

Verslag Technische briefing 25 juni

Kernpunten ^{(10)(2e)} ^{(10)(2e)} ^{(10)(2e)}

- **Huidige situatie:** De huidige situatie is gunstig te noemen, nog 68 patiënten op de IC, 1-2 patiënten per dag. Bij de NIVEL peilstation is het nu een zeldzaamheid wanneer er een positieve test wordt aangetroffen. Ziekenhuisopnames afgenomen tot rond de 4 per dag. Er worden op dit moment veel meer mensen getest. Desondanks neemt het aantal positieve gevallen nog steeds af. Wel is de vraag of iedereen met klachten zich meldt in de teststraat
- **Overlijdens:** Er zijn op dit moment 6.095 mensen overleden, maar dit zijn alleen bevestigde gevallen. Er lijken nu meer mensen te overlijden in vergelijking met besmettingscijfers, maar dit komt door mensen soms langdurig ziek zijn of op de IC hebben gelegen voordat zij overlijden. Geschat wordt dat er nu 2/3 van alle sterfgevallen aan COVID in beeld hebben. Dit strookt ook met de CBS oversterftecijfers
- **Seroprevalentie:** Bij Sanquin werd in de eerste helft van april ongeveer in 3,5% van de gevallen antistoffen gevonden. In de eerste helft van mei was dit 5,5%. Dit kan komen doordat het soms een tijdje duurt totdat antistoffen ontwikkelen. Schatting is dat ongeveer 1.000.000 mensen in aanraking zijn geweest met het virus
- **Wat hebben we met onze maatregelen voorkomen?** Aantal voorkomen IC opnames zijn 35.800, aantal voorkomen ziekenhuisopnames 125.300. Wij zijn er dus van overtuigd dat we zinvolle interventies gepleegd hebben.
- **Versoepelingen:** Wat stonden voor de vraag wat we met groepsgrote moesten doen. Er zijn geen risicovrije versoepelingen. Er zijn een aantal overwegingen. Je moet beginnen met de kans dat de infectie aanwezig is in de groep. Op deze manier kan je berekenen wat de acceptabele groepsgrote is. Daarna speelt mee dat er in een groep meer lawaai is en daardoor praat je waarschijnlijk harder. Ook zijn er logistieke overwegingen, zoals druk op het OV en wachtrijen. Dit kunnen risicofactoren zijn. Ook is er een verschil tussen binnen en buiten. Als laatste: Wanneer het toch misgaat, hoe makkelijk is het dan om mensen terug te traceren? Dit wordt moeilijker naarmate de groep groter wordt. Deze risico's kunnen gemitigeerd worden door triage. Dit heeft geleid tot het advies 100 mensen binnen 250 buiten
- **Aantal contacten:** Hieruit is te zien dat de meeste mensen een gering aantal contacten hebben, maar er zijn mensen die heel veel contacten hebben. Ondanks dat het gemiddelde laag is, zijn er nog steeds personen die meer dan 100 contacten hebben. Wanneer zo iemand corona heeft, kan dit leiden tot veel besmettingen. Het aantal contacten neemt wel toe
- **Dashboard:** De NIVEL peilstations en de Osiris data hebben altijd een vertraging. Daarom hebben we early warning systems ingesteld. Onderdeel hiervan is het gedragsonderzoek. Hier onderzoeken we ook in hoeverre mensen gebruik maken van de teststraten. Dit komt ook terug in de nalevingsmonitor. En ook (wanneer dit wordt toegestaan) met telecomdata. Daarnaast zetten we in op extra surveillance, zoals rioolwater surveillance. Hier zien we ook een afnemende trend aanwezigheid coronavirus. We kunnen al een aantal conclusies trekken. Er is een relatie tussen het aantal patiënten en uitgescheiden virus dat je vindt. Ook hebben we gezien dat in gebieden waar bijna geen besmettingen zijn, wel virus in het rioolwater gevonden wordt. Dit heeft zich dan dus niet vertaald in ziekenhuis/ GGD meldingen. Daarom kan dit een belangrijke vroeg signalering zijn.
- **Infectieradar:** Is offline gehaald door onfortuinlijke omstandigheden, maar we hopen deze snel weer in de lucht te hebben.
- **Bron en contractonderzoek:** 14% van de mensen die naar voren is gekomen bij BCO en klachten krijgt, is positief. BCO blijkt dus effectief in het vinden van besmettingen. Dit zijn mensen die eerder in contact zijn geweest met een COVID patiënt. Maar de meerderheid van de positief geteste mensen is niet via BCO gevonden (85%)
- **Mogelijke locaties van besmettingen:** De thuissituatie en de familie is nog steeds de kring waarin we de meeste besmettingen vinden. Ook de werksituatie draagt bij (13,9% vanaf 1 juni), de slachterijen dragen bij aan dit percentage. Afname te zien in verpleeghuizen en wooncentra. Dit geeft dus aan dat verpleeghuizen nog nauwelijks genoemd worden als setting waar besmetting plaatsvindt.

- Google mobility data: Er is meer mobiliteit, er wordt bijvoorbeeld meer gebruik gemaakt van het openbaar vervoer. Dit zegt niks over de 1,5 meter, maar dit is wel bruikbare data voor ons early warning systeem. In alle landen om ons heen wordt gebruik gemaakt van telefoondata (DUI, FRA, NO). DUI heeft een website waarop je per dag kan zien wat de mobiliteit was. Er blijkt hier dat er een correlatie is tussen de toename mobiliteit en besmettingen. Dit levert nuttige informatie op, als toevoeging aan data die er al is. Dit zou in NL ook een zeer nuttige toevoeging zijn aan ons early warning systeem.
- Verandering proces RIVM/OMT: We zullen veel minder gebruik maken van het OMT. We gaan meer terug naar onze standaard rol: de verspreiding van het virus in de gaten houden door surveillance en early warning systemen en zullen signaleren.

Kernpunten (10/2e)

- Op dit moment kunnen we de vraag nog steeds verwerken, maar het is een logistieke opgave waar we steeds meer inzicht in krijgen. Er is een taskforce ingericht om te kijken voor welke stappen nog verbetering nodig is. Voor iedere stap wordt technische inzichtelijk gemaakt wat de doorlooptijd is. Sommige teststraten zijn naast een lab, terwijl anderen ver van een lab zitten. Dit kan vertraging opleveren. Dit is één van de stappen waarop de doorlooptijd misschien sneller kan
- Inmiddels hebben meer dan 180.000 mensen zich gemeld voor een testafspraak. Het aantal besmettingen neemt nog steeds af, dit kan ook aangeven dat we genoeg testen.
- Onze ervaring is dat de meeste mensen in de ochtend bellen om een afspraak te maken. Er is genoeg capaciteit in het callcenter, maar op maandagochtend kan het druk zijn en staat er soms een wachtrij (van ca. 3-4 min)
- We vragen altijd wanneer mensen getest willen worden. Dezelfde dag kan, maar de volgende dag ook. We hebben de optie om later een testafspraak in te plannen uitgezet. Dit omdat we mensen willen aanmoedigen snel te testen. Verschillende teststraten hebben verschillende capaciteit. Daarom worden mensen soms aangemoedigd om een afspraak te maken bij een andere teststraat. Soms leidt dit dat mensen een dag wachten, omdat ze graag naar de dichtbij zijnde straat gaan.
- We vragen iedereen waar ze denken de besmetting te hebben opgelopen. Ook met wie ze in contact zijn geweest. Dit is soms een uitdaging, omdat dit over een periode van 14 dagen gaat. Je krijgt dan een hoop mogelijke locaties waar iemand de infectie opgelopen kan hebben. Natuurlijk zijn we alert op clusters. Wanneer we hier signalen voor zien, kunnen we gericht op zoek gaan naar een gemeenschappelijke bron (kerk, werk, slachthuizen, familie bbq) Dit lukt in een steeds groter aantal gevallen. Er wordt dan altijd contact opgenomen met de locatie, om te zien hoe het kan dat hier besmettingen zijn ontstaan. Bijzondere locaties, zoals slachthuizen, daarvan wordt de data gedeeld met GGD/RIVM. Wel blijkt soms dat mensen contact hebben gehad met mensen die moeilijk zijn te traceren.
- Zoals we nu kunnen zien lijken mensen zich te houden aan de maatregelen wanneer zij naar voren zijn gekomen in BCO. In ruim de helft van de positieve gevallen slagen we erin om een bron te vinden. De bron is vaak thuissituatie/ familie. Het lukt dus niet altijd om een bron te vinden.
- We gaan met het RIVM onderzoeken of het zinvol is om nauwe contacten ook op bepaalde vast dagen te testen. Om te zien of we zo meer besmettingen in beeld te krijgen.
- In 99% van de gevallen is er binnen een dag na ontvangst van de positieve uitslag contact met de index patiënten en zijn alle contacten in kaart gebracht. Gemiddeld per geval 2,7 nauwe contacten, inclusief huisgenoten. Dit aantal stijgt wel.
- Contacten die naar voren gekomen bij BCO en klachten hebben zijn vaker positief ten opzichte van mensen die zichzelf melden bij de GGD (14%)

Inbreng kamer vraag en antwoord uitgelichte punten

- Verschillende partijen zijn kritisch op de 1,5 meter maatregel (PVV, FvD, DENK)
- PVV kritisch mbt aerosolen
- Discussie over al dan niet sluiting slachterijen bij besmetting (SP, PvdD)
- GL kritisch op risico op vliegvelden en in vliegtuigen
- GL en CDA bezorgd over testbereidheid
- DENK kritisch op geel reisadvies voor EU landen, maar oranje reisadvies voor Turkije

Inbreng Kamer vraag + antwoord

PVV: Alles lijkt heel positief, daarom ben ik heel erg verbaasd dat de 1,5 stand blijft houden. Ik las in Trouw dat het OMT vasthoudt aan de 1,5 meter omdat dit een makkelijk communicatie boodschap is. Dat valt toch niet vol te houden?

- Wanneer je in de medische literatuur kijkt wat de beste maatregelen zijn om infecties te beheersen, dan blijkt uit alle studie dat 1,5 meter afstand het meest effectief is. In sommige situaties moet je wel nauwe contacten hebben, zoals in de zorg. In die situaties weten dat mondklappers effectief zijn. Dit is echt volkomen helder. Vervolgens zijn er ook hygiëne maatregel die van belang kunnen zijn. Maar de 1,5 staat centraal, de werking hiervan staat niet ter discussie. Het tweede punt is dat het nog maar heel kort geleden is waarin we in een situatie zaten waarop we niet zeker wisten of onze IC's het aankonden. Blijf thuis bij klachten is ook een belangrijke stap. Je moet een aantal dingen versoepelen, afdoende leren wij hierover. In deze versoepeling is 1,5 meter is essentieel

PVV: U heeft eerder gezegd dat grote druppels meer dragen aan de verspreidingen. Hier blijkt nu grote wetenschappelijke ontwikkelingen over te zien. Juist de kleine druppels lijken bij te dragen. Waarom hebben we nog geen OMT advies gezien over aerosolen verspreiding?

- Over dit onderwerp kunnen we nog een paar uur vullen. Dit vind u toegevoegd in het addendum van het vorige OMT advies. Hier zal nog een notitie over komen. Grote druppels bevatten meer virus dan kleine druppels. Ook zijn er situaties waar meer druppels vrij komen, zoals zingen, stemverheffing maar zeker ook bij handelingen in het ziekenhuizen. Het gaat er ook om wat de rol van deze druppels is in de verspreiding. Bij COVID is niet te zien dat kleine druppels een hele grote invloed hebben. In het ziekenhuis had dit namelijk grootschalige uitbraken betekend. We zien ook dat de infectiedruk is afgenomen in Nederland. Dit hebben we met name gedaan daar de overdracht van de grote druppels tegen te gaan door 1,5 meter. Dit was succesvol. Wanneer er aerogene verspreiding was dan was dit niet genoeg geweest. Ik wil hiermee niet zeggen dat er helemaal geen aerogene verspreiding is. Bij medische handelingen zien we dit natuurlijk wel. Deze risico's vallen te beperken. In de publieke ruimte achten we het risico van aerogene verspreiding beperkt. Wanneer dit wel zo zou zijn, zou het reproductiegetal veel hoger zijn. Het OMT is het hier over eens. Er komt nog wel een OMT advies over ventilatiesysteem.

PVV: We willen graag een advies voor het zomerreces. Ook met het oog op super spresing events

- Alles wat ik net vertelde staat ook in het addendum van het vorige OMT advies. Verwijzing naar het debat

CDA: We hebben gezien dat het NICE systeem altijd achter liep. In hoeverre is dit systeem actueel. In de brief staat dat er in stapjes aan alle aspecten van het dashboard gewerkt wordt, Is dit gereed voordat de R in de maand zit? We zijn de eerste in de EU die aan rioolwater surveillance doet. Zoeken we hier internationale samenwerking?

- NICE is in de loop van de tijd meer actueel te hebben en we blijven werken om dit zo actueel mogelijk te houden. We hebben er veel belang bij om actuele data te hebben. Rioolwater monitoring is voor andere virussen al heel lang traditie. Deze technieken worden in Nederland al lang toegepast en dit vereist wel expertise. Dit heeft zeker internationale uitstraling. De technieken worden al internationaal uitgewisseld. Overigens doen sommige andere landen dit ook. We hopen het dashboard snel compleet te hebben.

Er zijn al veel getallen die al compleet zijn. Sommige getallen moeten nog uitgewerkt worden, zoals rioolwatersurveillance

CDA: Maar 28% van de mensen die klachten heeft is bereid zich te laten testen. Hoe kan dit? Ik hoor van mensen dat dit mede zo is omdat de testlocaties ver weg zijn. Bovendien is het in de praktijk nog steeds zo dat mensen lang wachten op uitslag.

- Het is niet zo dat er mensen zonder klachten getest worden, dit vragen wij na. Wij vinden wel dat de testbereidheid omhoog zal moeten. Daarom moet er met VWS gewerkt worden aan de publiekscampagne. Verder zijn er al mobiele teststraten en kan er thuis getest worden. In het najaar kunnen we niet meer buiten testen. Daar werken we nu aan. Bij incidenten lukt het soms niet om een testuitslag binnen een dag te communiceren. Dit zijn wel incidenten. We proberen mensen te bellen, wanneer dat niet lukt proberen we op een andere manier in contact te komen. Na 48 uur wordt er een brief gestuurd.

VVD: Ik zag een grafiek van een aantal landen die laat zien dat de gemiddelde leeftijd van de mensen die besmet zijn daalt. Dit kan bijvoorbeeld omdat jongeren onvoorzichtig zijn. Dat laatste is kwetsbaar, zeker nu er onder de 18 de 1,5 meter niet meer in acht genomen hoeft te worden. Wat is de risicoafweging hiervoor geweest?

- We hebben waargenomen dat in de groep onder de 18 er minder infecties zijn. Dit kan vele oorzaken hebben. Dit zien we ook terug in de serologische studies. Daarnaast heeft deze groep ook milde klachten en hoeven vrijwel nooit opgenomen te worden. In een aantal landen zien we inderdaad dat jongeren zich minder aan de regels houden en dat kan een mogelijke verklaring zijn voor een hoger infectiegetal onder jongeren te zien is. Het is natuurlijk wel een risico dat dit overgedragen wordt naar ouderen. Hoe komen we dan toch tot het opheffen van de 1,5 meter? We hebben gezien dat de 1,5 meter maatregel grote impact heeft op deze groep, zowel in onderwijs als sociaal. Daar moet een balans gevonden worden. Het OMT heeft geconcludeerd dat als er een moment is om dit uit te proberen, dit nu het moment is.

VVD: We zagen dat het percentage dat positief getest is het hoogst is onder mensen die in BCO naar voren zijn gekomen. Maar de meeste besmettingen zijn nieuwe index patiënten. Wij hebben geen landelijk beeld in detail waar besmettingen plaatsvinden. Zou dit niet beter zijn voor het beeld?

- Dit ligt iets genuanceerder. Er is een verschil in gegevens die je nodig hebt voor bestrijding en surveillance. Regionaal hebben we deze detail gegevens wel. Dit is heel belangrijk voor het blussen van lokale brandjes. Voor surveillance zijn ze minder nauwkeuring, maar we zijn wel in staat om maatregelen te nemen op basis hiervan.

SP: Er viel mij op in het OMT advies dat er een duidelijke omschrijving staat over het maximaal controleren. Is dit een interpretatie van hoe het kabinet beleid maakt, of is dit een advies voor toekomstige maatregelen?

- Wat wij wilden vastleggen is de lange termijn visie. We moeten realistisch zijn in wat we kunnen. We wisten toen we midden in de crisis zaten nog veel minder. Op dit moment is de druk van het virus dermate laag, dat we denken dat het zinvol is om te proberen het virus zoveel mogelijk te onderdrukken. Dit willen we ook bereiken. In hoeverre de overheid hiertoe overgaat, is natuurlijk aan het kabinet. Het liefst willen we het virus weg, maar we zijn een open land. Dus de vraag is hoe realistisch dit is.

SP: Slachterij in Boxtel, 1 op de 3 werknemers blijkt besmet. Toch is deze slachterij niet gesloten. Wat zou er volgens u op moeten gebeuren?

- In de wpg is belegd dat de voorzitter veiligheidsregio in een dergelijke situatie kan ingrijpen. Voordat dit gebeurt wordt advies gevraagd aan de GGD. Een maatregel tot sluiten mag je alleen nemen wanneer dit proportioneel is en wanneer er geen andere maatregelen genomen kunnen worden. Er zijn veel maatregelen genomen in de slachterijen. We hebben vertrouwen dat door deze maatregelen geen nieuwe besmettingen meer in de slachterij plaats zullen vinden. Dit is een continu beleid, ook met arbeidsinspectie en NVWA. Onvoldoende handhaven 1,5 meter, risico's tijdens vervoer en

leefomstandigheden en dat het werk in een gekoelde ruimte plaatsvindt zijn risicofactoren. De atmosfeer in deze koelcellen wordt vaak onvoldoende ververst. Mijn antwoord (10)(2e) zo ik zeggen dat ik dat per direct zou willen veranderen. Maar er zijn natuurlijk overwegingen die dit niet mogelijk maken waar ik niet over ga.

GL: Het gaat erom hoe je maatregelen operationeel maakt. De doorlooptijd is nu twee dagen. Hoe is dit afgezet tegen andere landen. Is het nog een doel om te versnellen? De testbereidheid is wel zorgelijk. Wat kunnen we nog meer doen?

- De taskforce is bezig met het optimaliseren van de doorlooptijd. Als we kijken naar andere landen dan is het proces bijna overal hetzelfde is. We kennen op dit moment gaan wachttijden omdat we geen capaciteitsproblemen hebben. Bij mij zijn signalen van lang wachten ook bekend. Dit zijn echter wel uitzonderingsgevallen en vaak is hier een reden voor. De testbereidheid is vooral een publiekscampagne belangrijk. Ook om mensen te doordringen van urgentie. We moeten ook onderzoek doen

GL: Van Dissel pleit terecht voor 1,5 meter. Op vliegvelden en in vliegtuigen wordt dit niet nageleefd. Hoe houden we dit toch onder controle als er meer gereisd wordt?

- Wanneer reisbewegingen toenemen zou je misschien moeten kijken of er meerdere maatregelen genomen kunnen worden. Zo kunnen mensen uit risicogebieden in quarantaine en mensen op specifieke momenten testen. Als reisbewegingen toenemen moeten we hier absoluut verder naar kijken.

PvdA: We wijken af van het WHO over het gebruik van FFP2 maskers in een situatie zonder besmettingen. Kunt u hier iets over zeggen?

- Dit is uitvoerig besproken in het OMT. De mening van de experts was dat er onvoldoende onderbouwing is in het WHO rapport. Dit kunt u ook lezen in een rapport op de RIVM website. Er is daarom geen reden om het NL beleid aan te passen. In het WHO rapport stonden wij wel op een lijst met sustained community transmission. Wij vonden dit niet, maar dit kan ook gebaseerd zijn op oudere cijfers. Er komt een onderzoeksrapportage over het gebruik van maskers in verpleeghuizen, dat zal ik delen.

PvdA: Wat is er nodig om de GGD'en voldoende voor te bereiden en te voorzien van voldoende capaciteit?

- Het probleem is dat mensen ook aan het werk moeten kunnen. Het is lastig om mensen al te training, zonder dat ze daarna meteen aan het werk kunnen. We hebben nu niet voldoende BCO om veel mensen te trainen. We proberen steeds mensen op te leiden voor de verwachting van de periode daarna. Dat is gebaseerd op de modellen van het RIVM.

PvdD: U zegt dat we uit de acute crisis zijn. Echter zijn er nog wel twee brandhaarden, slachthuizen en nertsen. Er zijn 13 nieuwe nertsbedrijven besmet geraakt. Kunt u ons vertellen naar het onderzoek naar besmetting bij nertsen?

- Ik heb de vorige keer iets laten zien over de technieken en de laatste resultaten. Ik heb nu geen nieuwe resultaten. Je kunt de genetische mutaties van het virus in kaart brengen. Daaruit weten we dat het eerst op het bedrijf het gecirculeerd en daarna op werknemers is overgegaan. Je kunt ook vaststellen of er een link is tussen bedrijven of niet. Wanneer dit zo is, moet je daar natuurlijk nog wel een verklaring voor vinden.

PvdD: Wanneer kunnen we nieuwe resultaten verwachten?

- Dit zou ik moeten navragen. Dit hangt ook van verschillende factoren af. Ik houdt u op de hoogte

PvdD: In sommige slachthuizen worden steekproeven gedaan. Zijn hier landelijke regels voor? Zijn er ook landelijke regels voor BCO? Waarom wordt niet iedereen meegenomen in het BCO die in het slachthuis werkt?

- Testen zonder symptomen zijn geen landelijk richtlijnen voor. Dit is op indicatie, ook volgens de ECDC en WHO richtlijnen. De vraag is of het bijdraagt aan de verspreiding om deze mensen te testen. Er wordt op dit moment een plan van aanpak geschreven.

D66: Het ontwikkelen van het vaccin gaat nog wel even duren. Welke andere behandelingsopties zijn er nog meer? Zijn risicogroepen gebaat bij het dragen van medische mondkapjes?

- Sommige medicijnen zijn af gevallen, zoals Chloroquine. Remdesivir kan voor een specifieke groep helpen, maar ik gering beschikbaar. Sanquin isoleert antistoffen. Dit zou voor kwetsbare groepen in de setting van een uitbraak preventief kunnen helpen. Het nadeel hiervan is wel dat dit bij herhaling moet worden gegeven. Maar bij een uitbraak in een verpleeghuis zou dit dus wel een zinvolle interventie kunnen zijn. Wat betreft mondkapjes, triage en 1,5 meter zou voldoende moeten zijn om infectie risico te beperken.

D66: Het aantal patiënten sinds april is niet sterk gedaald, maar de ziekenhuisopnames wel. Hoe is dit te verklaren?

- We hebben ons testbeleid verruimd.

SGP: Er zijn wat verwarrende signalen over zingen. Koren kunnen wel, maar meezingen in de kerk niet. Moet dit nog verder worden uitgewerkt?

- Dat is inderdaad zo. Het punt is dat we een aantal situaties zien waarin zingen en stemgebruik leidt tot een verhoogd risico op verspreiding. Is het dan toch zo dat bij zingen kleinere druppels vrij komen? Of is er sprake van verschillende dingen en speelt het zingen toch niet zo'n grote rol. De literatuur is hier nog niet helder over. We realiseren ons wel het belang. Daarom kunnen we het op een podium waar mensen apart staan wel toestaan. We volgen de literatuur hierover op de voet.

SGP: Wordt hier ook empirische informatie meegenomen? We hebben natuurlijk een aantal gebeurtenissen gezien waar ook is gezongen maar waar geen extra besmettingen zijn gezien. Wegen risico verlagende factoren hierbij mee? Zoals ventilatie ect?

- Op beide is het antwoord ja. Empirisch bewijs is echter heel lastig te meten. Ik hoop dat we hier snel meer helderheid over hebben en hierover kunnen leren. Doordat we nu repeteren weer toestaan, kunnen we hier misschien van leren.

DENK: Veel mensen snappen de 1,5 meter niet meer. De sekswerkers mogen wel weer open, terwijl er niet gezongen mag worden. Heeft lobby hier misschien een rol gespeeld?

- Je komt altijd op maatwerk en soms zijn dingen niet altijd consistent. Het is onmogelijk om alles in één regel te vangen. We realiseren ons de tegenstrijdigheid.

DENK: Er is nog steeds een code oranje naar landen als Turkije. Waarom kunnen we wel naar Italië en Griekenland en niet naar Turkije?

- De overweging hierbij is de epidemiologische situatie en de kans dat je een besmetting in een ander land oploopt. Er spelen natuurlijk ook andere factoren mee, maar die zijn meer politiek.

50-plus: Op welke wijze kunnen we vroeg signaleren of er besmettingen zijn in verpleeghuizen?

- Ik deel u zorg. We zijn in afwachting van een onderzoeksrapport op dit onderwerp. Ik heb hiervan de resultaten nog niet. We hopen hier antwoorden te krijgen op vragen rondom beschermingsmiddelen en verspreiding in verpleeghuizen. We komen hier graag op terug, misschien een sessie met u.

50-plus: Vind u dat ook de GGD en rol moet spelen in eventuele sluiting van slachthuizen of café ect?

- We zijn hier actief bij betrokken, maar in een adviserende rol. Proportionaliteit hangt af van wat je ermee wil voorkomen. Daarnaast zijn eventuele andere maatregelen van belang. Dit is een multidisciplinair proces.

FvD: We hebben een drukke hemelvaart gehad, er zijn veel demonstraties geweest. Dit zegt is over het risico het virus op te lopen buiten de deur. En over de noodzaak van de 1,5. Ook blijkt uit onderzoek dat het risico op infectie buiten de deur heel gering is. Wat is het bewijs dat er significant besmettingsrisico is buiten de deur.

- Met betrekking tot demonstraties, je kan ook geluk hebben. Dit is geen bewijs. Ook verwijst u naar een studie in China naar verspreiding in de buitenlucht. Het was winter in China op het moment van de studie. Ook moesten mensen binnen blijven. In deze setting is het logisch dat maar een gering aantal mensen buiten de besmetting hebben opgelopen. Wij brengen 70-80% van onze tijd door binnen, dus het überhaupt heel moeilijk om studies naar het risico buiten. Maar er zijn wel aanwijzingen dat er wel gelijk risico is op verspreiding in de buitenlucht.

FvD: Wordt er ook getest op mensen die geen klachten hebben, bijvoorbeeld steekproefsgewijs?

- Dit gebeurt uitsluitend op indicatie, zoals bij de slachthuizen. Hier speelt ook mee dat wanneer je het virus dan vind, het niet wil zeggen dat deze persoon ook besmettelijk is. Met het RIVM samen gaan we onderzoek doen naar de meerwaarde van asymptomatisch testen bij risicogroepen.