziekte zijn overleden. U ziet de bijhorende grafiek aan de linkerzijde. Aan de rechterzijde ziet u de getallen van het CBS. Die getallen zijn 99,5% dekkend. U ziet de piek die waarschijnlijk in belangrijke mate aan COVID-19-oversterfte moet worden toegeschreven. Die betreft naar schatting ongeveer 9.000. U heeft ook gehoord dat er inmiddels weer sprake is van enige ondersterfte. Er is dus blijkbaar enige compensatie, maar die 9.000 is zeg maar het maximum. Die 6.000 aan de linkerzijde moet u dan zien als het minimum van het aantal patiënten dat ten gevolge van covid is komen te overlijden. U ziet ook dat de jaarlijkse griepuitbraken – met name de uitbraak van tweeënhalve jaar terug, toen er een belangrijke oversterfte was ten gevolge van griep – zich het beste uit in de CBS-getallen.

Dan hebben we ten slotte nog even de ic-opnames. U ziet dat die ook belangrijk gedaald zijn. We zitten nu tegen de 116 patiënten op de ic. Het aantal nieuwe patiënten dat dagelijks wordt opgenomen op de ic is gering. Dat bevindt zich ergens tussen de één en de vier per dag. Dat

reflecteert dat de infectiedruk in Nederland de afgelopen tijd belangrijk is afgenomen.

Dan uit deze getallen de berekening van het reproductiegetal  $R$ . Dat geeft het aantal secundaire besmettingen per geval weer. Als het groter dan 1 is, neemt de uitbraak toe. Als het onder de 1 is, dan heeft het de neiging om langzaam uit te doven. Dat hangt natuurlijk af van hoe ver het onder de 1 is. U heeft de grafiek al een aantal keren gezien natuurlijk. U ziet aan de bovenzijde links in blauw de ziekenhuisopnames, met de piek en het langzaam dalende been. In rood ingekleurd ziet u de eerste ziekte-dagen van de patiënten die zijn opgenomen in het ziekenhuis. Van de eerste ziekte-dagen kan je weer berekenen wat het  $R_0$ -getal is. Dat ziet u aan de onderzijde weergegeven, tezamen met, in dat brede paarse gebied, de onzekerheid daarin. Rond 16 maart ging die  $R_0$  door 1 heen. Eigenlijk noemen we dat  $R_t$ , met de  $t$  van tijd, op dat moment. Daarna is het wat tussen 0,7 en 1 heen en weer gegaan, gevarieerd. U ziet dat de onzekerheid toeneemt naarmate je recenter komt.

Wat goed is om u te realiseren, is dat we inmiddels zo weinig ziekenhuisopnames hebben dat kleine veranderingen in ziekenhuisopnames, bijvoorbeeld omdat er ergens lokaal een uitbraak zou zijn, meteen ertoe leiden dat zo'n  $R_0$  stijgt, bijvoorbeeld tot 2 of 3, en vervolgens weer omlaag gaat. Die grote verandering komt dan uitsluitend door het feit dat er zo'n lage background is dat elke toename ten gevolge van een specifiek uitbraakje plotseling tot een geweldige verstoring leidt. Dat hoeft niet te betekenen dat er meteen iets ernstigs aan de hand is, want het betreft dan maar een zeer gelokaliseerd probleem. Als je daar snel duidelijkheid in krijgt en het ook kan beheersen, dan begrijpt u ook dat het reproductiegetal op zich een maat is, maar dat die naarmate de aantallen geringer worden natuurlijk wel heel erg gevoelig wordt voor kleine verstoringen. Dat moet je dus altijd goed duiden. Als het plotseling boven de 1 komt, hoeft dat dus niet meteen te betekenen dat het in Nederland heel slecht gaat wat betreft de infecties. Het kan dan best zijn dat er een heel lokaal probleem speelt dat je snel kan beheersen. Dan zie je daarna dus weer dat het direct onder de 1 komt.

Het reproductiegetal geeft, als je het neemt over een langere periode, een goede indicatie van hoe het gesteld is, ook met betrekking tot de maatregelen. U ziet, zoals hier getoond vanaf 16 maart in Nederland, dat dit onder de 1 zit. Dat is natuurlijk gewoon gunstig geweest.

Nu zijn ook de Deense data voor ziekenhuisopnames beschikbaar. We zien hetzelfde beeld in Denemarken. U ziet, eigenlijk verrassenderwijs, dat Denemarken min of meer op hetzelfde tijdstip als Nederland door de 1 ging, namelijk ook tussen 15 en 17 maart. Ik moet hierbij zeggen dat we van Denemarken natuurlijk niet alle eerste ziekte-dagen hebben. Die hebben we geïnterpoleerd vanuit onze eigen gegevens, ervan uitgaande dat men in Denemarken met eenzelfde tussenperiode naar het ziekenhuis ging. Dat zal zeker ongeveer kloppen. Dus Nederlandse en Deense gegevens duiden op eenzelfde beeld van de uitbraak daar.

Dan hebben we het ook gehad over een aantal doelen die we hebben gesteld met betrekking tot kwetsbaren, tot ziekenhuiszorg en tot inzicht in en uitzicht op de verspreiding van het virus, zoals dat zo mooi heet. Daar wilde ik u even een voorbeeld van laten zien. Dit is deels een plaatje dat u eerder heeft gezien, dacht ik. Daar zit een aantal onzekerheden in, waar wij het de vorige keer over hebben gehad, twee weken terug. Je rijdt als het ware naar voren, terwijl je in de achteruitkijkspiegel probeert te zien wat de auto achter jou doet voor wat betreft het stuur. Dat is natuurlijk een ingewikkelde manier om te sturen. Daarom hebben we een aantal earlywarningsystemen opgetuigd en een aantal surveillancesystemen. De earlywarning richt zich met name op gebeurtenissen die plaatsvinden en die zich mogelijk vertalen naar een toename van het aantal infecties twee weken later. Door die gebeurtenissen te documenteren – zo kun je er bijvoorbeeld een portfolio van bouwen als er in de publieke ruimte wordt

ingegrepen met betrekking tot samenscholingen – kun je achteraf zien wat de effecten zijn. Daar kun je van leren dat je in geval van zo'n gebeurtenis een interventie moet doen. Dat zijn dus vooral de earlywarningsystemen. Het volgen van verplaatsingsgegevens van geaggregeerde telefoondata is daar ook een van. Ook dat is een maat voor de mate waarin personen samenscholen en zich verplaatsen, van de mobiliteit van personen. Nogmaals, het gaat daarbij niet om individuele telefoondata, maar om grote, geaggregeerde blokken die verder niet herkenbaar zijn, maar die voor ons wel een indicatie zijn met betrekking tot verplaatsingen. Daarnaast hebben we een aantal surveillancesystemen, van rioolwater tot de surveillance van zorgmedewerkers. Het Osiris-systeem en het huisartsensysteem heb ik al genoemd, en sinds kort hebben we daar natuurlijk ook het drempelloze testsysteem bij.

U ziet hier ook nog de Infectieradar staan, bereikbaar via de website van het RIVM. Daar wil ik u wat van laten zien. Inmiddels zitten we op zo'n 50.000 deelnemers. U ziet hier de resultaten staan van de eerste 30.000. Wat beogen we met de Infectieradar? Eén keer per week vragen we iedereen die mee wil doen, te rapporteren of die in die week wel of geen klachten heeft gehad die zouden kunnen passen bij een covidbeeld. Dat is natuurlijk zonder bemonstering, dus we weten het niet zeker, maar je kan wel trends gaan volgen. Die trends kunnen we daarna weer koppelen, ook regionaal, aan bijvoorbeeld de uitkomsten van de teststraat. Ook dit systeem toont in de afgelopen periode een duidelijke afname van het percentage van deelnemers, in dit geval nog 30.000, dat aangeeft klachten gehad te hebben die passen bij luchtweginfecties. U ziet dat we hier eindigen op ongeveer 0,25%.

Al die gegevens geven ons uiteindelijk een beeld van wat er gaande is, met name natuurlijk doorkijkend naar de periode na de zomervakantie, als ook weer allerlei andere virussen de kop op gaan steken. Dan probeer je natuurlijk toch om daar een beter beeld van te houden, om ook niet verrast te worden door plotselinge toenames van covid. Daar hebben we de vorige keer ook verschillende berekeningen op laten zien. Nog even over die website. We zitten nu op 50.000 deelnemers en willen graag in ieder geval het dubbele halen. Ik wil daarvoor dus ook hier wel enige reclame maken. Kijkt u daar eens naar. Het is een volledig geanonimiseerde website, maar als voldoende mensen deelnemen, helpt dat met name om inzicht te krijgen in de regionale verschillen die spelen. Het is dus een onderdeel van het earlywarningsysteem. Dan hebben we de afgelopen dagen veel gehoord over kinderen en covid.

**De voorzitter:**

Moment hoor. Mevrouw Van den Berg, een technische vraag?

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

Ja. Op de vorige sheet stond 30.000 deelnemers en op deze staat 50.000, dus wat is nu het aantal?

**De heer Van Dissel:**

Klopt. Ik heb u net gezegd dat het grafiekje voor de eerste 30.000 deelnemers is, maar dat we inmiddels op 50.000 deelnemers zitten en graag naar 100.000 willen. Het grafiekje loopt dus in dit geval achter op het huidige aantal deelnemers.

De kinderen. Bij de kinderen was de vraag natuurlijk, met name in het primair onderwijs en in kinderdagverblijven, of we van halve bezetting weer naar de normale bezetting zouden kunnen gaan. Daar zijn een aantal dingen voor gevolgd; ik wil ze niet allemaal herhalen. Ze zijn ook deze week gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Daar kunt u het nog eens nalezen in een openaccessartikel. Het komt, kort samengevat, hierop neer: we hebben natuurlijk gevolgd of de opening van de scholen voor 50% effect heeft gehad op de verspreiding van het

virus onder kinderen en verder ook onder ouders, medewerkers en in Nederland. Daar hebben we eigenlijk geen effecten van waargenomen. Het reproductiegetal is als gevolg daarvan ook niet boven de 1 gekomen. In Denemarken heeft men eigenlijk dezelfde waarnemingen opgedaan. Er zijn inmiddels ook internationaal een aantal publicaties verschenen – daar wordt eveneens aan gerefereerd in het artikel – die benadrukken dat het naar school gaan belangrijk is en dat ook andere landen niet rapporteren dat kinderen een belangrijke rol spelen bij de verspreiding van het virus. Ze kunnen het natuurlijk wel degelijk krijgen, daar gaat het niet om, maar ze hebben geen additionele rol bij de verspreiding ervan, in tegenstelling tot wat er bijvoorbeeld bij griep geldt.

In het grafiekje aan de rechterzijde ziet u ook nog even de resultaten van de teststraatgegevens van zo'n 2.600 medewerkers uit het primair onderwijs en de kinderopvang. U ziet dat daarvan 2,5% positief is getest. Dat is aanmerkelijk lager dan het percentage dat we vinden als we naar de hele teststraat kijken, zoals u ziet. Ook in het grafiekje dat ernaast staat, waar de pijl het half openen van de scholen aangeeft en het staafdiagram het aantal positieve testen, ziet u dat er overall genomen – dat is de rode lijn die erdoorheen loopt – eigenlijk alleen maar een afname is van het aantal positief getesten binnen die specifieke groep en geen toename na het openstellen van de scholen. Dat neemt natuurlijk niet weg dat er in de media altijd incidenten worden gemeld, zoals een aantal leraren die positief blijken te zijn, wat weer consequenties kan hebben voor het testen onder de kinderen, die vervolgens negatief blijken; of dat een school misschien even gesloten wordt. Maar het overallbeeld is dat de overgang van geen school naar halve school geen nadelig effect heeft gehad op de verspreiding van het virus.

Een tweede onderdeel dat deze week speelde, was het toerisme. Ik laat u hier de gegevens zien van de John Hopkins-website, die voor eigenlijk alle landen bijhoudt wat de actuele aantallen zijn. Die cijfers worden een aantal keren per dag ververs. U ziet hier de grafieken weergegeven van een aantal Europese landen – ze staan bovenaan vermeld – alsmede de Verenigde Staten. Men heeft hier de toename laten zien na de eerste 50 gevallen. U krijgt overigens hetzelfde beeld als u het vanaf het eerste geval doet. Als je het vanaf de eerste 50 doet, ben je alleen af van die hele wisselende initiële uitbraak, die van een heleboel dingen afhangt. Als het aantal eenmaal wat oploopt, krijg je een wat meer gemiddeld beeld.

U ziet hier in blauw de curve van Nederland, die zich eigenlijk helemaal aan de onderzijde van de Europese familie bevindt, en die uitgezet is als het aantal gevallen per 100.000 bevolking. Deze grafiek is dus genormaliseerd, zeg maar gecorrigeerd voor het totale aantal in de bevolking, zodat je de getallen beter kan vergelijken. Wat je binnen die groepen ziet, is dat de Verenigde Staten eigenlijk nog niet de afvlakking tonen die bijvoorbeeld Nederland, Frankrijk, Italië, Zwitserland en Ierland wel tonen. U ziet dat het Verenigd Koninkrijk daar eigenlijk een beetje tussenin zit, maar u ziet ook dat een land als Zweden eigenlijk nog heel weinig indicatie toont dat het afbuigt. U ziet die lijn wat oplopen. Er zijn natuurlijk wel wat verschillen onderling. Voor de Verenigde Staten gaat het eigenlijk het snelst, maar Zweden heeft in deze analyse toch een andere epidemiologie dan de andere Europese landen. Dat heeft, zoals u gisteren heeft kunnen horen, ook geresulteerd in een althans momenteel iets ander advies ten aanzien van Zweden. Dat kan natuurlijk nog veranderen, want de situatie in Zweden kan veranderen.

Wat ik u aan de linkerzijde wil weergeven, is het beeld binnen Zweden, om ook aan te duiden hoe heterogeen die infecties zijn. Dat is in Nederland en in Engeland ook zo. Dat zijn allemaal dingen die gevolgd worden.

**De voorzitter:**

Een verduidelijkende vraag van de heer Hijink.



De heer **Hijink** (SP):

Ja, die vraag hebben wij in eerdere briefings ook gesteld. Gaat dit nu over bevestigde gevallen en wat dan ...

De heer **Van Dissel**:

Dit zijn altijd bevestigde gevallen, ja.

De heer **Hijink** (SP):

Wat zou dan de impact kunnen zijn van het feit dat in sommige landen veel meer getest wordt dan in andere landen? En wat gebeurt er dan met het lijntje van Nederland? Dat is ook een belangrijke vraag.

De heer **Van Dissel**:

Volkomen juist, dat kan allemaal effect hebben. Dat betekent dat die lijnen wat schuiven, maar van de vorm van de curve verwacht je niet direct dat die verandert. Kijk, dit zijn totaal bevestigde getallen, maar ik heb van Nederland en Denemarken de ziekenhuisopnames laten zien. Daar zie je exact hetzelfde beeld. Als je die cumulatief zou uitzetten, zie je ook zo'n S-vormige curve. U heeft volkomen gelijk: de actuele getallen kunnen wisselen als het testbeleid heel anders is. Dat zou kunnen maken dat je initieel meer oppakt. Dat betekent dat de curve wat omhoog schuift. Maar dit is wel al deels genormaliseerd. Het zal zeker effect hebben. Als Nederland veel meer getest zou hebben, dan zou ik verwachten dat Nederland zich wat meer naar het gemiddelde van alle curves begeeft, maar dat neemt niet weg dat de afvlakking daar nog steeds onder valt. Nederland heeft inmiddels ook zo'n 350.000 testen, waarvan inmiddels ook nog maar een zeer gering percentage positief is. Die achterstand in testbeleid is dus al behoorlijk ingelopen. Maar de opmerking is heel terecht.

Overigens weten we ook niet voor alle andere landen hoe die correctiefactor precies moet zijn. Ik ben het met u eens dat we hier als Nederland geen rechten aan moeten ontnemen dat we aan de onderzijde zitten. Ik laat dit zien om de afvlakking voor de meeste Europese landen duidelijk te maken. Voor een aantal landen, zoals het Verenigd Koninkrijk en Zweden, zie je het minder. Voor de Verenigde Staten momenteel ook niet. Ook daar zijn er overigens geweldige verschillen tussen de staten onderling. De inzet van het kaartje van Zweden was bedoeld om aan te geven dat we ons realiseren dat we hier naar gemiddelden kijken en dat je binnen landen grote verschillen ziet. Dat maakt dat je denkt: als ik niet naar zo'n donker gebied ga, valt het misschien nog wel mee. Uiteindelijk moet je daar natuurlijk een lijn in trekken. De komende weken zullen wij de landen die er nu nog even buiten vallen, nauwkeurig bekijken op verbeteringen van de situatie daar. De EFTA bestaat uit Noorwegen, IJsland, Liechtenstein en Zwitserland. Het Verenigd Koninkrijk heeft een quarantaineregeling van twee weken. Dat is dus om andere redenen misschien al minder aantrekkelijk als vakantieland.

Ik wil u nog even meenemen op het nertsenveld. Vanuit Nederland geeft dat de unieke boodschap dat er een aantal gevallen zijn waarin geen sprake is van mens-op-mensverspreiding. Ik heb laten zien dat dat inmiddels zo'n 6,5 miljoen betreft, maar dat wij in Nederland ten minste twee gevallen hebben van nerts-op-mensverspreiding. Hoe kunnen we dat met een redelijke mate van zekerheid aangeven? Ik heb geprobeerd dat met deze slide te illustreren. We hebben infecties tussen mensen. We kunnen het virus met de PCR-reactie vaststellen in de keel, maar we kunnen soms ook de genetische volgorde van het virus bepalen. In die genetische volgorde treden soms hele kleine veranderingen op in de zogenaamde nucleotiden, in het type opbouw van informatie die we dan kunnen sequencen.

U ziet op de slide dat het virus een klein foutje heeft dat we mutatie A noemen. We herkennen het virus aan het feit dat het A'tje aanwezig is. Als



zo'n virus van mens op dier overgaat, dan kunnen we hetzelfde foutje terugvinden bij sequenties die we uit de dieren nemen. Als zo'n virus binnen de diergemeenschap in voldoende mate kan verspreiden en ook in voldoende tijd kan verspreiden, dan zie je dat er nieuwe foutjes in zo'n virus optreden. Dat gebeurt ook bij mensen. Als je dat ziet en je ziet vervolgens nog een derde foutje ontstaan, dan weet je dat het virus bepaalde tijd in in dit geval de nertsen aanwezig is geweest.

We hebben een medewerker die ook positief was in de PCR en die ook kon worden bepaald in de sequentieanalyse. Als je in die sequentieanalyse vindt dat het type wat die persoon heeft, niet lijkt op het oorspronkelijke type, maar op een type dat je hebt zien ontstaan bij de nertsen, dan weet je met zo goed als absolute zekerheid dat zo'n medewerker vanuit de nertsen besmet is geraakt.

Dit is de analyse die is gedaan, niet alleen voor de gevallen rond nertsen, maar voor een zeer grote populatie van Nederlandse gegevens. Dat onderzoek vindt vooral in het Erasmus plaats. Ik laat u hier een opgekrulde boom zien. Aan de rechterzijde ziet u in zwart en rood de nertsenbedrijven erdoorheen. U ziet daar eigenlijk allemaal geclusterde sequentieanalyses, zoals ik die net ook liet zien. Dat zijn dus eigenlijk die A's, B's en C's, maar dan veel meer, die maken dat je binnen Nederland onderscheid kan maken tussen verschillende infecties. Soms kun je daardoor bevestigen of ontkennen dat er sprake is van een uitbraak of van meerdere introducties. Bij een uitbraak vind je eigenlijk dat één sequentie wordt versterkt en bij meerdere introducties vind je dat sequenties zich over de hele boom bevinden. Binnen die boom ziet u in dit geval een aantal bedrijven weergegeven. U ziet dat bedrijf 2 een heel andere sequentie had dan de andere bedrijven. Dat maakt dat je weet dat ze elkaar niet besmet hebben. Als je dat op een andere wijze uitzet, dan ziet u links in rood allemaal sequenties ontstaan. Het rode zijn de nertsen. Op een gegeven moment ontstaan er sequenties – die zijn groen omcirkeld – die binnen die nertsen als het ware initiëren en gelijkheid hebben met wat er binnen de nertsen is en minder gelijkheid hebben met bijvoorbeeld sequenties die we in de omgeving van de bedrijven hebben gevonden. Als je een sequentie vindt die gelijk is aan degene in de nertsen, maar verder is dan de eerste sequentie in de nertsen, dan weet je zeker dat zo iemand vanuit de nertsen besmet is geraakt. U ziet dat dit in ieder geval voor twee gevallen geldt, waarbij we bij het tweede geval niet met zekerheid weten of ze alle drie zoals u hier ziet aangegeven vanuit nertsen zijn besmet of dat er één persoon besmet is geraakt die het bijvoorbeeld in het huishouden heeft verspreid naar anderen. Dit is voor ons wel de bewijsvoering dat er op dit moment in Nederland in ieder geval ten minste twee gevallen zijn geweest van overdracht van dier op mens. Mogelijk worden dat er meer omdat alle nertsenbedrijven nu natuurlijk worden gecontroleerd. Overigens is het natuurlijk zo dat aanvankelijk de nertsen vanuit de mens besmet zijn geraakt. Dat kunt u hier ook uit afleiden, meer naar links in de boom.

Daar wilde ik het even bij laten. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Ik wil u namens alle leden hartelijk dankzeggen voor uw presentatie. Ik stel voor om van start te gaan met de vragen. Ik wil graag beginnen bij mevrouw Agema. Zij stelt haar vragen namens de fractie van de PVV. Gaat uw gang.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ik heb eerst een kort punt van orde. Ik had een aantal keren gevraagd om een landelijk beeld te krijgen van de situatie thuis, omdat negen van de tien ouderen thuis wonen. We krijgen straks twee presentaties – die

hebben we al kunnen inzien – die geen landelijk beeld geven. Daarom zal ik mijn vraag aan de heer Van Dissel stellen en niet straks in het tweede blok.

**De voorzitter:**

Uw punt is helder. We zullen dat weer doorgeleiden richting het ministerie.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ik dank de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Tijdens een van de vorige technische briefings zei hij dat er zonder de lockdown 24.000 ic-opnames zouden zijn geweest. Zaterdag las ik in de krant dat het virus ook is ingedamd door de lockdown. Dat zijn natuurlijk stevige conclusies, maar ik denk dat je dan ook de conclusie zou moeten kunnen trekken dat de lockdown te laat werd ingezet en daardoor misschien wel te lang duurt. Wat ik daarover aan de heer Van Dissel zou willen vragen is het volgende. Als we nu zien dat 85% van de gemeentes geen besmettingen heeft, het aantal ziekenhuisopnames zo ver terugloopt, de infectieradar zo laag is en de R al sinds 16 maart onder de 1 is, kan hij dan een inschatting geven van hoelang het allemaal nog gaat duren met de lockdown en hoeveel mensen er op dit moment besmet zijn? Dus hoelang gaat de lockdown nog duren?

**De heer Van Dissel:**

Kijk, «lockdown» is een term. Wat er volgens mij gebeurd is, is dat er achtereenvolgens bepaalde adviezen zijn gegeven met betrekking tot beperkingen en dat die beperkingen nu weer stapsgewijs worden versoepeld. Een belangrijke reden om dat stapsgewijs te doen, is dat je effecten wilt waarnemen. Je wilt niet weer alles opengooien en hetzelfde krijgen als we net gehad hebben. Dat is ook een beeld waarin we totaal niet afwijken van ons omringende landen. Ik zou dus niet van «lockdown» willen spreken. Er zijn maatregelen, die voor sommige personen of bedrijven belangrijke effecten hebben; dat realiseer ik me heel wel. Ik heb u twee weken terug laten zien dat in het versoepelingsbeleid eigenlijk een omgekeerde logica zit, zoals die ook zat in het aangaan van de maatregelen. Het is namelijk allemaal geënt op de contacten die kunnen optreden als gevolg van de versoepelingen, contacten die mogelijk effect hebben op de verspreiding van het virus. We gingen van individu naar groep en vervolgens van groep naar groep. We gingen van lokaal naar regionaal en naar nationaal. Dat zijn eigenlijk de twee belangrijkste. Ook de noodzakelijkheid naar recreatief zat erin. Dat geeft een logica weer. De unlocking, zo u wilt, dus de versoepeling, willen we doen op geleide van het aantal nieuwe contacten dat dat oplevert. Daar zit een logica in, denk ik, die niet alleen in Nederland geldt maar ook in eigenlijk alle Europese landen gevolgd wordt en ook in Aziatische landen gevolgd is. Het tweede waar u naar vraagt, is hoeveel infecties er nog spelen. Al geruime tijd is de R onder de 1. Dat zijn natuurlijk schattingen, omdat we niet totaal op de hoogte zijn of iedereen zich momenteel meldt. De afgelopen week is de teststraat opengegaan. Je hoopt dat iedereen met klachten zich daar ook daadwerkelijk meldt, zodat snel kan worden bepaald wat het percentage is dat een coronavirusinfectie heeft. Het enige wat we momenteel kunnen doen is terugrekenen vanuit de harde getallen die we hebben, zoals ziekenhuisopnames en ic-opnames, en kijken hoe zich dat verhoudt tot het aantal infecties dat we nodig hadden om dat te bereiken. Dat heb ik u op de eerst slide getoond. Als u ervan uitgaat dat ongeveer 0,3% uiteindelijk op de ic komt, dan kunt u per ic-opname terugrekenen dat u ongeveer 350 keer meer patiënten met infectie moet hebben. Als men dan een dag of 4 besmettelijk is, dan moet je dat weer keer 4 doen om het aantal besmettelijken in Nederland te krijgen. Het aantal is momenteel beperkt. Per dag ontstaan er nog een aantal duizend

gevallen en het aantal besmettelijken – ervan uitgaande dat ze zo'n een tot twee dagen van tevoren, de dag zelf en misschien nog een dag besmettelijk zijn – moet je maal 4 doen. Dan kom je momenteel ook weer op een aantal duizenden personen uit.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Uw tweede vraag wilde u nu ook stellen, hè?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja. Dank u wel, voorzitter. Ik schrik ervan dat de voorzitter van het OMT denkt dat als je elkaar geen hand en geen knuffel mag geven, je op 1,5 meter moet blijven, kinderen niet naar school gaan en we verplicht moeten thuiswerken, er geen sprake meer zou zijn van een lockdown. Ik schrik daar echt heel erg van. We leven allemaal met vrijheidsbeperkende maatregelen.

De tweede vraag gaat over de superspreading events. We zijn ernaar op zoek gegaan op internet en we hebben allerlei stukken gevonden. We zijn zelfs gestuit op iemand die een bestandje had gemaakt met 228 superspreading events. In de krant van zaterdag zei de heer Van Dissel daarover: «Er is een groot aantal studies waarin men het RNA van het virus in kleine druppels aantoonde, maar waar je met geen mogelijkheid iemand ziek mee kan krijgen.» Als je zo vasthoudt aan je opvatting dat het virus niet airborne zou zijn, kun je ook niet in oplossingen gaan denken. Juist om een uitweg uit de lockdown te vinden is het heel belangrijk om plannen te maken, bijvoorbeeld over het ventileren van ruimtes. Gaan we hepafilters toepassen in vliegtuigen? Dat soort dingen. Daar moet je toch voor openstaan als je zo veel feitelijke gebeurtenissen ziet waarin het virus zich airborne heeft gedragen?

**De heer Van Dissel:**

Dan moet u toch echt een definitie geven van wat u airborne vindt, want daar is geweldige semantiek over. Wij vinden namelijk, en dat kunt u overal teruglezen, in dit interview en ook in eerdere interviews, dat het virus airborne is: airborne in de zin dat het zich in druppels door de lucht verspreidt. De vraag die u daarbij betreft, is waarschijnlijk in hoeverre de type aerosol die je krijgt – aerosol als de verzameling van een gas met grote en kleine druppels – een verschil maakt. Wat is het aandeel van de grote en de kleine druppels? Grote druppels gedragen zich als een kanonskogel. Ze gaan ballistisch naar beneden toe, gewoon doordat ze zwaar zijn, en komen binnen zo'n 1,5 meter van de persoon die ze uithoest of uitniest op de grond. Hele kleine druppels kunnen net als grondmist veel langer blijven hangen. Alle maatregelen die in de verschillende landen genomen zijn, zijn gebaseerd op die anderhalvemeterregel. Dat is een hele oude regel, die uit 1930 dateert, geloof ik. Die richt zich op de grote druppels. Die maatregel is gewoon effectief gebleken. Alle infecties waarvan we met zekerheid weten dat ze via grote druppels gaan, bijvoorbeeld influenza, kunnen we voorkomen met die anderhalvemetermaatregel. Dat is ook wat u overal op onze website vindt en wat u ons hoort zeggen. Daar is niks geheimzinnigs aan. Dat gaat uiteindelijk dus via de lucht.

Dat is één. Dan die kleine, hele fijne druppels. Het gaat per 10 micrometer verschil: je gaat van 100 naar 10, naar 1 en naar 0,1. Er zit dus 1.000 maal een verschil in volume tussen de druppels, dus is er ook 1.000 keer een verschil in hoeveel virusdeeltjes kunnen worden opgenomen. Tussen die grote en die hele kleine druppeltjes zit al gauw 1 miljoen keer verschil in de mogelijkheid om eventueel een virus mee te nemen. Dat geeft allemaal weer dat het om waarschijnlijkheden gaat die al dan niet resulteren in een infectie. Het is geen zwart-witbeeld. Dat zeggen wij ook helemaal niet. Het aantonen van virus-RNA, in dit geval het coronavirus, in zo'n minuscuul druppeltje ten opzichte van grote druppels hoeft niet per definitie te

betekenen dat die kleine, hele fijne druppeltjes ook in de praktijk mensen kunnen infecteren. Dat heeft er ook mee te maken dat die druppels zich niet in één richting maar driedimensionaal verspreiden. U kunt zich voorstellen dat het volume waarin de druppels zich verspreiden driedimensionaal gezien op afstand geweldig toeneemt.

Met andere woorden: wij zeggen dat de grote druppels van het grootste belang zijn bij deze infectie. Dat blijkt uit het effect van onze maatregelen en dat blijkt ook uit het R0-getal, dat een gemiddelde is en dat overeenkomt met een R0-getal dat je vindt voor luchtweginfecties die via grote druppels gaan. Als corona in belangrijke mate via die hele kleine druppels zou vernevelen en die nevel lang zou blijven hangen, dan zou je een R0 verwachten die gelijk is aan mazelen en waterpokken, en dan heb je het niet over een R0 van 2 maar van 20. Dat vinden we niet.

Dat neemt niet weg dat je superspreading events kunt hebben, zoals u aangeeft. Dat is een beetje curieuze term, maar daarmee bedoel je dat een bepaalde gebeurtenis leidt tot veel meer verspreiding van het virus dan je zou verwachten op grond van een gemiddeld R0. Dat R0 is ook een gemiddelde. Sommige patiënten zullen geen enkele andere nieuwe patiënt veroorzaken en anderen zullen soms wel tien nieuwe veroorzaken. Dan spreek je, omdat het zo buiten het gemiddelde valt, van een superspreading event. Als je daar in detail naar kijkt, blijken het allemaal hele bijzondere gebeurtenissen te zijn, bijvoorbeeld een verneveling in een ziekenhuis, zoals bij SARS is gebeurd. Die voorbeelden kennen we en daar is op zich niks geheimzinnigs mee. Dat neemt niet weg dat de belangrijkste manier van verspreiden in onze ogen gewoon via die grote druppels is. Daar kunnen we gewoon niks aan veranderen. Dat is wat u terugvindt op de website en daar is ook de effectiviteit van alle maatregelen uit gebleken.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Ik stel voor dat we even de bel afwachten voordat ik de volgende spreker het woord geef. Deze bel geeft de aanvang van de plenaire vergadering aan en duurt een minuut.

Dan geef ik graag het woord aan de heer Veldman, die namens de fractie van de VVD spreekt.

**De heer Veldman (VVD):**

Dank u wel, voorzitter. We hebben inmiddels een aantal versoepelingen van maatregelen gehad. Voorafgaand aan elke versoepeling heeft het OMT geadviseerd om ervoor te zorgen dat er in voldoende mate kan worden getest, zowel in capaciteit als in snelheid. Stel dat ik vandaag door iemand word besmet. Dan merk ik pas over twee dagen of ik besmet ben. Als ik klachten heb, ga ik het misschien nog even aankijken: wat is er precies aan de hand? Dan ben ik weer een paar dagen verder en dan ga ik me melden voor een test. Dan kan dan binnen 24 uur en na 48 uur is het testresultaat beschikbaar. In het slechtste geval ben ik sinds het moment van besmetting een week verder voordat we het resultaat weten en het contactonderzoek gestart kan worden. Eerder heeft de heer Van Dissel gezegd dat om die R0-waarde zo laag mogelijk te houden, onder de 1, het contactonderzoek van groot belang is en dus snel moet worden uitgevoerd. Wat zou de ideale snelheid zijn volgens de heer Van Dissel om met dat contactonderzoek te beginnen? Ergo, hoe kort moet de periode zijn waarbinnen getest kan worden? Hoe kort moet de periode zijn waarin het resultaat van de test bekend is?

**De heer Van Dissel:**

Idealiter één dag. Hoe sneller hoe beter. De wetenschappelijke achtergrond is dat we weten dat het virus een relatief korte serie-interval heeft, dus in clusters kan de interval tussen het initiële geval en de volgende gevallen zo kort zijn als een aantal dagen. Als je vóór de verspreiding wilt

zitten, moet je er echt voor zorgen dat je dit op orde krijgt en uiteindelijk binnen een dag kunt initiëren dat er contactonderzoek gebeurt.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg namens de fractie van het CDA.

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

In alle publicaties lezen we dat we een tweede golf kunnen verwachten als de r in de maand komt. Er wordt een dashboard ontwikkeld om te kijken of we maatregelen moeten nemen. Maar de maatregelen die genomen zijn tijdens de lockdown hebben een enorme economische schade veroorzaakt, maar hebben natuurlijk ook een hele grote impact op mensen. Er is sociale schade en ook potentiële gezondheidsschade door de lockdown. We moeten erop inzetten om dat te voorkomen. Er wordt veel gesproken over ventileren. Is het RIVM bezig met speciaal onderzoek of wat dan ook om ons allen zo goed mogelijk voor te bereiden om een tweede golf in te dammen, te beperken dan wel idealiter op nul te houden?

**De heer Van Dissel:**

Ik heb u de belangrijkste maatregelen getoond die je daartoe kan nemen. Je moet de early warning en de surveillance goed op orde hebben, omdat je daarmee het snelst kunt differentiëren tussen de verschillende virussen die ongetwijfeld gaan circuleren in het najaar en in de winterperiode. Hoe eerder je weet welke daarvan het coronavirus is en hoe sneller je daarop kunt ingrijpen, hoe beter het is. De verschillende punten die we genoemd hebben en die we op orde willen hebben, zijn daar essentieel in. Het zojuist genoemde gevolg daarvan, namelijk het testen en het contactonderzoek, is de volgende stap. Daar moet je echt snel bovenop zitten, wil je uiteindelijk vóór de verspreiding komen. Wat u verder noemt aan algemene maatregelen, kan ik alleen maar bevestigen. U zult in alle afwegingskaders die we hebben gemaakt, ook voor bijvoorbeeld sportscholen, sauna's en degelijke, zien dat het ventilatievoud – met andere woorden: de verversing van ruimtes – een belangrijk onderdeel is van het beperken van verspreiding. Dat vindt u daar dus ook in terug. Ook vindt u erin terug dat bijvoorbeeld het gebruik van zwenkventilatoren, zoals ook weleens gebeurt in sportscholen, waarschijnlijk een manier is om die grote druppels, waarover we het net hadden, in de lucht te houden. Daar moet dus echt over worden nagedacht. In de afwegingskaders hebben we een voorzet gegeven hoe de verschillende branches en bedrijfstakken kunnen omgaan met dit soort punten, zoals ventilatie en ventilatievoud.

**De voorzitter:**

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

Mevrouw **Diertens** (D66):

Dank u wel voor uw verhelderende uitleg. In The Lancet is een artikel verschenen waarin staat dat met name de 1,5 meter heel erg goed werkt en dat aerosolenbesmetting nog wat discutabel is. U heeft net al een uitleg gegeven over kleine en grote druppels. Ook staat in het artikel dat mondkapjes werken. In relatie tot die kennis zien we dat de Amerikaanse vliegtuigmaatschappijen ervoor kiezen om de middelste stoel vrij te houden. Wat zou uw advies zijn aan Nederlandse vliegtuigmaatschappijen? In de plenaire zaal hebben wij hier ook een systeem waarin we ruimte maken. Ik vraag me af wat de wetenschappelijke onderbouwing zou moeten zijn voor het vervoer in een vliegtuig.

De heer **Van Dissel**:

Dat is een complex punt. Daar heeft ons nog geen vraag over bereikt.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Wel een beetje.

De heer **Van Dissel**:

Ik zit hier weliswaar als vertegenwoordiger van het OMT, maar ik ben niet het enige lid dat uiteindelijk de advisering bepaalt. Dit is typisch iets waarnaar zorgvuldig zal moeten worden gekeken. We weten natuurlijk van vliegtuigen ... We kunnen natuurlijk terugkijken. Dat is ook een onderdeel van onze analyse. Wat is er in het verleden bijvoorbeeld gerapporteerd met betrekking tot besmettingen als iemand met ebola of iemand met open tuberculose in een vliegtuig zat? Hoeveel besmettingen heeft dat opgeleverd? Kan je een bepaald patroon herkennen, zodat je weet hoeveel stoelen om zo'n persoon heen al dan niet risico hebben gelopen? Wordt de lucht in het vliegtuig gecirculeerd en wordt de lucht gefilterd? Dat werd net even gevraagd. Het antwoord is dat dat gebeurt. Dat zijn allemaal factoren. Ook een factor is hoe de luchtflow is geregeld, want als de lucht als het ware naar beneden wordt gedrukt door ventilatie, zullen de druppels juist eerder naar de grond gaan. Kortom, er komen nogal wat details bij kijken. Als we worden gevraagd daarover te adviseren, zullen we ons daar natuurlijk in verdiepen, maar dat hebben we momenteel nog niet gedaan. Maar een aantal punten die je daarin meeneemt, heb ik denk ik al genoemd. We weten in de praktijk dat bijvoorbeeld bij gevallen van ebola of de Mexicaanse griep, toen dat nog apart werd aangepakt, of bij tb, het vooral de direct omzittenden zijn die eventueel risico lopen en dat dat al heel snel afneemt naarmate je verder in het vliegtuig bent. Dat soort details zullen we dan moeten bespreken om tot een advies te komen, ja.

De **voorzitter**:

Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Van Esch. Zij spreekt namens de fractie van de Partij voor de Dieren. Gaat uw gang.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Dank u, voorzitter. Ik wil vandaag graag mijn twee vragen stellen aan de heer Van Dissel. Mijn eerste vraag gaat over de mutaties die ontstaan bij nertsen. In uw vorige slide, die nu niet meer te zien is, gaf u dat weer. Misschien is onze inschatting verkeerd, maar twee weken geleden hadden we een technische briefing waarin u ook inging op die mutaties. Toen leek u het risico niet heel hoog in te schatten dat die mutaties ook een risico voor de volksgezondheid zouden betekenen. Het lijkt nu toch die kant op te gaan. Ik ben benieuwd of er meer informatie is en of u kunt ingaan op de risico-inschatting van de mutaties die we nu zien.

De heer **Van Dissel**:

Die veranderingen waarop de boom in de slide gebaseerd is, zijn echt minimale veranderingen die lang niet altijd leiden tot een verandering in het eiwit, waar de nucleotiden natuurlijk voor coderen, en dan dus helemaal niet in functie. Dat komt gewoon door de manier waarop de genetische code is opgezet. Wat we toen zeiden, zeggen we nu dus nog steeds: we hebben geen enkele aanwijzing dat wat we hier zien – überhaupt niet de verschillende lijnen in Nederland – resulteert in een ander gedrag van het virus, want dat is waar je dan in wezen naar zou willen kijken. Tevens is het zo dat als een virus zich in nertsen moet verspreiden en daar een soort selectiedruk van de nerts ontvangt, het eerder weggaat van de mens dan dat het naar de mens toe gaat. In die zin is het dus niet direct waarschijnlijk, maar je wilt dat wel controleren. Dat is ook de reden dat er bijvoorbeeld bij het Erasmus en ook bij het RIVM nauwkeurig naar dit soort veranderingen wordt gekeken, zodat ze tijdig



kunnen worden opgepakt. Maar ik wil nogmaals benadrukken dat wat u hier ziet, echt gebaseerd is op hele kleine verschillen tussen het virus. Dat maakt het wel mogelijk om zo'n stamboom van overdracht op te stellen, maar vertaalt zich nog op geen enkele manier in ander biologisch gedrag van het virus.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Dan de tweede vraag van mevrouw Van Esch.

**Mevrouw Van Esch (PvdD):**

Die gaat over de actuele situatie in slachthuizen. We zien dat er een groot aantal besmettingen is in meerdere slachthuizen in Nederland. Een aantal van die slachthuizen gaat over tot sluiting, maar er zijn ook slachthuizen die ondanks het grote aantal besmettingen nog steeds open blijven. De reden die daarvoor wordt gegeven, is dat ze binnen een bepaalde veiligheidsmarge zouden zitten. Ik ben benieuwd of die veiligheidsmarge ook vanuit het OMT-advies tot stand is gekomen en wat die veiligheidsmarge dan zou zijn. Zijn daar percentages aan te geven? Ik ben benieuwd of u daar vanuit het OMT adviezen over heeft gegeven en wat die dan specifiek inhouden.

**De heer Van Dissel:**

Het antwoord is dat wij dat niet gedaan hebben, dus ik weet niet precies wat u aanhaalt. De analyses van de slachterijen liggen natuurlijk in eerste instantie bij de GGD's. Het zou kunnen dat dat leidt tot vragen die uiteindelijk ook aan het RIVM of het OMT worden gesteld, maar zover is het nog niet. Bij mijn weten zijn ze bezig met die analyses. Er zijn natuurlijk verschillende dingen geïdentificeerd die je als mogelijke onderliggende reden van het probleem zou kunnen zien. Een aantal daarvan zijn in de kranten verschenen. Op de vraag of het OMT zich daarover heeft gebogen, is het antwoord «nee».

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Ellemeet namens de fractie van GroenLinks. Gaat uw gang.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Dank u wel, voorzitter. Ik wil beginnen met te zeggen dat ik het wel ingewikkeld vind dat de heer Van Dissel eigenlijk weigert antwoord te geven op de vraag van mevrouw Diertens. Dat lijkt toch vooral politiek ingegeven, want er is zo veel kennis over besmettingsgevaar, over overdracht en over de 1,5 meter; allemaal criteria waarvan we zien dat we die niet kunnen naleven in een vliegtuig.

Maar goed, omdat de heer Van Dissel geen ruimte voelt om daar antwoord op te geven, wil ik een andere vraag stellen. Die ligt in het verlengde van de vraag van de heer Veldman, die aangaf dat voordat we de besmetting kunnen vaststellen, we vaak al een week verder zijn. Hij vroeg: waar streven we naar? Binnen welke termijn zouden we willen weten dat we besmet zijn? De heer Van Dissel zegt: we streven ernaar het binnen een dag te weten. Maar hoe realistisch is dat? Zijn er doelen gesteld, waarbij we stap voor stap toewerken naar die kennis binnen één dag? In het verlengde daarvan: zou het feit dat we er nu nog een week over doen, kunnen verklaren dat Denemarken bijvoorbeeld nog steeds geen Nederlanders op bezoek wil hebben? We hebben die curves van de landen gezien. Je ziet dan dat Nederland zich redelijk conformeert aan de andere landen en toch wil Denemarken ons nog steeds niet hebben. Hoe komt dat?

De heer **Van Dissel**:

Met betrekking tot het laatste: dat zult u Denemarken moeten vragen. Dat weet ik niet; dat hebben ze niet gecommuniceerd.

Met betrekking tot vliegtuigen: een beetje flauw om het dan niet in een vraag te doen. Op onze website hebben wij algemene adviezen over vliegtuigen. Daar is dus helemaal geen discussie over. Ik heb ook een aantal factoren genoemd, alleen vraagt u nu heel specifiek naar covid. Als ik dat nu zou zeggen, hebben we binnen het OMT niet meer de vrijheid om daarover te spreken. We hebben die vraag gewoon niet gehad. Dat betekent dat ik alleen in algemene termen kan aangeven wat daarbij een rol speelt, maar dat ik natuurlijk niet in detail kan treden om daar straks binnen het OMT over te worden teruggefloten als daar andere meningen over zijn. Ik denk dus dat we daarnaar moeten kijken als die vraag komt. Die heeft ons gewoon nog niet bereikt.

Met betrekking tot hoe snel je wilt weten wanneer er wel of geen contactonderzoek zou moeten zijn: ik blijf dan toch bij mijn vorige antwoord. Ik denk dat het in principe mogelijk moet zijn dat als iemand zich aanmeldt en langsgaat bij een teststraat, je binnen één dag de uitslag hebt. Totdat de uitslag komt, moet iemand zich dan in acht nemen, dus in quarantaine gaan om ervoor te zorgen dat hij potentieel geen anderen besmet. Dan moet je zo snel mogelijk weten of je dat vervolg moet geven. Als dat een week zou blijven duren ... Ik denk dat dat absoluut niet het geval is. Dat moet ook een leerproces ondergaan, zoals bij heel veel dingen. Als je op de eerste dag 323.000 keer gebeld wordt, zoals ik las, kan ik me voorstellen dat dat niet meteen geregeld is. Maar waar wij naartoe zouden moeten gaan, is een snel systeem zonder drempel om te testen. Nou, dat is gerealiseerd. Vervolgens moet er zo snel mogelijk een uitslag zijn, want je wilt binnen die eerste periode van verdere verspreiding eigenlijk al de adviezen hebben gegeven. Dat betekent gewoon dat je het echt heel snel moet doen. Dat levert ook de grote winst op. Die grote winst die we dan denken te kunnen behalen, kunnen we gebruiken om de lockdowneffecten zo snel mogelijk terug te versoepelen, wetende dat we een effectieve manier hebben om het op te pakken. Het is in mijn ogen dus echt heel erg belangrijk, als advies aan degenen die dat moeten doen – want ik wil wel zeggen dat ik het niet hoeft te doen – om dat zo snel mogelijk te kunnen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Asscher namens de Partij van de Arbeid. Gaat uw gang.

De heer **Asscher** (PvdA):

Dank u wel. Er blijkt toch nog steeds onduidelijkheid te zijn over de strategie die Nederland voert, ook door uitspraken van leden van het OMT. Dat is wel relevant, gezien de signaalwaardes die nu gekozen worden: drie dagen tien ic-opnames, drie dagen 40 ziekenhuisopnames. Als we daadwerkelijk willen indammen en zo snel mogelijk erbij willen zijn, is het dus heel relevant hoe betrouwbaar het dashboard is dat nu gemaakt wordt. Mijn vraag zou zijn of je dan niet een meldplicht moet hebben van verdenking van COVID-19. Zou je dan niet de snelheid waarover u net sprak, dwingend moeten opleggen? Zou je dan niet veel duidelijker afspraken met de horeca moeten hebben, zodat je meteen kunt traceren waar mensen geweest zijn? Met andere woorden, als onze strategie nu «indammen» is, past daar dan geen andere benadering van dat dashboard bij?

De heer **Van Dissel**:

We praten, denk ik, deels over wat nog moet worden gerealiseerd. Wat we hebben bedoeld met de advisering met betrekking tot het dashboard, waarvan ik u de onderdelen heb genoemd, is erop gericht om zo vroeg

mogelijk op de verschillende fasen van infectie te zitten. Die heb ik twee weken terug laten zien: de eerste klacht, het gaan naar de huisdokter en het gaan naar het ziekenhuis. Daar zitten vaak een aantal dagen tussen. Je wilt daar zo vroeg mogelijk op zitten, omdat de ic-opnames en ziekenhuis-opnames natuurlijk helemaal aan het eind van het geheel zitten. Als je die ziet stijgen, is er al een heleboel gaande wat je eigenlijk wilt kunnen voorkomen. Je moet dus toch toe naar: de beste informatie op een zo vroeg mogelijk moment. Het is misschien een beetje herhalen, maar we moeten het er toch goed in krijgen dat men bij klachten thuisblijft, eerlijk is tegen zichzelf en zegt: «Ik heb klachten. Het is toch anders. Ik blijf nu gewoon thuis.» We hebben toch ook weer gezien dat dit een aantal keren mis is gegaan. Vervolgens moet er getest worden en moet je in die periode ook thuisblijven, zodat je geen andere personen kan besmetten. Er moet dan zo snel mogelijk getest en teruggekoppeld worden. Daarnaast moet er een bronnen- en contactwaarschuwing geïnitieerd worden. Dat zijn toch de essentiële onderdelen.

Of je het dan meteen wilt verplichten ... Ik denk dat een meldingsplicht, als dit allemaal goed werkt, eigenlijk niet zo veel toevoegt, want wij weten uit de virologische dagstaten natuurlijk hoeveel mensen getest worden. Je weet ook waar, dus dat heb je eigenlijk niet meer nodig. Je weet dat men komt voor die coronatest, dus op dat moment is men in potentie verdacht, maar dat moet dan blijken uit de uitslag. Dus ik denk dat dat op zich niet meteen wat toevoegt.

Wil je dan een bepaalde termijn zetten op hoe snel dat systeem uiteindelijk werkt? Ik kan me voorstellen dat je het er in het begin gewoon wilt inslijpen. Er zullen ongetwijfeld beginnersfouten in zitten. Men zal moeten leren. Maar ik denk wel dat je ernaar moet streven om voor elkaar te krijgen dat je dat binnen één dag realiseert, want als het bijvoorbeeld drie dagen zou zijn – we hebben dat net voorgerekend – is dat eigenlijk gewoon te laat. Dus je moet echt proberen om dat zo op orde te hebben dat er zo snel mogelijk gerapporteerd wordt, meteen naar de persoon en naar de GGD's, om het contactonderzoek te initiëren. Die periode is denk ik belangrijker dan bijvoorbeeld zoiets als een meldplicht, want die voegt niet zo veel toe.

De heer **Asscher** (PvdA):

Dat snap ik. Voorzitter, misschien toch nog even?

De **voorzitter**:

De heer Asscher, kort.

De heer **Asscher** (PvdA):

Gezien de ontwikkeling van dit virus en de enorme schade die het de samenleving aandoet, is een beetje eerder erbij of een beetje effectiever optreden vaak wel relevant. Dus zo'n meldplicht ... Ik heb toch niet de indruk dat die arbeidsmigranten in zo'n slachterij met z'n allen de persconferenties van de premier kijken en zich daarnaar gedragen. Het ging me er meer om welke maatregelen je kunt treffen om zo'n dashboard effectiever te maken. Ik snap dat er niemand ziek wordt als mensen zich aan alle voorschriften houden.

De heer **Van Dissel**:

Wat het effectiever maken betreft, we hebben natuurlijk geprobeerd om verschillende dingen te verzinnen. Misschien kunnen we nog meer dingen verzinnen. Riolsurveillance is bijvoorbeeld ook een heel algemeen iets. We weten dat dit een gevoelige manier is om het op te pakken. Je hebt dan een heel stadsgebied dat draineert en dat je dus kan identificeren. Als het negatief is, zegt dat natuurlijk meer dan wanneer het positief is, want dan moet je vervolgens achter het probleem aan. Maar zo hebben we geprobeerd om zo breed mogelijke indicatoren te krijgen, allemaal erop

gericht om er zo snel mogelijk op te zitten. Want dat is wat we uiteindelijk willen bereiken. En we staan natuurlijk open voor nog heel andere suggesties. Voor een deel hangt het – dat ben ik met u eens – af van de medewerking van de bevolking zelf. Die moet dat weten en moet zich er ook aan willen houden. Een deel is daar natuurlijk niet direct voor verantwoordelijk.

Wat we er ook in hebben opgenomen – dat heeft u kunnen zien – zijn veranderingen in naleving. Daarmee bouw je een portfolio op van potentieel riskante gebeurtenissen die zich dan vertaald hebben in meer infecties. Dat geeft natuurlijk ook een database van zaken waar je op let, ook vanuit de veiligheidsregio's, en waarvan je niet wilt dat het gebeurt. Maar u heeft helemaal gelijk dat daar natuurlijk een leerproces in zit en dat het niet vanaf dag één honderd procent perfect zal zijn. Dat zullen we moeten opbouwen. We zitten nu gelukkig heel erg laag met het aantal infecties. Dat kan bijna niet anders. En wat je natuurlijk hoopt, is dat je dit tegen de periode waarin luchtweginfecties überhaupt opkomen – dan heb je het eigenlijk over na de zomerperiode – allemaal echt klaar hebt staan en hebt ingedraaid, zodat het heel goed werkt en voldoet aan al die punten van snelheid.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Van der Staaij namens de fractie van de SGP. Gaat uw gang.

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

Mijn vraag gaat over het perspectief voor individuele serologische testen, dus of je het virus hebt doorgemaakt en immuniteit hebt opgebouwd. Een aantal weken geleden werd daarover gezegd dat nog onduidelijk is hoe dat nu precies zit en of je ook immuniteit opbouwt na het doormaken van lichte klachten. Er liep nog onderzoek naar de betrouwbaarheid van testen. Is daar nu al meer over te zeggen?

**De heer Van Dissel:**

Ik denk dat daar het nodige over te zeggen is. Er is een hele scope aan testen beschikbaar. Een heleboel zijn getest op betrouwbaarheid en reproduceerbaarheid: zijn ze voldoende gevoelig om alle gevallen op te pakken en zijn ze dan voldoende specifiek om niet ook een heleboel ruis op te pakken? Daar is het nodige van bekend. Er zijn een aantal testen waarvan we denken dat die voldoen aan de meeste eisen die we wat dat betreft stellen, bijvoorbeeld de test zoals ik u heb laten zien die Sanquin heeft toegepast samen met het RIVM om bij bloeddonoren en plasmadonoren te kijken wat het percentage is aan positief bevonden personen. Wat die groep betreft zitten we nu in Nederland rond de 5,5%. Eerder hebben we vanuit het RIVM het PIENTER-onderzoek herhaald, waarbij we breder kijken door heel Nederland. Dat is al iets eerder verricht en toen kwamen we op ruim 4,5%, dus dat zijn consistente getallen. Dat betekent dat een bepaald percentage van Nederland het gekregen heeft. Uit het Sanquin-onderzoek bleek bovendien dat het hebben van heftige klachten of mildere klachten zich bij hen niet vertaalde in het minder aanwezig zijn van antistoffen. Voor de duidelijkheid: antistoffen zijn maar één onderdeel van de afweer, want we weten ook dat afweercellen van belang zijn. Bij antistoffen gaat het over de zogenaamde serologische testen en bij cellen over de cellulaire testen; die moeten nog verder worden ontwikkeld. Wat de antistoffen betreft is het niet zo dat de hoogte meteen relateert aan hoe goed je beschermd bent, want ook de kwaliteit van de antistoffen speelt een rol. Als iemand een lager titer heeft van antistoffen die heel goed binden, kan dat bijvoorbeeld betere bescherming bieden dan als iemand veel antistoffen heeft die veel minder goed binden. Ook daar zijn dus weer individuele verschillen tussen. Inmiddels is ook uit onderzoek uit Amerika bekend dat de cellen een

aparte rol spelen, even los van de antistoffen. Uit het eerste onderzoek bleek dat mensen bijvoorbeeld door neusverkoudheidvirussen, waarvan we er een viertal kennen die ook onder de naam corona spelen maar die een heel ander ziektebeeld geven, vooral neusverkoudheid, een bepaalde kruisreactiviteit kunnen hebben met het nieuwe coronavirus, zo is de gedachte. Dat zou dan weer kunnen verklaren waarom de een misschien veel heftiger ziek wordt dan iemand anders, omdat sommige mensen in zekere mate kunnen terugvallen op de bescherming die ze hebben gekregen als gevolg van neusverkoudheden. Dat is een ingewikkeld verhaal. Daar zit nog veel ontwikkeling in. Maar zoals ik u al uitleg, gaat die ontwikkeling steeds verder. Hopelijk maakt die op den duur dat we van tevoren kunnen bepalen in welke mate iemand gevoelig is, dat we de ernst kunnen voorspellen en dat we ook kunnen voorspellen of zo iemand immuniteit heeft tegen het virus. Daar zit veel ontwikkeling in. Even terugkomend op uw specifieke vraag: zijn die serologische testen er en denken we dat die betrouwbaar zijn? Het antwoord is ja. Over hoe we ze dan het beste kunnen gaan inzetten, wordt natuurlijk nog verder nagedacht. As we ze blind inzetten in de hele bevolking, dan verwachten we terug te vinden wat het Sanquin-onderzoek ons nu ook getoond heeft, namelijk dat ongeveer een op de twintig een reactie geeft tegen het virus. De vraag is dan wat je daar verder mee moet, tenzij je daaraan conclusies kan verbinden dat je bijvoorbeeld zonder persoonlijke beschermingsmaatregelen zou kunnen werken. Dat zijn dingen die we nog allemaal moeten vaststellen voordat we dat kunnen doorvoeren. Dat maakt dan misschien ook duidelijk bij wie we die testen allemaal wel en niet moeten uitvoeren om te kijken of ze wel of niet beschermd zijn tegen het virus.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Hijink namens de fractie van de SP. Gaat uw gang.

**De heer Hijink (SP):**

Ik wilde doorgaan op de vraag over de strategie. Als ik nu de brief van de Minister lees over het dashboard en alle informatie die wordt verzameld, dan moet dat passen binnen de strategie van, wat dan genoemd is, maximaal controleren: het beschermen van kwetsbare mensen en zorgen dat de zorg niet overbelast raakt. Het doel is dus heel duidelijk niet, ook van het dashboard straks niet, om het aantal besmettingen te minimaliseren en zo dicht mogelijk naar nul te brengen. Mijn vraag aan de heer Van Dissel is: wat zou er nou nodig zijn qua aanvullende maatregelen om ervoor te zorgen dat we met alle informatie die we straks hebben wél richting zo weinig mogelijk besmettingen gaan, juist ook omdat je dan mogelijk veel eerder van de 1,5 meter en andere beperkingen in bijvoorbeeld de horeca en de culturele sector af zou kunnen?

**De heer Van Dissel:**

Ik heb denk ik twee weken terug geïllustreerd door die verschillende modellen te tonen dat ook wij natuurlijk niet kunnen voorspellen waar we precies op uitkomen. We weten dat we momenteel, kijkende naar ziekenhuisopnames en kijkende naar ic-opnames die nu nog optreden, heel laag zitten wat betreft de infectiedruk. Dat willen we het liefst ook zo houden in afwachting van een vaccin dat het ons hopelijk uiteindelijk mogelijk maakt om iedereen immuniteit te geven via vaccinatie. Maar in alle eerlijkheid: dat kunnen wij ook niet helemaal voorspellen. Het zal toch een proces zijn: wat gebeurt er, wat kunnen we nu beheersen, wat komt er in het najaar op ons af? Naarmate we versoepelen, betekent het voor Nederland natuurlijk ook een opener samenleving. Niet alleen wij gaan straks op vakantie, maar anderen komen op vakantie naar ons toe. We krijgen ook weer potentiële introducties, zoals de introducties waarmee het oorspronkelijk is begonnen in Nederland. De situatie waar we hopen

uit te komen, is natuurlijk toch dat we het zo laag mogelijk krijgen. Tegelijkertijd realiseren we ons dat er nog zo veel onbekendheden van het virus zijn, ook wat betreft de verspreiding in landen om ons heen en landen buiten Europa waar we straks toch ook weer mee in contact staan. Wij denken dan ook dat je het niet helemaal weg krijgt. Je zet dus alles erop in, ook via het dashboard, om het allemaal zo snel mogelijk op te pikken en de kop in te drukken, zodat je versoepelingen die je nu hebt zo veel mogelijk kan aanhouden in het najaar. Ik denk dat het dashboard er echt op gericht is om zo vroeg mogelijk te kunnen acteren op het moment dat we besmettingen zien en om de infectiedruk zo laag mogelijk te houden.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Van Otterloo namens de fractie 50PLUS. Gaat uw gang.

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

Mijn vraag gaat over het mogelijk delen van versoepeling. Ik weet niet of dat in het OMT aan de orde is geweest, maar we weten wel dat de scholen zijn geopend, de basisscholen, vanwege de geringe kans op besmetting door jonge kinderen van elkaar en van anderen. Mijn vraag is vervolgens wat dat betekent voor de contacten buiten de school. Het toeval wil dat het vandaag Opa- en omadag is. Dat wisten we niet toen we deze technische briefing organiseerden, maar het is wel zo. Er zijn heel veel opa's en oma's die graag het contact met hun jongere kleinkinderen zouden willen herstellen. Wanneer er geen reden is om aan te nemen dat er een kans op besmetting is, zou er ook geen reden zijn om dat contact te verbieden. Zeker daar waar op heel jonge kinderen wordt opgepast, zou er geen reden zijn om dat met meer terughoudendheid te doen dan nodig is.

**De heer Van Dissel:**

Welke vraag precies wilt u dat ik beantwoord?

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

Ik wil weten – daar begon ik mee – in hoeverre in het OMT ook aan de orde is geweest dat het over meer gaat dan alleen de basisscholen die opengaan en of er dus ook niet, net zoals met toerisme, een advies kan worden gegeven over wel of geen contact met bepaalde leeftijdsgroepen.

**De heer Van Dissel:**

Ik weet dat de twee sprekers die na mij komen specifiek op dit onderdeel ingaan. Ik kan wel antwoorden dat in het laatste OMT – dat heb ik hier twee weken terug ook gerapporteerd – met name het bezoek van ouderen ter sprake is geweest. We hebben gezegd dat we ons realiseren dat een heleboel ouderen die niet in verpleeghuizen wonen vaak heel vitaal kunnen zijn. We hebben juist een differentiatie gemaakt in de adviezen, bijvoorbeeld over het omgaan met kleinkinderen. Kijk, alles staat en valt met een goede triage, of iemand wel of niet ziek is, of iemand wel of niet ziek is geweest en of je weet of iemand in contact is geweest met zieken. Als het antwoord op alles «nee» is en je dat voor een zekere periode kan zeggen, dan ben ik het helemaal met uw redenering eens dat dan de voorafkans dat iemand nog een infectie onder de leden heeft voordat hij bijvoorbeeld naar opa en oma gaat buitengewoon klein is. Er is een hele groep ouderen die heel vitaal is en die dat ook heel goed kan beoordelen. Zo ziet het advies wat dat betreft eruit. Laat hem daar dus vooral over praten en de risico's bespreken. Dat vinden we veel belangrijker dan een regel waarin deze overwegingen niet zitten, die iets verbiedt of voor één persoon toestaat. Dat wordt dus wel degelijk besproken.



**De voorzitter:**

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

**De heer Hiddema (FvD):**

Dank u, voorzitter. Ik dank meneer Van Dissel voor alle antwoorden die hij heeft gegeven. Daarmee heeft hij al mijn mooie vragen verkruid, dus ik heb geen vragen.

**De voorzitter:**

Dank u wel.

**De heer Hiddema (FvD):**

Tot de volgende keer!

**De voorzitter:**

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

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

Dank u wel. Ik heb twee vragen en geen vragen in de volgende ronde. Er lijkt wat onduidelijkheid te bestaan over welk percentage van de Nederlandse bevolking corona heeft gehad. In het PIENTER-onderzoek van het RIVM van 17 april werd gezegd dat 3,6% corona heeft gehad. U heeft volgens mij zojuist het percentage van 4,5 genoemd. Sanquin heeft in die periode ook onderzoek gedaan. Daar kwam ongeveer hetzelfde percentage uit. In de presentatie stond trouwens 5,5%. Welk percentage volgt precies uit welk onderzoek en welk percentage van de Nederlandse bevolking heeft op dit moment volgens het RIVM corona gehad?

**De heer Van Dissel:**

Wat wij doen is steekproeven nagaan. Het percentage uit bijvoorbeeld het Sanquin-onderzoek moet je betrekken op het domein waarin Sanquin de bemonstering heeft gedaan. In het geval van Sanquin zijn dat Nederlandse bloed- en plasmadonoren. Die worden gekeurd, dus dat is nooit een helemaal random, bij toeval getrokken bemonstering uit de Nederlandse bevolking. Daar komt dus een bepaald percentage uit. Het percentage dat we vonden in het PIENTER-onderzoek, dat zich wel meer richt op een volledig bij toeval beheerste bemonstering uit de Nederlandse bevolking, lag weer wat lager. Maar dat is inmiddels ook alweer een aantal weken terug. Naarmate de infectie doorgaat, ook al is de infectiedruk gemiddeld genomen een stuk lager dan in april, verwacht je dat er opbouw van immuniteit is. Als je het onderzoek over een aantal weken zou herhalen, kom je misschien nog iets hoger uit. Dat kan niet alleen als reden hebben dat wat meer mensen de infectie hebben gehad, maar ook dat het soms een bepaalde tijd duurt voordat iemand antistoffen aanmaakt. Soms ben je dus domweg te vroeg om antistoffen aan te treffen. Als u mij om een exact percentage vraagt, kan ik alleen maar zeggen dat we dat niet hebben. We hebben wel de percentages die u net al genoemd heeft en die uit de verschillende onderzoeken komen. Bij onderzoek moeten we altijd kijken of dat de hele bevolking betreft, met alle leeftijdscohorten, of dat het toch gaat om een beperkte groep. Bij bloeddonoren zit de groep die nog niet volwassen is er bijvoorbeeld niet bij, terwijl die in het PIENTER-onderzoek wel is meegenomen. Op die wijze kunnen de percentages dus iets variëren. Het betekent waarschijnlijk dat de waarheid ergens in het midden ligt als je al deze achtergronden van de bemonsterde groepen meeneemt. Het zal dus waarschijnlijk ergens tussen de 4% en de 5% liggen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Uw tweede vraag, meneer Van Haga.

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

Dank u wel. De vorige keer heb ik u een vraag gesteld over de anderhalve-meterregel, omdat de Wereldgezondheidsorganisatie 1 meter aanhoudt. U heeft toen aangegeven dat het een beetje een subjectief verhaal is. Ik heb nog een tweede vraag in die vraag gesteld: is het redelijk om diezelfde 1,5 meter aan te houden voor zowel binnen als buiten? Daar heeft u vorige keer geen antwoord op gegeven. Ik zou dat graag toch nog krijgen.

De heer **Van Dissel**:

Voor de duidelijkheid. Zoals ik de WHO-regel lees, staat er: minimaal 1 meter. Dat is iets anders dan «1 meter en geen centimeter verder». Over druppelinfecties weten we dat het bij 2 meter wat betreft risicoreductie, waar het allemaal om gaat, misschien van 98% naar 99% gaat. Zo moet u ook die regel van de WHO zien. De WHO zegt dat de grote druppels belangrijk zijn. We weten dat het ten minste 1 meter moet zijn, maar als het kan meer. Dat is in wezen wat zij zeggen. Ik zie dan ook niet zo veel licht tussen wat wij daarover zeggen en de WHO daarover zegt. Uw tweede vraag betrof binnen en buiten. In de laatste OMT-brief hebben we geprobeerd daarover iets toe te voegen in het addendum. In de praktijk is het zo dat in de westerse landen mensen ongeveer tot 80% van de tijd binnen verblijven, ofwel in het openbaar vervoer, maar in ieder geval in een afgesloten ruimte. Welk onderzoek je ook doet met betrekking tot besmettingen: je verwacht dat in 80% van de gevallen wordt gerapporteerd dat die zeer waarschijnlijk binnen opgelopen is. Als dat de proporties zijn, verwacht je dus domweg dat de overgrote meerderheid van de besmettingen daar plaatsvindt. Met betrekking tot buiten versus binnen zijn er eigenlijk geen goeie onderzoeken gepubliceerd. Er is één onderzoek waarover ik ongeveer dagelijks in de krant lees. Dat is dat onderzoek in China waarbij 7.000 versus 2 gevallen, of zo, met elkaar worden vergeleken. Als je dat onderzoek opzoekt en van a tot z naleest, dan haal ik daaruit dat het onderzoek verricht is in een periode dat men in China zei dat je binnen moest blijven. Ten tweede is het gedaan in een winterperiode, waarbij men misschien omwille van weersomstandigheden al meer binnen was. Als men toch buiten was, kwam men waarschijnlijk überhaupt nauwelijks iemand tegen, omdat men het advies had gekregen om binnen te blijven. Een dergelijk onderzoek geeft in mijn ogen dus geen enkele bewijsvoering voor dat het risico buiten minder is dan binnen. Het is natuurlijk wel – daar hebben we het ook al even over gehad met betrekking tot ventilatie – evident dat als je bij wijze van spreken in de wind staat, druppels verwaaien. In die zin zullen de risico's buiten best wat minder zijn. Maar het is niet zo dat je daarmee kunt zeggen dat we buiten geen enkele regel meer toe hoeven te passen. Dat zou echt veel te ver gaan. We weten dat door gesprekken – dat is overigens ook dat ene geval in het Chinese onderzoek – besmetting kan worden doorgegeven. De bewijsvoering van dat verhaal ligt dus gewoon complex. Er zijn een heleboel redenen om aan te nemen dat het binnen misschien altijd wat kritischer is dan buiten, maar met alles wat we weten, weten we dat het ook buiten kan worden overgedragen en dat die 1,5 meter een heel goede maat is om dat risico – het gaat altijd om risicoreductie – omlaag te brengen, en dus ook gewoon buiten aan te houden.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik nu graag het woord aan de heer Öztürk namens de DENK-fractie. Ga uw gang.

De heer **Öztürk** (DENK):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil een vraag stellen over het vakantieadvies. Waarom landen binnen de Europese Unie wel en landen buiten de Europese Unie niet, terwijl ook die landen zware maatregelen hebben

getroffen om corona te bestrijden? Het gaat om populaire vakantiegebieden, waarmee ook familiebanden zijn, zoals Marokko en Turkije. Ruim een miljoen mensen gaan daar op vakantie. Als ze terugkomen, zegt de heer Van Dissel dat ze twee weken in quarantaine moeten. Dan moeten dadelijk ruim een miljoen mensen in quarantaine. Mijn vraag is dus: wanneer komt er zo snel mogelijk duidelijkheid? Heel veel mensen moeten een vakantie gaan boeken. Gaat u een termijn noemen waarop deze maatregel van tafel gaat of waarop er duidelijkheid over komt?

**De heer Van Dissel:**

Ik begrijp uw vraag heel goed. Het punt is natuurlijk dat de Europese Unie een bepaalde houding heeft ten opzichte van andere landen. Die wordt gevolgd en geldt in ieder geval bij mijn weten nog tot 15 juni. Dan wordt die misschien weer opnieuw bekeken. Maar eigenlijk is dit meer een beleidsvraag dan een adviesvraag. U heeft op zich gelijk: de onderliggende filosofie is dat in de landen waar je naartoe op vakantie gaat de infectiedruk vergelijkbaar of lager is dan in Nederland. Je zou dan in detail moeten kijken of dat in een aantal landen die u noemt inderdaad zo is. Je moet je – dat heb ik met dat kaartje ook even aangegeven – daarbij realiseren dat er heterogeniteit is binnen een land. Ook dat kan je misschien een rol laten spelen. Los daarvan zijn er natuurlijk ook Europese besluiten, waar ik verder helemaal geen invloed op heb, die maken dat het momenteel gewoon niet speelt. Maar op zich heeft u denk ik een punt. Er zijn natuurlijk ook landen in Azië waar veel toeristen naartoe gaan en die de infectie goed onder controle lijken te hebben. Als de Europese regelgeving hieromtrent verandert, misschien wordt dit soort adviezen dan gevraagd. Daar wordt dan natuurlijk serieus naar gekeken.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Meneer Öztürk, ga uw gang voor uw tweede vraag.

**De heer Öztürk (DENK):**

Mijn tweede vraag gaat over het openbaar vervoer. Ik reis vanuit Roermond naar Den Haag. Twee uur en een kwartier met een mondkapje in een trein is geen pretje, voor heel mensen niet. Het is niet zo druk in de trein, ook niet in de spits. Komen er maatregelen en duidelijkheid waardoor mensen buiten de spits misschien toch zonder mondkapje met elkaar in de trein kunnen praten of een hapje kunnen eten? Want op dit moment zie ik gewoon dat heel veel mensen heel veel moeite hebben met alleen in de trein zitten met een mondkapje, terwijl het hele treinstel leeg is.

**De heer Van Dissel:**

Dat weet ik natuurlijk niet. Ik kan u in dezen alleen verwijzen naar het OMT-advies. Ik denk u dat daarin kunt lezen dat het enthousiasme voor het gebruik van mondkapjes bij het OMT niet heel erg hoog is; overigens uiteraard wel in de goede situaties. Er is een bepaald besluit genomen en het beleid is om in het openbaar vervoer niet-medische mond-neuskapjes te gebruiken. Ik denk dat ik u met uw vraag daarnaartoe moet verwijzen. Het OMT heeft zijn mening al gegeven.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Van Kooten-Arissen. Zij spreekt namens de groep-Krol/Van Kooten-Arissen.

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

Ik heb één vraag aan de heer Van Dissel. Ik hoor de heer Van Dissel al een aantal keren het Sanquin-bloedonderzoek naar groepsimmunitet noemen. Ik zou hem graag een vraag willen stellen over het andere onderzoek van Sanquin, namelijk naar de ontwikkeling van antistofprepa-

raten voor de meest kwetsbare groepen. Wij zouden hen daarmee kunnen helpen om de mate en de ernst van de symptomen te verminderen. Sanquin is op zoek naar niet-bekende donoren. Ik noem dat maar even gelegenheden donoren. Er is in de Kamer ook een aangenomen motie die het RIVM en de regering oproept om het gesprek aan te gaan met Sanquin over het met een algemene oproep oproepen van mensen die genezen zijn van COVID-19, om zich bij Sanquin te melden als gelegenheden donor. Mijn vraag aan de heer Van Dissel is of hij weet of dat gesprek met Sanquin inmiddels heeft plaatsvinden. Wordt er een algemene oproep aan genezen COVID-19-patiënten gedaan? Kan dit eventueel onderdeel zijn van zo'n teststraat? Kunnen mensen dus, als zij daar de uitslag krijgen, ook meteen opgeroepen worden om zich bij Sanquin te melden?

De heer **Van Dissel**:

Sanquin beschikt over een hele groep positieven. Ik heb net het percentage laten zien dat uit het onderzoek volgt. Het RIVM zit natuurlijk niet op de gevallen zelf. Daar zit natuurlijk altijd een stap tussen. Bij mijn weten wordt hier bij personen die de infectie hebben doorgemaakt en die dus in potentie zouden kunnen meedoen aan dit onderzoek, aandacht voor gevraagd. Dat is wat zou moeten gebeuren. Dat leidt ertoe dat ze de groep die het gehad heeft, in wezen de positieven in de totale groep die ik u hier heb laten zien, ongetwijfeld in de toekomst als een aparte moederbatch zullen proberen op te werken. Op die manier krijgen ze een preparaat dat verrijkt is voor die antistoffen. Bij mijn weten is daar behoorlijk wat aandacht voor.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Dik-Faber namens de ChristenUnie. Gaat uw gang.

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

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de heer Van Dissel voor de presentatie. Ik heb een vraag over het beperken van de risico's. Dit gaat over preventie. Natuurlijk weten we allemaal dat we in onze elleboog moeten hoesten en niezen, dat we papieren zakdoekjes moeten gebruiken en weggooien en dat we 1,5 meter afstand moeten houden. Dat lijkt me ook heel verstandig. Dat wordt ook goed uitgedragen door de overheid en het RIVM. Wordt het geen tijd om ook leefstijladviezen op te nemen in de communicatie? Ik weet dat dit geen garantie is, maar we weten dat leefstijlpreventie – gezondheid, bewegen, goed eten en rust – ook helpt om als samenleving weerbaarder te worden. Daar zou ik graag een reactie op willen.

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat u helemaal gelijk heeft. Ik wil niet te veel naar websites verwijzen, maar ik heb die website twee keer eerder – ook een presentatie terug – laten zien. Er is juist een gemeenschappelijk initiatief van het RIVM met een heleboel andere groepen om adviezen te geven over een gezonde leefstijl. Dat is dus wel degelijk beschikbaar. Dat is natuurlijk ook extra belangrijk, omdat uit de verschillende enquêtes bleek dat mensen gemiddeld toch veel minder in beweging zijn, wat uiteindelijk ook weer slecht is. Je wilt de mensen ook tijdens een lockdown in beweging houden en zeker ook nu het weer kan. Tegelijkertijd wil je ze ook weer waarschuwen voor andere adviezen. Als we met z'n allen weer de natuur in gaan, moeten we natuurlijk toch ook weer aan tekenen en dergelijke denken in verband met preventie van de ziekte van Lyme. Dat is natuurlijk een heel breed aspect, maar daar kunt u het nodige van terugvinden op die website. De algemene adviezen zijn heel erg coronagericht. U heeft er al een aantal genoemd: 1,5 meter afstand bewaren, goede hygiëne, vermijden van drukke plekken en dergelijke. Dat zijn natuurlijk belangrijke

aspecten. Het hoesten en niezen in de elleboog zijn natuurlijk dingen die spelen op het moment dat je het al hebt. Dan ben je eigenlijk al te laat met de preventie, maar wil je voorkomen dat anderen het krijgen. Een combinatie van die factoren is dus van belang. Ik denk dat u de niet-coronaspecifieke adviezen vooral terugvindt op de andere website. Dat is een gemeenschappelijke website die toegang biedt tot een heleboel aspecten van wat u genoemd heeft.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. En dan zijn we daarmee aan het einde gekomen van het eerste blok. Ik wil de heer Van Dissel nogmaals danken voor zijn aanwezigheid, zijn presentatie en het beantwoorden van de vragen. Ik stel voor om de vergadering kort te schorsen, zodat de andere sprekers de zaal kunnen betreden. Er is ook een wisseling van een tweetal Kamerleden, maar niet eerder dan nadat alles schoongemaakt is. Dank u wel.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

**De voorzitter:**

We gaan verder met de technische briefing. Aan de orde is het tweede blok over de ontwikkeling van het coronavirus. Aan tafel zitten mevrouw Beentjes, lid raad van bestuur Woonzorggroep Samen en lid van de Kerngroep Zorg Thuis van ActiZ, en mevrouw Den Haan, directeur-bestuurder ANBO. Hartelijk welkom. U heeft beiden ongeveer tien minuten voor uw presentatie. Daarna doen we een vragenronde. Ik geef als eerste het woord aan mevrouw Den Haan.

**Mevrouw Den Haan:**

Dank u wel, voorzitter. Dank voor de uitnodiging. Zoals u weet, houdt de ANBO zich als belangenbehartiger voor senioren bezig met de terreinen inkomen, wonen en gezondheid. Naast onze collectieve belangenbehartiging, houden wij ons ook bezig met individuele belangenbehartiging. Dat doen wij met goed opgeleide vrijwilligers in de gemeenten, die ouderen bijstaan met hun individuele hulpvraag.

Wij willen eerst even kijken naar de feiten en de cijfers. Zoals u dat kennelijk ook wel weet, zijn er 3,2 miljoen ouderen van 65-plus. 80% van deze 65-plussers is vitaal. 16% krijgt zorg intramuraal of ondersteuning thuis en 4% woont in een verpleeghuis. De meeste ouderen wonen dus zelfstandig thuis. In het begin van corona hebben we ons heel goed gerealiseerd dat er met name voor thuiswonende ouderen een toenemend sociaal isolement kon optreden. Daarom hebben we extra acties gezet op deze thuiswonende ouderen. In de media gaat veel aandacht uit naar de verpleeghuis- en ziekenhuiszorg en minder naar de situatie thuis.

Op het moment dat in Nederland de maatregelen werden aangekondigd om het bezoek aan ouderen en kwetsbare mensen zo veel mogelijk te beperken, hebben we met name twee dingen gedaan. We hebben direct een telefoonlijn opengezet, waar ik straks op terugkom, en we zijn een campagne gestart onder de noemer «Hart onder de riem». We verwachtten dat door de maatregelen het sociaal isolement zou toenemen en we hebben geprobeerd om in te zetten op zo veel mogelijk in contact blijven met ouderen thuis.

Dat hebben we gedaan door een aantal zaken te doen. We hebben bekende Nederlanders en politici gevraagd om vlogjes op te nemen voor ouderen thuis. Dat is buitengewoon gewaardeerd. Het is op een campagnesite gezet die overal gecommuniceerd is, ook in de pers. Mensen konden regelmatig even kijken en hadden het gevoel dat ze niet alleen waren en dat er aan hen gedacht werd.

We hebben dagelijks activiteiten georganiseerd op Facebook om mensen in contact te laten blijven. De voornaamste noemers waren bewegen,

gezond eten, afleiding en interactie. Je kon dagelijks op ons Facebook kijken naar stoelyoga, een work-out, koken met ANBO, miniconcerten en een kennisquiz.

Samen met Ali B hebben we met heel veel thuiszorgorganisaties bloemen bij mensen bezorgd: 150.000 bossen bloemen. Dat hebben we met name gedaan door de thuiszorgorganisaties te vragen welke mensen een klein beetje aandacht konden gebruiken. We zijn bij die mensen langsgegaan met bloemen. Het was een enorme operatie, maar het werd buitengewoon gewaardeerd. Dan zie je dat er heel veel mensen een heel klein of helemaal geen sociaal netwerk hebben.

Namens heel veel kleinkinderen hebben we duizenden kamerplanten en kaartjes langsgebracht bij opa's en oma's. Samen met Google en SeniorWeb hebben we tienduizend slimme speakers uitgegeven aan ouderen die heel erg alleen zijn en die met name via de spraaktechnologie op deze manier toch in contact met de buitenwereld konden blijven. We hebben ook gehoord dat er heel erg veel zorg was over de thuiszorgmedewerkers. Veel ouderen belden ons op met de vraag: kunnen wij niet iets voor hen doen? We hebben thuiszorgmedewerkers verrast met chocoladeharten op aangeven van de ouderen zelf. Met PostNL hebben we honderdduizenden mensen een kaartje en een puzzelboekje thuisbezorgd.

Zo staan er nog veel meer acties op stapel en hebben we ook nog veel meer gedaan. We zijn ons uiteraard aan het voorbereiden op de tweede golf die er eventueel aankomt. Niet alleen ANBO maar ook heel veel andere organisaties hebben op lokaal en landelijk niveau zich ingezet om in contact te blijven met elkaar. Ik denk dat we daar in Nederland heel erg trots op mogen zijn. Terecht ging er heel veel aandacht naar de medische kant van COVID-19, maar de welzijnskant was, is en blijft zeker zo belangrijk.

Onze speciale telefoonlijn op het gebied van corona is op 11 maart geopend. Die hebben we opengezet voor leden, maar ook voor niet-leden. Mensen konden zeven dagen per week bellen van 9.00 uur tot 21.00 uur. We hebben heel erg veel telefoontjes gehad. Wat we zagen was dat overdags met name praktische vragen gesteld werden en dat vragen over eenzaamheid, depressie, angst en onzekerheid met name in de avond en in de weekenden werden gesteld.

In eerste instantie zagen we heel veel vragen binnenkomen over allerlei praktische zaken. Mensen waren onzeker. Er kwamen dus ook vragen binnen als: mag ik op het balkon staan, mag ik naar buiten, mag ik in de tuin, mag ik mijn hond uitlaten? Ook al verwezen wij natuurlijk door naar de websites van de rijksoverheid en het RIVM, wilden heel veel mensen toch even de bevestiging horen van iemand aan de telefoon of het echt wel of niet mocht, en dan met name op de specifieke situatie van de persoon die belde. Veel vragen waren er met name over het contact met kleinkinderen – daarmee hadden de meeste ouderen de meeste moeite – maar ook over of de thuiszorg of de huishoudelijke hulp wel of niet mocht komen.

De laatste vijf, zes weken zien we dat de vragen veranderen. De praktische vragen nemen af en de vragen rondom angst, depressie en onzekerheid nemen behoorlijk toe. Je ziet ook dat mensen de sociale contacten met hun dierbaren heel erg missen en het lastig vinden om zichzelf te vermaken. Met name de mensen die alleen zijn hebben daar het meeste moeite mee. Sommige mensen geven zelfs ook aan dat ze echt depressief worden. We hebben in behoorlijk wat gevallen mensen kunnen helpen door eenmalig antwoord te geven, maar ook in een aantal gevallen hebben we mensen die bijvoorbeeld suïcidaal zijn door moeten begeleiden door specialistische hulp of naar 113. Wat we verder gedaan hebben – want er gebeurt natuurlijk ontzettend veel in deze periode – is dat we dagelijks onze Q&A's hebben ge-update, mensen aan de



telefoonlijn hebben gebriefd en gedetailleerde lijsten hebben gemaakt met organisaties waarnaar wij konden doorverwijzen. We hebben ook nog een aantal andere zaken gedaan die belangrijk waren. We hebben veel vragen over eenzaamheid gehad van ongelofelijk veel mensen die een klein of helemaal geen sociaal netwerk hebben, maar ook mensen die normaal wel met anderen in contact zijn, missen toch het fysieke contact. We hebben met ruim 200 vrijwilligers koppelingen gemaakt op structurele basis. Elke vrijwilliger belt drie, vier, vijf mensen per dag op om even een gesprekje te voeren. Voor veel mensen is dat dus echt het enige contact dat ze op dat moment met de buitenwereld hebben. Een aantal zaken viel op. We hebben ten eerste wel gemerkt dat heel veel mensen, ouderen, ook al vonden ze het wel heel lastig, veel begrip hadden voor de maatregelen die in brede zin zijn getroffen. Maar naarmate men zich langer in een thuisisolement bevond, ging men zich natuurlijk ook meer en meer alleen voelen. Ook mensen die wel contacten hadden door middel van beeldbellen, een telefoontje of een kaartje, gaven aan zich in toenemende mate somber en alleen te voelen. Ook gaven mensen aan dat ze zich op een zijspoor gezet voelde. Dat ging met name over mensen die 70 jaar of ouder waren. Die zeiden: ik ben gezond en vitaal, niet oud en kwetsbaar, dus voor mij gelden deze maatregelen niet. Er was ook veel verwarring over de thuiszorg. De vraag die met name gesteld werd, was: waarom mag de thuiszorg komen zonder beschermingsmateriaal en van cliënt naar cliënt gaan, en mogen wij geen vertrouwd bezoek thuis ontvangen?

Ten tijde van corona is natuurlijk veel gesproken over kwetsbare ouderen, maar wat is dan eigenlijk «kwetsbaar»? Daar zijn de meningen over verdeeld. Het RIVM en de rijksoverheid hebben de leeftijd van 70 jaar of ouder aangehouden. Je ziet in ieder geval bij onze achterban dat daar veel verwarring over is. Mensen voelen dat niet en zijn daar boos over. Ze vinden dat de communicatie te veel eenzijdig over oud en ziek en kwetsbaar is gegaan, omdat die mensen zich gezond en vitaal voelen en in de communicatie iets over hun specifieke situatie terug horen. 70-plus is niet per definitie kwetsbaar.

We zien gelukkig ook hele mooie ontwikkelingen de afgelopen periode. Zo zien we bijvoorbeeld onder ouderen thuis een versnelde digitalisering. We hebben veel mensen kunnen helpen met het installeren van facebook of met beeldbellen. Dat is natuurlijk heel erg mooi, want ook de mensen die apert tegen waren, zijn nu toch overstag en zien hoe mooi dit allemaal is. De versnelde digitalisering in de zorg, waar ook onze doelgroep veel baat bij heeft, is een groot goed. Regionale samenwerking in de zorg is flink op gang gekomen en geïntensiveerd. Dat zal Caroline straks ook melden. Dat zijn dus allemaal hele mooie ontwikkelingen. We verwachten echter dat we voorlopig nog niet van corona af zijn. Als er een tweede golf komt, is het belangrijk dat we in de toekomst naast het medische aspect ook blijven inzetten op het voorkomen van sociaal isolement en dus op welzijn. Want ondanks het feit dat ouderen wellicht wat meer risico lopen door hun leeftijd, zijn zij – nogmaals – boven de 70 niet allemaal zwak en kwetsbaar. Door hier in de communicatie continu de nadruk op te leggen, wordt ook de kloof tussen generaties als groter gevoeld. Wij waren dan ook heel blij dat de Minister-President gisteren in het kader van de reisadviezen geen leeftijdsonderscheid heeft gemaakt. Het is goed om mensen aan te spreken op de verantwoordelijkheden, maar leg vooral de nadruk op wat wél kan. We hebben heel erg gehoord wat er niet kan. We hebben het nu over de zorg thuis. Als je kijkt naar de verpleeghuiszorg en de zorg thuis, zijn er tal van mooie mogelijkheden om toch gewoon in contact te blijven met elkaar. Ik denk dat dat voor de toekomst heel erg belangrijk is.

Wat ook bij onze achterban voor veel verwarring heeft gezorgd en waarvan wij in de toekomst zouden willen dat dat beter gaat, is om consequent te zijn in de richtlijnen. Heel veel mensen hebben gewoon niet

begrepen dat de thuiszorg geen beschermingsmiddelen op mag, maar wél langs mag komen en vertrouwd bezoek niet. Of bijvoorbeeld dat als je gezond en 70 bent, er geen bezoek mocht komen, maar als je vóór de pandemie-uitbraak kwetsbaar of niet zelfredzaam was, je wél een of twee vaste bezoekers mocht aanwijzen. Dat was lastig uit te leggen voor ons en het gaf ook veel verwarring.

De afgelopen maanden hebben we ook gezien dat de nadruk in deze coronacrisis voornamelijk, zeker in beginsel, op de cure lag en minder op de ouderenzorg. Dat is volkomen onterecht. Dus in de toekomst zou die ouderenzorg direct meegenomen moeten worden in het nemen van de crisismaatregelen.

Tot slot. We hebben veel geleerd met elkaar in de afgelopen periode. Hoe het niet moet, maar vooral ook hoe het wel kan. Laten we er in ieder geval voor zorgen dat we dat met elkaar vasthouden.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Beentjes, maar nadat de afstandsbediening is gereinigd. Mevrouw Beentjes, gaat uw gang.

**Mevrouw Beentjes:**

Hartelijk dank en dank voor de uitnodiging. Mij is gevraagd om iets te vertellen over de eigen ervaringen in de thuiszorg. Daar ben ik zeer blij mee, omdat, zoals Liane net al zei, de thuiszorg wat onderbelicht is geweest. De cure lag in focus, de verpleeghuizen ook, maar de thuiszorg onvoldoende, wat mij betreft. Dus een schets van wat ik heb meegemaakt, wat onze organisatie heeft meegemaakt en ook een vooruitblik van wat ik u zou willen meegeven.

Woonzorggroep Samen is een ouderenzorgorganisatie die het hele palet aan ouderenzorg heeft. We hebben maaltijdvoorziening, thuiszorg, huishoudelijke hulp, maar ook verpleeghuiszorg, hospicezorg en revalidatie. Dus het hele palet in het gebied dat lichtblauw is, de kop van Noord-Holland. De kengetallen ziet u. We zitten in een echt plattelandsgebied. Als we collega's horen, zijn dat vaak collega's uit de Randstad. Wij komen echt uit een plattelandsgebied.

We leveren ook diensten en zorg thuis. We hebben 400 cliënten in de thuiszorg. Even om het beeld te schetsen, we zijn de tweede thuiszorgorganisatie in ons gebied en de grootste aanbieder van huishoudelijke hulp. Ik heb een plaatje van Noord-Holland erbij gedaan om even te schetsen waar de kop van Noord-Holland ligt, maar ook wel om een schets te geven van hoe het overleg is geweest binnen onze provincie. Dat overleg is van vitaal belang geweest. Mijn collega heeft een GGD-verleden en heeft eigenlijk de overleggen, met name vanuit de vvt, voorgezet. Dat is behulpzaam gebleken.

Het was een heel strak regime. Het begon om 11 uur met de kop van Noord-Holland, vervolgens breidde dat uit met Kennemerland en Zaanstreek-Waterland en daarna vond afstemming plaats met Groot-Amsterdam en Flevoland. Vervolgens werden er twee vertegenwoordigers van de vvt toegelaten in het ROAZ-overleg met de ziekenhuizen, de GGD, het ambulancevervoer en de huisartsen. Dat is echt een hele goede lijn. Dan de ervaringen in Noord-Holland Noord, te beginnen uiteraard bij de cliënten. Bij de presentatie van de heer Van Dissel zagen we dat het aantal besmettingen bij ons beperkt is gebleven. Toch is elke besmetting er één en elke persoon die overlijdt, is er ook één. De gegevens staan er: in onze regio zijn 87 mensen overleden, maar er zijn er ook veel genezen. Daar zie je ook een mooi patroon in, dat ik interessant vind. Op het hoogtepunt waren er in de thuiszorg 20 besmettingen en 60 verdenkingen; dat is ook wel van belang om te weten, want die mensen hebben we via een coronaroute hulp kunnen geven.

Bij ons was er een beperkte mate van afschaling van zorg. Daar zitten grote verschillen in; dat zal ik u straks ook nog vertellen. Wij zagen afzeggingen uit angst, maar wij zagen ook afzeggingen omdat er druk was bij de thuiszorg. Dat varieerde wel binnen de provincie. Daar waar er meer besmettingen waren – met name in de regio Haarlem en Zaanstreek-Waterland – is ook afgeschaald omdat thuiszorgmedewerkers werden ingezet voor andere zorgsoorten. De huishouding werd stopgezet als er sprake was van verdenking of van besmetting.

Het was mooi om te zien dat beeldbellen en het verstrekken van hulpmiddelen voor zelfredzaamheid versneld zijn ingevoerd. Dat is eigenlijk in het verlengde van wat we net ook hoorden. Ik denk bijvoorbeeld aan het zelf kunnen druppelen van de ogen of het aantrekken van kousen. Dat was er al, maar soms was er bij sommige mensen aarzeling. Dat is versneld ingevoerd, en dat is mooi om te zien. Wij hoorden net al duidelijk dat er sprake was van vereenzaming en ook wel van ontregeling in thuissystemen. Dat heeft gemaakt dat wij in de regio gezocht hebben naar andere vormen van dagbesteding. Vrijwilligers, maar ook wel professionals gingen in een heel kleine setting of in een een-op-eensetting toch naar cliënten toe, omdat dit van belang was om het systeem op orde te houden, om het niet te laten ontregelen.

Over de organisatie wil ik u twee dingen melden. In Noord-Holland hadden we eigenlijk te maken met een soort tweede golf. Het begon in Brabant. Wij hebben veel informatie gekregen van collega's uit Brabant. Mijn organisatie heeft zich daardoor drie weken echt goed kunnen voorbereiden. Ik ben ervan overtuigd dat dat ons heeft geholpen bij de aanpak van dit virus en bij het toerusten van onze medewerkers. Het was ontzettend mooi om te zien dat veel organisaties veel kennis met elkaar deelden, en dat doen ze nog steeds. Ik heb nog nooit zo veel webinars gehad, niet alleen door de situatie, maar ook om heel veel informatie met elkaar te delen. Dat is echt een mooi gegeven.

Dan onze collega's. Ze zijn hier al een paar keer aan de orde geweest. Ook de medewerkers van de thuiszorg verdienen veel handgeklap en een diepe, diepe buiging van ons allemaal. Ze komen onvoldoende in beeld en daarom wil ik dit heel graag ook bij jullie onder de aandacht brengen. Deze medewerkers hebben een enorm commitment gehad om cliënten die extra kwetsbaar waren thuis te blijven verzorgen, want zij konden niet zonder zorg. Sommigen konden nog wel met een mantelzorger uit de voeten, maar anderen hadden ook heel vaak de zorg van een professional van de thuiszorg nodig. Ze hebben zich in alle bochten gewrongen om die zorg ook te kunnen leveren, ook al hadden ze zelf angst, angst om zelf besmet te raken, maar ook angst om te besmetten. Die angst hadden ze wel degelijk. Daar hebben ze ook mee moeten dealen.

Deze collega's van de thuiszorg zijn echt enorm flexibel. Dat zijn ze al van nature omdat ze steeds mee moeten bewegen met de vraag van de klant, maar ze zijn ook in dezen heel flexibel geweest en in coronaroutes gaan lopen. Ze hebben dus bewust gekozen voor het helpen van patiënten die besmet waren of daarvan werden verdacht. Ze zijn ook flexibel in die zin dat ze bijvoorbeeld in verpleeghuizen helpen. Een collega-instelling heeft bewust afgeschaald om collega's beschikbaar te hebben voor het bieden van hulp in verpleeghuizen waar veel besmettingen waren. Voor die flexibiliteit verdienen zij een heel dikke pluim.

Dan nog een cijfer dat ik jullie niet wil onthouden: in Noord-Holland Noord zijn 300 medewerkers afwezig geweest. Dat is een kleine 3%. Zij waren afwezig door corona, niet alleen door ziekte, maar bijvoorbeeld ook door onderliggend lijden of doordat zij thuis een partner hadden die kwetsbaar was.

Dan de hulpmiddelen. Daar is het al heel vaak over gegaan. In onze regio is er geen tekort geweest. We zijn wel dicht bij een tekort geweest, maar we hebben geen tekort gehad. Dus dat is mooi. Dat heeft te maken met het overleg dat we hebben kunnen voeren in de regio, in het

ROAZ-verband. Eenheid in beleid is belangrijk gebleken. Daar waar het soms wat op de helling ging en een individu of een collega-organisatie toch van de richtlijnen afweek, leverde dat meteen vragen en zorgen op: de vragen waar de ANBO het net ook over had. Het is ongelofelijk belangrijk om je te houden aan de regels, zeker in tijden van tekorten, om de schaarste goed te verdelen, maar ook om de hulpmiddelen op een juiste wijze in te zetten. Je kunt het hebben over preventief inzetten – dat heeft de heer Van Dissel vaak genoemd – maar daar kleven ook risico's aan. Het kan ook schijnveiligheid zijn, als je het niet goed behandelt of niet goed gebruikt. Dat hebben we ook steeds gemeld aan onze medewerkers. Ze hebben er vaak om gevraagd: mogen we het niet preventief inzetten? We hebben ze er vaak op gewezen dat dat niet de richtlijnen zijn. We hebben gezegd: daar houden we ons in de regio aan.

Wat ons heeft geholpen, is de richtlijn van de V&VN, de beroepsorganisatie, die zegt: maak een professionele inschatting, met de richtlijnen van het RIVM in je achterhoofd, om hulpmiddelen in te zetten. Wij hebben medewerkers in sommige situaties ook meegegeven: als een cliënt heel erg bang is, maar wel echt afhankelijk is van onze zorg, dan kun je ook de inschatting maken om het wel in te zetten; jij bent de professional en jij kunt die inschatting maken. Wat ons heeft geholpen, is dat we noodpakketjes aan onze collega's hebben meegegeven. Dat gaf hun kennelijk de rust die ze nodig hadden, in de zin van «ik kan er een beroep op doen; ik kan het gebruiken, want ik heb het gewoon bij me». Dat kon op het moment dat we er meer dan voldoende hadden. Onze ervaring is dat aanvulling nauwelijks nodig was; dat is eigenlijk ook wel mooi om mee te nemen. Dat was dus ook een onrust die in het hoofd zat.

Onze medewerkers hebben ook grote zorg gehad om het gedrag dat ouderen en mensen rondom die ouderen met zich meebrachten. Soms kwamen ze bij een cliënt en was er een hele tafel vol met visite, niet conform de richtlijnen. Daar hebben ze zich enorm zorgen om gemaakt. Dat heeft ook wel de nodige discussie bij ons opgeleverd met de cliënten en met de mantelzorgers van die cliënten. Wij zeiden: als onze medewerker komt, zorg dan dat er geen visite is, want wij moeten ook onze medewerkers beschermen; wees ook altijd alert op het aanwezig zijn bij een kwetsbare oudere, want mensen die zorg nodig hebben, zijn over het algemeen kwetsbaar. Dat gaf jij ook net aan, Liane. Het merendeel is het niet, maar als je zorg nodig hebt, ben je vaak wel kwetsbaar.

Dan de dagelijkse update. Ik heb me suf gecommuniceerd. Maar het was wel ongelofelijk belangrijk om elke keer te volgen wat er gebeurt en om onze medewerkers daarvan op de hoogte te brengen. Dagelijks ging er een update heen, in filmpjes, in vlogs, in een geschreven update, om maar elke keer onze medewerkers goed toe te rusten met informatie over wat er nu weer was veranderd en ook om ze regelmatig de complimenten te geven die ze dik verdienen.

Bij ons in de regio zijn er drie covidunits geweest en vijf coronaroutes, verspreid in Noord-Holland-Noord. Daarbij heeft het triagepunt – een aantal van u zal dat kennen; het EOV-triagepunt is ook in de discussie over de wijkverpleging regelmatig aan de orde – een belangrijke rol gespeeld om heel snel te kunnen triageren. Kan iemand naar een niet-besmette route of – dat klinkt wat onaardig – naar een route waarin besmette cliënten zitten, of naar een plek in een eerstelijns verblijf of in een verpleeghuis? Het triagepunt is een heel belangrijk middel geweest om snel de cliënt op de goede plek te krijgen. Dit heeft gemaakt dat er geen zorghotel nodig is geweest. Ik heb u al verteld dat we geen tekort aan hulpmiddelen hebben gehad. Dat heeft echt te maken gehad met de goede afstemming binnen ROAZ-verband. We hebben vaak met elkaar uitgewisseld waar er tekorten waren.

En hoe staat het er nu voor, binnen de Kop van Noord-Holland? De huishouding is gewoon doorgegaan, behalve daar waar een besmetting was. Maar als iemand beter was, werd die weer opgestart. De thuiszorg is

bij ons weer op het oude niveau. Dat is beslist niet het landelijke beeld; mevrouw Agema zei het al. Daar zitten grote verschillen in. Bij ons is de thuiszorg toch weer redelijk op het oude niveau, behoudens de situaties waar we technologie hebben ingezet. Daar kun je namelijk wel met minder toe, maar op een verantwoorde wijze. De dagbesteding is gelukkig weer aan het opstarten. Die is van ongelofelijk belang om mensen langer thuis te kunnen laten en om mantelzorgers te kunnen ontlasten. Ook de tussenvormen die van belang zijn gebleken, houden we in de lucht. Een laatste punt, dat ik zeker met u wil delen, is dat er nu ruimte komt bij mensen, in hun hoofd en in hun ervaringen, voor wat er allemaal is gebeurd. We hebben nu dus veel aandacht nodig voor cliënten, voor mantelzorgers, maar ook voor onze medewerkers om aandacht te geven aan wat er allemaal is gebeurd en ruimte te geven om daarover het gesprek aan te gaan. Die nazorg is ongelofelijk van belang.

Corona is nog niet voorbij. Het zal naar mijn overtuiging ook nog wel even blijven. We weten nog niet in welke vorm, dus we houden de wekelijkse update nog in stand. We kunnen hem makkelijk weer opschroeven, zowel intern als extern. Er gaat nu veel aandacht uit naar de afwikkeling van kosten. Dat is ook altijd lastig, maar die afwikkeling is wel van belang om bestaanszekerheid te houden en om te kunnen blijven investeren. Ik merk dat het voor een aantal collega's lastig is. Ik hoorde het net mijn buurvrouw al zeggen: het is een verworvenheid van de crisis dat de samenwerking is verbeterd. Die willen we ook graag zo houden.

Dan een korte schets van het landelijke beeld, want ik ben ook lid van de Kerngroep Zorg Thuis. Ik heb mijn medebestuurders gevraagd om mij input te geven voor het verhaal hier. Zij geven heel duidelijk aan dat met name daar waar de brandhaarden waren, Brabant, Zuid-Holland en de Veluwe, er ongelofelijk grote verschillen zijn geweest. Waar bij ons een afschaling van 15% is geweest, hoor ik dat die in Brabant 40% en in Zuid-Holland 30% was. En ze zijn nog lang niet terug op het oude niveau. De verschillen zijn dus enorm. Er zijn ook gebieden geweest waar helemaal geen afschaling is geweest. We zien door het hele land dat het opstarten van de ziekenhuiszorg moeizaam verloopt. Daar hebben onze cliënten last van, maar we hebben er als organisatie ook beslist last van. Mijn revalidatieafdeling bijvoorbeeld is moeilijk in de lucht te houden als de klanten niet komen. We moeten dus ook zorgen dat we wel de infrastructuur die we nodig hebben, in stand kunnen houden.

Dan de corona-units. Daar zie je overal dat iedereen er rekening mee houdt dat er een vervolg komt. We willen daar snel op anticiperen, door ze nog wel stand-by te houden of beperkt open te houden. Dat maakt ook wel dat het gesprek gevoerd moet worden over de kosten, want beschikbaarheid is een continu discussiepunt met zorgverzekeraars. Het is duur om dit soort eenheden in stand te houden. Het is echt van belang dat we hier goede afspraken met elkaar over maken. Men is van goede wil, maar we komen heel langzaam stapjes verder. Het is wel nodig om die afspraken te maken om ook weer te kunnen blijven investeren. Dat is duidelijk meegegeven door een aantal collega's van mij.

Dan het advies. Er zijn enorme verschillen. Erken die verschillen. Daar gaat het ook regelmatig in de Kamer en in deze commissie over. In die verschillen kun je ook die samenwerking terugvinden. In Brabant hebben ze bijvoorbeeld een Regionaal Overleg Niet Acute Zorgketen opgezet, naast het acutezorgoverleg. Wij zijn aangesloten bij het acutezorgoverleg, maar je moet doen wat passend is, wat helpt en wat werkt. Houd dat in stand om die toekomstbestendige zorg, die ketenzorg, in stand te houden. De innovatie, die een vlucht heeft genomen en waarin we veel geïnvesteerd hebben, moeten we in stand houden. Die moeten we vasthouden. Vaak zagen we dat er geen doorstart kwam na een pilot. Dan kwam er verder niet veel van daadwerkelijk implementeren. Dat is nu wel gebeurd,

dus dat moeten we vasthouden. Daarbij moeten we ook van elkaar leren. Dat is ook het advies dat jullie gaven en dat de Minister ook gaf in zijn brief.

Last but not least: we moeten inzetten op preventie. De thuiszorg kan echt inzetten op preventie, in de brede zin van het woord, om mensen langer thuis te kunnen laten blijven, om mensen te helpen om ouder te worden, om de kwetsbaarheid te beperken, maar ook specifiek met het virus. Om informatie te geven, maar ook om te signaleren en om daar goed mee om te gaan.

Dit is wat ik eigenlijk mee wilde geven: dat de thuiszorg daar een ongelofelijk belangrijke rol in kan spelen. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Ik dank mevrouw Den Haan en mevrouw Beentjes hartelijk voor hun presentatie. Dan zou ik willen voorstellen om van start te gaan met de vragenronde. Ik wil aan de leden vragen om even aan te geven aan wie u de vraag stelt. Dat kan aan één persoon. Ik begin bij mevrouw Laan-Geselschap namens de VVD. Gaat uw gang.

**Mevrouw Laan-Geselschap (VVD):**

Dank aan de dames voor uw presentatie over dit belangrijke onderwerp. Mijn vraag hangt eigenlijk tussen de twee in, dus ik vraag het aan mevrouw Beentjes in haar hoedanigheid als lid van ActiZ. Wellicht kan daar een meer overkoepelend antwoord op komen. Je ziet dat mensen van 70-plus op een bepaalde manier benaderd worden in ons land. Bij musea mogen ze op dit moment niet in het vrijwilligersbestand toetreden, wat ze heel erg verdrietig vinden. Want ze zijn zo actief en ze kunnen nog zoveel. Mijn concrete vraag is: waar is binnen het OMT en andere overleggen die nu plaatsvinden over de nieuwe situatie de verankering van het belang van ouderen belegd? Dan vraag ik het aan ActiZ.

**Mevrouw Beentjes:**

Ik moet u eerlijk zeggen dat ik dit eigenlijk het punt vind van de ANBO, want Liane heeft er heel stevig een punt van gemaakt. Vanuit ActiZ is ook over de vitale oudere een laatste advies geweest. Er zou heel veel aandacht voor moeten zijn hoe je vitaal kunt blijven, in de preventieve sfeer. Daar wordt vanuit ActiZ veel aandacht aan besteed, om met name in de preventieve sfeer ouderen voor te bereiden op ouder worden en om te gaan met kwetsbaarheid. In die zin is het bij ons stevig verankerd. Ook in het hoofdlijnenakkoord heeft het een plek gevonden. Maar het lijkt mij goed als je me aanvult vanuit het ANBO-perspectief, Liane.

**De voorzitter:**

Een korte aanvulling van mevrouw Den Haan. Gaat uw gang.

**Mevrouw Den Haan:**

Het belang van ouderen is natuurlijk niet echt verankerd binnen dit OMT. Voornamelijk gaat dat over medische aspecten. Gelukkig is daarna ook wel Verenso toegetreden, waarmee in ieder geval ook richting ouderenzorg wat meer aandacht kwam. Wij hebben wel hele goede contacten met het Ministerie van VWS. Op het moment dat er bij ons signalen kwamen, rondom bijvoorbeeld het 70-plusvraagstuk, hebben we die goed in kunnen brengen bij het Ministerie van VWS. Zij hebben dat verder gebracht op de agenda van het OMT. Dus op die manier heeft het, soms een beetje moeizaam, maar uiteindelijk prima gewerkt.

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

Ik wil graag een vraag stellen aan mevrouw Beentjes. In ieder geval ook dank voor beide presentaties. Mevrouw Beentjes, toch even met uw hoed op van ActiZ, van de overkoepeling. U geeft aan de ene kant aan dat u in



uw regio geen problemen heeft gehad met de persoonlijke beschermingsmiddelen. Aan de andere kant geeft u wel aan dat juist waar er besmettingen waren, huishoudelijke hulp werd stopgezet. Ik vroeg me af of u daarbij ook wat kan zeggen, bijvoorbeeld over Zuidoost Brabant.

**Mevrouw Beentjes:**

Dat vind ik wel heel lastig, want de informatie uit Zuidoost Brabant heb ik uit de tweede hand. Ik weet dat er in Zuidoost Brabant wel sprake is geweest van gebrek aan hulpmiddelen, maar dat ze daar ook goed overleg met elkaar hebben gehad om dat goed met elkaar te kunnen verdelen. U vraagt ook naar de huishouding. Dat weet ik daar niet specifiek, dus daarop moet ik u het antwoord schuldig blijven. Is dat afdoende antwoord op uw vraag?

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

Het ging mij ook over de relatie die u beschrijft, dat u aan de ene kant aangeeft «ik heb voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen gehad», maar aan de andere kant zegt: «wij zetten de hulp stop bij de huishoudens die besmet zijn», terwijl die dat volgens mij het hardste nodig hebben op dat moment.

**Mevrouw Beentjes:**

Wij hebben op basis van de richtlijnen daar de huishouding stopgezet. Dus dat was echt op basis van de richtlijnen. En als het echt moest, dan doe je dat natuurlijk wel met hulpmiddelen. Maar de zorg is continu maatwerk. Je hebt de richtlijn in je achterhoofd en daar waar het beslist noodzakelijk is, doe je wel iets.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Bergkamp namens de fractie van D66.

**Mevrouw Bergkamp (D66):**

Dank voor de heldere presentaties. Een vraag aan ANBO. Als het gaat over die groep van 70 jaar, dan zie je dat in het beleid de groep als een eenheid is behandeld. Zou het nou goed zijn om in die definitie van ouderen en kwetsbaarheid meer differentiatie aan te brengen? Wat zou uw advies daarover zijn?

**Mevrouw Den Haan:**

Ja, dat zou inderdaad goed zijn. De groep van 70 jaar en ouder wordt inderdaad als kwetsbaar gezien en oud. Dat komt natuurlijk ook wel door de cijfers, als je gaat kijken naar besmettingen, maar überhaupt naar ziektes. Dan zie je dat er na 70 wel meer sprake is van comorbiditeit, dus meer onderliggend lijden. Maar het punt is dat heel veel ouderen zich gezond en vitaal voelden en ook niet tot de risicogroep behoorden. Het RIVM heeft een mooi overzicht gemaakt van risicogroepen. Wij hadden liever gezien dat daarnaar werd gekeken, zodat de mensen die niet tot die risicogroep behoorden qua medische achtergrond wél bezoek hadden kunnen ontvangen, met inachtneming van de RIVM-maatregelen. Ik heb net even met meneer Van Dissel afgesproken dat we dat in het vervolg ook gaan doen. Het was ook zijn beeld dat dat gebeurde, maar op de website van het RIVM stond echt: ga niet op bezoek bij 70-plussers, punt. Dan is dat geen advies meer. Mensen vatten dat echt op als een moeten en heel veel mensen hebben zich daarmee ook onnodig in een thuisisolement gezet. Dus ik zou daarin wel meer willen segmenteren en primair willen kijken naar medische gezondheid.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Ellemeet namens GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Veel dank voor de presentaties. Ik ben blij te horen dat het in sommige regio's minder ernstig was dan in andere. Maar we hebben wel kunnen zien dat, zeker in de ouderenzorg, zowel voor de ouderen thuis als in de verpleeghuizen, dingen echt heel erg mis zijn gegaan. Dat willen we niet nog een keer. U zegt ook: we zijn nog niet af van corona. Welke twee concrete zaken zou u nou anders willen bij de inspraak op de ouderenzorg? Wat kunnen we nou leren van de huidige situatie en wat kunnen we eventueel bij een tweede golf beter doen, zodat we niet weer pas te laat die ouderen in beeld krijgen?

De **voorzitter**:

Aan wie stelt u de vraag?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Wie hem wil beantwoorden.

De **voorzitter**:

Mevrouw Den Haan zie ik naar de microfoon gaan. Gaat uw gang.

Mevrouw **Den Haan**:

Er is natuurlijk het beeld, ook in de media, dat cure eigenlijk veel belangrijker is dan care. Je hebt gezien dat in de care ongelofelijk veel is gebeurd en dat het een hele zware periode is geweest en op sommige plekken nog steeds is. Wat wij allebei al aangaven, is dat het belangrijk is dat vanaf het allereerste begin, ook in een tweede golf, die ouderenzorg echt meegenomen moet worden in de crisismaatregelen. Want nu hebben ze echt een beetje achteraan gestaan, ook bij het uitdelen van de beschermingsmiddelen. Die gingen met name naar het ziekenhuis, terwijl wij ook hebben aangegeven en ActiZ ook: doe dat nou daar waar de coronahaarden zijn; die zijn ook thuis en ook in de verpleeghuizen. Dus maak daar een andere afweging in. Dat is gelukkig uiteindelijk ook gebeurd.

En ik denk dat het heel goed is om te kijken naar wat er wél kan, want er zijn ontzettend veel bestuurders van verpleeghuizen die hebben gezegd: geen bezoek. Dat snappen wij allemaal, maar we willen natuurlijk wel in contact blijven. Dat kon heel erg digitaal, maar je ziet ook dat heel veel verpleeghuizen hebben gezegd: wij gaan speciale bezoekersmogelijkheden creëren, met inachtneming van de RIVM-maatregelen, waardoor familie wel gewoon in contact kan blijven met hun dierbaren in dat verpleeghuis. Ik had liever gezien dat dat vanuit de rijksoverheid echt aangejaagd was en misschien zelfs wel dat daar middelen voor beschikbaar waren gesteld. Want nu is er ontzettend veel sociale druk gekomen op het wel willen zien van de familie, echt tot drama's aan toe – hekken om verpleeghuizen, familieleden die toch naar binnen wilden terwijl ze niet naar binnen mochten – terwijl dat ook anders had gekund. Dat zijn twee zaken waarvan ik denk dat het belangrijk is om die een volgende keer anders te doen.

Mevrouw **Beentjes**:

Ik heb ...

De **voorzitter**:

Even in de microfoon alstublieft.

Mevrouw **Beentjes**:

Pardon. Mijn slotpleidooi was preventie. Ik hoorde het net mevrouw Dik al vragen, leefstijl. Daar zit dit in, en ook preventie in de voorlichting. Hoe ga je ermee om? Samenwerking en preventie, wat mij betreft.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Asscher namens de PvdA. Gaat uw gang.

**De heer Asscher (PvdA):**

Een paar weken geleden stond in Het Parool een hartverscheurend verhaal over Rachel die op haar 45ste is overleden nadat ze onbeschermd had gewerkt in de ouderenzorg, in die heel heftige dagen aan het begin van de uitbraak. Mijn vraag sluit aan bij die van mevrouw Ellemeet. Ik vind de tevredenheid die ik hoor over hoe het in de regio Noord-Holland Noord is gegaan heel prettig, maar ik schaam me plaatsvervangend over hoeveel mensen ziek zijn geworden door onbeschermd te werken. Ik zou dus toch de vraag willen stellen welke harde lessen we nu moeten leren voor als het straks in het najaar weer toeneemt, om ervoor te zorgen dat mensen veilig hun werk kunnen doen en dus patiënten niet besmetten en vice versa.

**Mevrouw Beentjes:**

De oplossing is evident: genoeg beschermingsmiddelen beschikbaar en heel goed uitleggen hoe je ze goed moet gebruiken. Dat is ongelooflijk belangrijk. Dat zei ik net ook bij dat preventief gebruik van het mondkapje. Dat kan, maar het risico dat je het verkeerd gebruikt bij preventief inzetten is heel groot. Dan is het schijnveiligheid. Dus genoeg middelen beschikbaar, ook voor de care in de volle breedte. Wij hebben geen tekort gehad, maar elders is er wel sprake geweest van tekorten. Dus genoeg beschikbaar en heel veel aandacht voor goed gebruik van deze hulpmiddelen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan de heer Van der Staaij namens de SGP. Gaat uw gang.

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

Ik heb ook een vraag aan mevrouw Beentjes. Die gaat over de mentale ondersteuning en dan specifiek aan medewerkers. Zoals u al zei, hebben die heel veel voor de kiezen gehad en ze krijgen mogelijk ook nog veel voor de kiezen als we kijken naar de kansen op toch weer een nieuwe golf. Mijn vraag is wat nu wordt gedaan. Is dat redelijk vergelijkbaar in het land, is dat hetzelfde bij zorginstellingen? Is dat uw beeld? En wat kunnen we, ook naar de toekomst toe, leren over hoe die medewerker zo goed mogelijk ondersteund kan worden?

**Mevrouw Beentjes:**

Daar leren wij zeker ook van elkaar. Tijdens de piek, in april, is er veel aandacht besteed aan luisterlijnen. Er was veel inzet van psychologen – dat zie je in de volle breedte, het zijn altijd wel varianten op dat thema – om je verhaal kwijt te kunnen. Nu het verwerken komt van wat er allemaal is gebeurd, vind ik wel dat we echt professionele hulp in moeten zetten. Dat zien we eigenlijk ook in de volle breedte veel meer aandacht krijgen. De vormen kunnen natuurlijk verschillen, want er zijn veel organisaties, maar dat is wel een rode lijn die ik erin zie, een belangrijke rode lijn.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Hijink van de SP.

**De heer Hijink (SP):**

Ik wil graag een vraag stellen aan mevrouw Beentjes. Ik was erg blij dat u begon over de inzet van zorgverleners, de waardering die zij verdienen voor de enorme prestatie die zij hebben geleverd. Er is veel geklapt voor onze zorgverleners en dat is natuurlijk heel belangrijk en heel goed, maar wij zouden ook zeggen dat de zorgverleners meer verdienen dan applaus alleen en dat er na de prestatie die geleverd is ook een soort van

structurele beloning, waardering, tegenover moet staan voor wat zij altijd al deden en wat zij nu extra hebben gedaan. U zegt dat eigenlijk ook, dat die waardering er moet komen. Mijn vraag is in welke vorm dat dan zou moeten gebeuren. Gaat dat over salaris? Gaat het over minder werkdruk en meer collega's? Gaat het over de psychische ondersteuning? Waar gaat het dan precies om? Hoe zorgen we er nou voor, voor de zorgverleners die deze prestatie geleverd hebben, dat er niet straks als de economische rekening van deze crisis betaald moet worden, als eerste naar de zorg wordt gekeken?

Mevrouw **Beentjes**:

U geeft de antwoorden al, wat mij betreft. Wat mij betreft mag het hele palet natuurlijk. In ieder geval de waardering in het woord. Dat hebben wij vaak teruggekregen: spreek dat uit, dat vinden we fijn om te horen. Dat is belangrijk, maar natuurlijk ook verlaging van de werkdruk en de economische compensatie. Dus wat mij betreft in de volle breedte de waardering. Is dat voldoende?

De **voorzitter**:

Ik denk dat het voor nu in ieder geval een antwoord is geweest. Ik kijk ondertussen even naar de klok. Heel kort, meneer Hijink. Laat ik voorzichtig zijn.

De heer **Hijink** (SP):

Ik zou het graag concreet willen hebben. Ik kan natuurlijk zelf ook aandragen wat ik in mijn hoofd heb. Dat gaan we ook zeker doen, maakt u zich geen zorgen. De vraag is natuurlijk wat er vanuit de sector zelf, vanuit ActiZ bijvoorbeeld, vanuit de werkgevers, gedaan gaat worden. Want iedereen kan voorspellen dat straks een kabinet weer met bezuinigingen zal komen, omdat die rekening betaald moet worden. Je ziet het bij gemeenten al, als het om de lokale zorg gaat.

De **voorzitter**:

Uw punt is duidelijk.

De heer **Hijink** (SP):

Hoe zorgen we er nou voor dat die rekening niet bij de zorg terecht gaat komen? Daar ligt natuurlijk ook een taak voor de werkgevers in de zorg.

De **voorzitter**:

Mevrouw Beentjes, een kort antwoord.

Mevrouw **Beentjes**:

Dat is absoluut een onderwerp dat ActiZ op de verschillende tafels neerlegt, met in het achterhoofd de beloning die ze absoluut verdienen. Daar pakken we vooral de handschoen op via ActiZ.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan de heer Van Otterloo namens 50PLUS. Gaat uw gang.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik heb vele vragen, maar ik moet me beperken tot één en die gaat over de opschalingsproblemen. We zien dat er op grote schaal is afgeschaald, maar ook dat heel veel zorg is uitgesteld. Dat betekent dat ziekenhuisopnames er niet zijn geweest en dat mensen bang zijn om in het verpleeghuis te worden opgenomen en dus langer thuis blijven. Dat betekent een verschuiving van de zorgvraag. Mijn vraag aan mevrouw Beentjes is om nog iets duidelijker te maken hoe het zit met die regionale verschillen. In de presentatie wordt erover gesproken dat vooral de opschaling in Zuid-Holland moeizaam verloopt

en dat er ook instellingen in de financiële problemen zijn gekomen. Dat is helder. Er wordt minder zorg verleend, dus er komt ook minder binnen. Hoe zijn die verschillen en hoe worden ze opgevangen, ook daar waar die verschillen het resultaat zijn van uitgestelde zorg in de cure, wat leidt tot meer druk op de thuiszorg?

Mevrouw **Beentjes**:

Daar waar zorg nodig is en zorg aangevraagd wordt, wordt die geleverd. Dat weet ik van mijn collega's, ook in Zuid-Holland. We zien ook dat er veel mantelzorgers thuis zijn en dat dat een van de redenen is dat de zorg nog niet is opgeschaald zoals dat zou kunnen. U zegt terecht dat er bij de ziekenhuizen uitgestelde zorg is. Dat geeft aan de ene kant druk in de thuissituatie, maar ook een beperking van de zorgvraag in de thuissituatie. Wij krijgen namelijk ook vaak cliënten uit het ziekenhuis om ze kortstondig hulp te bieden. Ik weet niet wat het exacte beeld is in Zuid-Holland, maar beide zal aan de orde zijn. Er zal dus aan de orde zijn dat mensen het thuis moeilijker hebben gekregen door die uitgestelde zorg, maar ook dat mensen die niet geholpen worden in zorg niet thuiskomen en dus geen thuiszorg krijgen. Dat heft elkaar een klein beetje op.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik denk dat er een beetje verwarring is. In de presentatie staat «opschaling ZH» en in uw toelichting had u het over ziekenhuiszorg.

Mevrouw **Beentjes**:

Het zijn de ziekenhuizen.

De **voorzitter**:

Vandaar. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Van Kooten-Arissen namens de groep Krol/Van Kooten-Arissen.

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

Voorzitter, dank u wel. Ook dank voor beide presentaties. Ik heb een vraag aan mevrouw Den Haan. U vertelde tijdens uw presentatie over de telefoonlijn waar praktische adviezen werden gegeven over de maatregelen van het RIVM. Nou is het zo dat met name in de verpleeghuizen heel verschillend wordt gecommuniceerd over de versoepelde bezoekenregeling. Sommige dierbaren hebben zelfs nog helemaal niets gehoord van de instelling waar hun dierbare zit en verzorgd wordt, over eventuele versoepeling van die bezoekenregelingen. Mijn vraag is wat u zou adviseren. Bent u in contact met de branchevereniging waar die verpleeghuizen onder vallen over hoe er het beste met mensen gecommuniceerd kan worden over die bezoekenregeling? Wij krijgen echt heel veel mailtjes van mensen die ontzettend verdrietig zijn dat ze nog niets hebben gehoord en dat ze hun vaak hoogbejaarde en zieke dierbare niet kunnen bezoeken. Wat zou u kunnen adviseren? Bent u misschien al in contact?

Mevrouw **Den Haan**:

Wij zijn als ANBO eigenlijk continu in contact met ActiZ, maar ook met verpleeghuisbestuurders individueel. Wat je ziet, is dat er eerst een pilot is geweest in 26 huizen. In die 26 huizen is goed gecommuniceerd met familie over hoe het een en ander plaats zou gaan vinden. Nu is er tot 15 juni een situatie waarin de verpleeghuizen open mogen, maar niet open hoeven. Daar zit ook een beetje de verwarring. De meeste mensen denken: het huis waar mijn dierbare woont gaat open en ik wil daarnaartoe, maar ik heb nog niets gehoord. Dat is nu een beetje maatwerk. Het is aan de bestuurders zelf. Vanaf 15 juni moet iedereen weer open. Wij hebben begrepen, in ieder geval van de verpleeghuisbestuurders die wij spreken en ook van ActiZ, dat daar gewoon goede communicatie op gegeven moet gaan worden.

Niet iedereen heeft dat al gedaan. Sommige wel, andere niet. Het is iets wat heel erg belangrijk is. We gaan natuurlijk de verpleeghuizen weer in, maar er zijn gelukkig ook heel veel verpleeghuizen die alternatieve bezoekmogelijkheden hebben en die die aan het opschalen zijn, omdat ze weten dat het lastig blijft.

Heel eerlijk gezegd is het bezoeken van je dierbare in het verpleeghuis niet heel veel anders dan het bezoeken van je dierbare in zo'n alternatieve bezoekruimte, want we mogen natuurlijk nog steeds die kus en die knuffel niet geven. Zoals u ook aangeeft, is het dus heel belangrijk dat de communicatie naar familie heel erg goed is, dat ze beseffen dat ze zich aan die richtlijnen moeten houden en dat het naar binnen gaan niet betekent dat alles ook weer mag. Die communicatie is dus belangrijk. Ik weet dat ActiZ daar aandacht voor heeft. Wij hebben daar ook aandacht voor richting individuele verpleeghuisbestuurders.

**De voorzitter:**

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

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

Dank u wel, voorzitter. Het is mooi dat het woord «preventie» ook in deze ronde voorbijkwam. Mijn vraag gaat over e-health. We spreken daar vaak over als commissie voor VWS. Dat doen we vaak in het verband van curatieve zorg of ook wel ggz, maar ik hoor het vandaag ook in de ouderenzorg terugkomen. Mijn vraag is wat de kansen en beperkingen zijn voor e-health in de ouderenzorg en wat daarbij de rol van de overheid is. Als blijkt dat dit toch waardevol is of dat we hier dingen van geleerd hebben in deze periode van corona, hoe kunnen we dat dan doorzetten naar de komende periode? Dus nogmaals, welke kansen en beperkingen zijn er en wat is de rol van de rijksoverheid daarbij? Ik stel mijn vraag aan ... Tjonge! Ik stel mijn vraag aan mevrouw Beentjes.

**Mevrouw Beentjes:**

Er zijn enorme kansen, wat mij betreft. We hebben vaak beeldbellen ingezet om in contact te blijven met cliënten. Dat zijn ook waardevolle contacten. De beperking zit erin dat er af en toe ook fysiek of direct contact moet zijn om de verbinding te leggen. Dat is wat mij betreft de beperking. De beperking zit ook wel in de beperkte middelen om het echt helemaal breed door te voeren. Dat zijn dus de twee beperkingen die ik zou willen meegeven.

Uw tweede vraag ging over de rol van de rijksoverheid. Die ligt er eigenlijk in het verlengde van: steun ons in het daadwerkelijk kunnen implementeren van die e-health en steun daarin de cliënten thuis. De SET-subsidie is een prachtig slot. De Stimuleringsregeling e-health thuis is een beperkte regeling. Daar zijn veel aanvragen voor. Wees daar ruimhartig in, want daar ligt een kans voor cliënten.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan zijn we daarmee aan het einde gekomen van deze technische briefing. Ik dank mevrouw Den Haan en mevrouw Beentjes voor de presentatie en het beantwoorden van de vragen. Nogmaals dank aan de heer Van Dissel in de zaal hiernaast. Dank aan mijn collega's voor de aanwezigheid en de vragen. Dank aan de mensen thuis voor de belangstelling voor deze technische briefing.

Het debat in de plenaire zaal zal vanmiddag omstreeks 14.00 uur beginnen. Houd u daarvoor het schema in de gaten. Nogmaals hartelijk dank.

Sluiting 11.59 uur.