

## Verslag technische briefing 11 augustus

### Kernpunten <sup>(10)(2e)</sup> <sup>(10)(2e)</sup> <sup>(10)(2e)</sup>

**-Strategie en uitgewerkte doelen:** Er blijft onzekerheid over hoe het proces gaat verlopen. Indammen virus tot het liefste 0 is in principe het doel. In praktijk zie je dat we een open samenleving zijn en dat we uitbraakjes krijgen. Die wil je enerzijds voorkomen maar ook bestrijden als ze optreden. Daarnaast hopen dat we zo snel mogelijk een vaccin hebben waarmee we personen immuniteit te geven. Dat heeft geleid tot plannen voor de ic, verpleeghuizen, er zijn een aantal early warningsystemen opgezet en we hebben een aantal dingen in de surveillance. Bijvoorbeeld de rioolwater surveillance die we aan het uitbreiden zijn. Volgende week zitten we op ongeveer 80 afnamepunten.

**-Monitoring:** er zijn drie systemen van surveillance: Osirisstelsel dat de GGDen invullen. Daarin is zichtbaar dat de aantallen toenemen. Ongeveer 20 procent kwam in het ziekenhuis, ongeveer een vierde hiervan kwam op de IC en ongeveer een derde overlijdt. Daarnaast hebben we de virologische dagstaten, dat geeft een overzicht van het aantal monsters dat is afgenomen. En ook het percentage van monsters dat positief is. We zitten op ongeveer 1,2 miljoen bemonsteringen. Men ziet dat aan het begin het percentage positieve bemonsteringen opliep, en daarna nam dat af tot onder de 1 procent en de afgelopen week is dat weer rond de 3/3,5 procent. Daar zien we weer een toename. Tot slot de huisartsenpoststations. Daar worden door 40 huisartsen bijgehouden hoeveel personen er komen met luchtwegklachten. Dat kan verschillende oorzaken hebben. Ook binnen de NIVEL peilstations isoleerden we corona, wat daarna weer terugging naar nul en momenteel is meeste positieve bemonstering uit het peilstation rinovirus is (neusverkoudheid).

**-Spreiding over Nederland:** De afgelopen twee weken zijn de besmettingen vooral in het westen van het land geconcentreerd. Rotterdam, Amsterdam, Haaglanden en Bergen op Zoom.

Aanvankelijk werd lang niet iedereen getest, dus de eerste piek is een onderschatting. Met het starten van de teststraten is zichtbaar dat dit niet geleid heeft tot een geweldige toename maar dat de afname van het aantal gevallen ook bij de bemonstering in de teststraten zichtbaar werd. De laatste week is er een toename geweest. De voorlaatste week waren er nog 2588 gevallen en afgelopen 4036 gevallen, dus een toename van ongeveer 56 procent. Het laatste aantal over afgelopen dag was 623. In de periode dat het heel laag was, zaten we op ongeveer 50 per dag, dus we zitten nu beduidend hoger.

**-Ziekenhuisopnames spreiding over het land:** Duidelijk is dat de afgelopen twee weken het aantal opnames achterblijft bij het aantal ziektegevallen. Vorige week hadden we nog 44 ziekenhuisopnames, afgelopen week 38. Wanneer men kijkt naar het gehele verloop blijkt dat de afgelopen drie weken toch weer meer ziekenhuisopnames zijn dan de drie weken daarvoor. Twee weken terug betrof het aantal overledenen 6, afgelopen week betrof dat 9 personen. Het is lastig te zeggen hoeveel mensen in totaal in het ziekenhuis liggen, dat is altijd een complexe berekening. Maar het zijn ongeveer 100 meldingen en gisteren dacht ik 19/20 en wanneer je naar de NICE database kijkt waar ook de vermoedelijke gevallen worden opgenomen, dan gaat het om het dubbele aantal.

**-Meldingen per provincie:** Wanneer men kijkt naar de meldingen over de laatste week is duidelijk dat voor Zuid-Holland, Noord-Holland en Brabant is waar de meeste toenames waren. Voor Noord-Holland waren het er 1062 over de afgelopen week, voor Zuid-Holland 1630. Dat leidt tot incidentiegetallen van 37 op de 100 000 en 44 op de 100 000.

**-Leeftijd meldingen:** Bij de groepen van 20 tot 30 en 30 tot 40 is de grootste toename te zien. Dus de leeftijd is duidelijk anders dan de leeftijd aan het begin. Dat verklaart waarom ziekenhuisopnames achterblijven omdat deze groep relatief minder ziek worden of minder onderliggende problemen krijgen. Als jongeren het virus doorgeven aan ouders/grootouders, met enige vertraging zal het ook daar problemen geven.

**-Verpleeghuizen:** Voor wat betreft verpleeghuislocaties en verpleeghuisbewoners zien we enige toename maar dit is gelukkig nog beperkt.

**-Teststraat afgelopen week:** Het totale aantal testen concentreert zich in het westen van het land en het aantal positieven in de teststraat, wat lang op 1 loopt, nu langzaam oploopt naar 3. Ook ziet men dat waar lokale uitbraken zijn het aantal testen en positief geteste personen hoger ligt. In regio Rotterdam is bijvoorbeeld veel getest en daar is 8,8% positief getest. Dat is ook te zien voor Haaglanden, Rotterdam en regio West-Brabant.

**-Teststraat en BCO:** Er wordt bijgehouden voor verschillende groepen personen die worden

geïdentificeerd in de teststraat of ze al dan niet positief zijn en het aantal in zo een week. Bijvoorbeeld bij onderwijs en contactberoepen is een toenemend aantal getest, met heel weinig positieve tests. Voornamelijk in het kader van bron- en contactonderzoek zijn de meeste positieve uitslagen. Er wordt vanuit de index nagegaan of er contacten zijn die binnen de 1,5 meter zijn geweest gedurende 15 minuten. Wanneer dit mensen zijn die tot het huishouden behoren zijn het categorie 1 contacten. Van deze categorie wordt ongeveer 1/5 ook ziek. De categorie 2 contacten zijn ook mensen die minstens 15 minuten op minder dan 1,5 meter afstand zijn geweest maar die niet tot het huishouden behoren. Daar wordt 3 tot 7% ziek van. Het aantal mensen dat meegenomen moet worden in bron en contactonderzoek is flink gestegen. Desalniettemin kon tot vrij recent het bron en contactonderzoek worden volmaakt in 93 tot 97% van de gevallen. De laatste week is te zien dat daar druk op komt. In een grafiek, die half geüpdatet is, is te zien dat er meer gevallen kunnen worden gelinkt aan een index. Ook bleek dat we eerder de contacten hadden opgespoord.

**-Toelichting bron- en contactonderzoek:** Van de eerste klacht tot de daadwerkelijke afname van de test zit gemiddeld 3,7 dagen. Daar zit een behoorlijke spreiding in. In die periode van 3,7 dagen kan besmetting van andere personen hebben opgetreden. Vanaf de eerste klacht tot de uitslag duurt het gemiddeld 4,1 dagen. Dus vanaf de test duurt dat ongeveer 1 dag, wat iets korter is dan eerst. De uitslag moet vervolgens naar de GGD en de index moet verwittigd worden en de contacten moeten in beeld worden gebracht. Ook dit duurt gemiddeld 24 uur.

**-Toelichting bron- en contactonderzoek 2:** Driekwart van de contacten op het moment dat ze voor het eerste keer verwittigd worden van het feit dat ze contact zijn, hebben ze al klachten. Op het moment dat iemand klachten heeft betekent het dus dat mensen het gemiddelde contactonderzoek goed identificeert maar dat driekwart dus al klachten heeft en dus ook al verspreiding al kan geven terwijl je eigenlijk op dat moment pas met zekerheid kan zeggen dat ze in quarantaine moeten. Dat is een probleem. Je wil op het virus voorop komen. Je wil op dit proces winst behalen. Dat is essentieel om het succes van bron- en contactonderzoek beter te doen worden dat het nu is. Je wil dus eigenlijk dat mensen eerder een test laten afnemen. In verband met mogelijk presymptomatische overdracht is in het bron en contactonderzoek ook dag -1 en -2 opgenomen. De GGDen gaan dus ook nog 2 dagen terug met relevante contacten van de index voor de eerste klachten. Er is dus noodzaak om dit proces te versnellen. Daar zijn verschillende ideeën voor zoals dat je kan inloggen op een website i.p.v. bellen etc.

**-Quarantaineduur:** de quarantaineduur is momenteel 14 dagen. Dit wordt ook door ECDC geadviseerd. Sommige landen wijken daarvan af. Het OMT is gevraagd een advies te geven over het mogelijk inkorten van de quarantaineperiode, ook met oog op compliance. 91% van mensen die als contact klachten ontwikkelen hebben vaak binnen 10 dagen die klachten ontwikkeld. Het overgrote merendeel van contacten krijg klachten binnen 10 dagen na blootstelling. Dat is belangrijke informatie wanneer je wil nadenken over wat de juiste duur van quarantaine is.

**-Bron- en contactonderzoek, setting reizen:** Er wordt bijgehouden in hoeverre het mogelijk om een setting te vinden van waar iemand besmet is. Bijvoorbeeld of iemand op reis is geweest. Het aantal gevallen waarbij een setting kon worden ontdekt nam toe, maar dat heeft nu weer een neiging tot afname. In ongeveer 50 procent van de gevallen lukt het om de setting uit te vinden. 9 procent gaf aan dat ze de afgelopen twee weken op reis waren geweest. Dat zijn in potentie personen die het virus in het buitenland hebben opgedaan. Landen als Frankrijk, Spanje, België en Duitsland staan bijvoorbeeld op die lijst. Op deze manier wordt bijgehouden wat het aandeel is van die verschillende landen in personen die dat melden wanneer ze terug zijn. Het aantal personen was 2 weken terug rond de 200. Afgelopen week was dat 408. Het absolute aantal neemt dus toe.

**-Bron en contactonderzoek, setting:** wat is de setting die men achterhaalt als zijnde zeer waarschijnlijke setting van besmetting. Bij 57 procent is dit de thuissituatie, dan zijn er ook nog overige familiesituaties en de categorie overig. Dit zijn vooral situaties als feestjes, borrels etc. waarbij men binnen de 1,5 meter komt. Ruim 60 procent van de besmettingen komt hierdoor. Een aantal besmettingen zit in het werk. Een infectie wordt dan bijvoorbeeld opgedaan bij een familiefeest en vervolgens komt er op het werk een cluster. En ook in de horeca is een toename te zien. Dit zijn grove categorieën.

**-BCO clusters:** Vanaf drie aan elkaar gelinkte gevallen spreekt men van een cluster. Er is een redelijk hoog aantal clusters 379. Dat is 137 meer dan de week daarvoor, dus daar is een toename. De gemiddelde grootte is tussen de 3 en 43 personen. Gemiddeld is het 5,6. Dat is nog steeds een fors aantal. Vaak te koppelen aan de thuissituatie of overigen zoals borrels en feestjes. - **Verschillende indicatoren:** Het reproductiegetal was eerst gebaseerd op ziekenhuisopnames, sinds juni op teststraten. Je ziet weer de toename van de afgelopen weken. Eerst zat het

reproductiegetal op 2/2,5 op een gegeven moment zat hij rond de 1 en daaronder en nu is het reproductiegetal ongeveer 1,3. We zien dit getal graag onder de 1. Dan wat betreft de prevalentiegevallen: de eerste toename in maart leidde tot een piek van 270.000 besmette personen in Nederland en momenteel is de meest recente schatting is 32.000. Daar zit een factor 10 verschil in en de leeftijdscohorten liggen anders.

Sturen op grond van het reproductiegetal was niet ideaal aangezien alleen betrouwbare cijfers gegeven konden worden die 14 dagen terug gingen. Met het bron en contactonderzoek is dat aanzienlijk bekort tot 5/6 dagen, maar dat is nog steeds niet ideaal omdat in driekwart van de contacten mensen al klachten hadden wanneer ze werden gecontacteerd. Dat wil je voor zijn. Het is dus essentieel dat men eerder komt om die test te doen. Het uitvoeren van de bemonstering zit al binnen een dag. Het terugkoppelen en in kaart brengen van de contacten zou ook sneller moeten. Dus de timing is wat het RIVM betreft kritisch. Onderwijl kijkt het RIVM naar wat er gedaan kan worden aan potentiële versoepelingen, zoals het verkorten van de quarantaineduur, dat ligt momenteel bij het OMT.

#### Inbreng Kamer vraag en antwoord uitgelichte punten

- Meerdere partijen uiten zorgen over het starten van scholen, openen van kantoren etc. en dan met name over de veiligheid rondom ventilatie
- Meerdere partijen uiten zorgen over capaciteit bron en contactonderzoek
- Meerder partijen uiten zorgen over bereidheid quarantaine
- Haga vraagt naar de relatie tussen hydroxychloroquine in combinatie met zink en azitromycine en Covid-19 nav onderzoek dat niet blijkt te kloppen
- FVD vraagt naar politieke druk op RIVM

#### Inbreng Kamer vraag + antwoord

**PVV:** Ik hoor u duidelijk spreken over een opleving, niet over de start van een tweede golf. Ook hoor ik u spreken over een nieuw type van het coronavirus en dat dit mildere klachten geeft. Kunt u daar meer over zeggen? En of we er dan vanuit kunnen gaan bij een golf of ziekenhuisopnames ook minder zijn?

- Ik heb niet gezegd dat er een nieuw type van het virus is dat milder is. Wel heb ik gezegd dat bij leeftijdscohorten bij wie het opleeft, het virus milder verloopt. De consequentie van het rondgaan in mildere leeftijdscohorten, is dat het nu leidt tot minder belasting in ziekenhuizen. Maar als dit doorzet bij andere leeftijdscohorten, dan zal dat ook leiden tot meer ziekenhuisopnames. We hebben nu als eikpunt de teststraten en niet de ziekenhuisopnames, dat maakt een verschil uit wat betreft tijdstip. We zien wel dat het aantal besmettingen toeneemt en dat moet weer omlaag. We zien dat het aantal besmettingen toeneemt, dat moet weer omlaag. Wat de kop opsteekt moeten we de kop indrukken. Of je dat een oplevingen of een golf noemt is een semantische discussie.

**PVV:** Een grote zorg die leeft onder de mensen is dat het einde van de zomer bijna in zicht is. Scholen gaan weer beginnen, feestjes verplaatsen naar binnen etc. Heeft het RIVM nog steeds het standpunt staan dat verspreiding via microdruppels een kleine rol speelt terwijl er steeds meer wetenschappers zeggen dat dat een veel grotere rol speelt, waaronder ook de open brief van 239 wetenschappers aan het RIVM om daar meer aandacht voor te hebben. Ben u zover om te erkennen dat aerogene transmissie een grote rol speelt en wat moet er gebeuren op scholen/ werk om die ventilatie beter te laten werken zodat mensen niet door die microdruppels besmet gaan worden.

- Ik wil een aantal dingen splitsen. Het gaat over, (ventilatie op) scholen, dat koppelt u aan microdruppels en aerosolen. Dat zijn verschillende dingen, wat Aerogene verspreiding is verspreiding via minuscule druppels die in ruimtes blijven hangen. Daar hebben we geen rekening mee gehouden in de hele bestrijding van de uitspraak. We zijn tot 40 gevallen per dag gekomen terwijl we op 270.000 gevallen zaten. Los van dat we niet willen uitsluiten dat het nooit en te nimmer een rol speelt, moet je het wel plaatsen in wat zijn nou de meest belangrijke dingen die er gespeeld hebben.

Terugkijkend op wat we gedaan hebben; blijf thuis bij klachten, hou afstand etc. In ziekenhuizen is ook zo gehandeld. Als er goeie verspreiding een belangrijke rol had gespeeld, hadden we bij patiënten die niet aerogeen waren geïsoleerd een verspreiding in de ziekenhuis gezien. Met andere woorden: met maatregelen die geen rekening hebben gehouden met aerogene verspreiding hebben we het virus buitengewoon effectief bestreden in Nederland. Daar wil ik niet mee uitsluiten dat het zwart wit is. Wat betreft ventilatie: dat is van belang, we willen niet dat lucht in ruimtes wordt gerecirculeerd. Daar zijn we geen voorstander van. We willen dat ruimtes voldoen aan normen rondom ventilatie uit het bouwbesluit. Voor verschillende toepassingen van ruimtes zijn normen opgesteld voor waar die ruimtes aan moeten voldoen. Goede ventilatie zorgt ervoor dat er minder kans is op overdracht.

**D66:** In korte tijd zijn er veel nieuwe wetenschappelijke inzichten. Maandag gaan de scholen weer open en D66 maakt zich zorgen om het kind, de leraren, ouders en onduidelijkheid die er is. Duitse virologen hebben in een advies aan de regering aangegeven hoe de scholen open moeten, onder andere met betrekking tot mondkapjes en ventilatie. Kent u dit advies en wat is uw reactie daarop? Omdat het advies van [redacted] (10)(2e), een viroloog in Duitsland, is: onderschat het overdrachtsrisico van kinderen niet. Mondkapjes voor alle schooljaren, goed ventileren en indien toename in het najaar dan tot de kerstvakantie verlengen. Wat vindt u daarvan en heeft u daar ook een wetenschappelijke onderbouwing voor?

- We hebben eerder geadviseerd om scholen open te houden. De reden daarvoor was is dat wij bij de leeftijdsklasse die naar school gaan en die je ook naar school wil laten gaan, zeer weinig besmettingen onder scholieren zien. Wel waren soms leraren besmet die dan niet via de school waren besmet en het ook niet op leerlingen overdroegen, met andere woorden: we hebben zeer nauwkeurig gemonitord en nog geen signaal opgepikt op basis waarvan dit standpunt zou moeten veranderen. Denemarken heeft eerder dan wij scholen geopend, daar waren ook geen negatieve gevolgen. De essentie was of kinderen, zoals ze een rol spelen bij influenza, de motor zijn om het rond te laten gaan, maar er is geen aanwijzing gevonden dat ze dit hier doen. Het tweede is dat we het hebben over een situatie waarbij het belangrijk is om te kijken naar waar een situatie ontstaat voordat we conclusies trekken voor kinderen. De nadruk ligt nu bij familiebijeenkomsten etc. moeten we niet zorgen dat die aantallen omlaag gaan, juist omdat we die kinderen naar school willen laten gaan? In OMT advisering ook gezegd dat we kritisch kijken naar hoe de situatie is. Belangrijk is: kijk of die ventilatie klopt, want je wil wel voldoen aan wat erover is afgesproken. En wat daarnaast essentieel is: zorg dat zieke kinderen niet naar school komen. We nemen maatregelen en hebben ervaringen gezien en moeten nu niet vooruit lopen en daar meteen consequenties aan geven. Mondkapjes bij personen met klachten, dat zou niet moeten want die blijven thuis. De vraag is, als die vraag komt, zouden we die in het OMT moeten adresseren, of een hele generatie met mondkapjes naar school gaat. Gebruik van mondkapjes is één ding, goed gebruik is iets anders.

**SP:** Een vraag over bron- en contactonderzoek: twee weken geleden waren er 2360 nieuwe Covid meldingen nieuwe meldingen, en vorige week al 3614. Als je kijkt naar het bron en contactonderzoek zien we dat dit keldert, van in de 90 naar 70 procent nu. In Rotterdam bijv. wordt bco een soort van losgelaten. Kunt u noemen wat de risico's zijn als deze trend doorzet en bron- en contactonderzoek niet de mate van ruim 90 procent kan halen maar dusdanig daalt?

- De cijfers zijn correct, maar de informatie van de laatste week wordt nog aangevuld dus er is sprake van een bepaalde onderrapportage. Maar de signalen van de GGD vinden wij zeer zorgelijk. We willen dat bron en contactonderzoek op 95% blijft. Om de huidige aanpak succesvol te laten zijn, om brandhaarden snel te blussen is zo efficiënt en snel mogelijk bron- en contactonderzoek essentieel. We zouden moeten streven naar a: de index moet zich eerder melden, b: de doorlooptijd moet korter. En je wil eerder op de contacten zitten. Er zit een bepaalde mate van eigen verantwoordelijkheid in. Je wil de impact zo klein mogelijk houden, maar de efficiency ligt aan hoe goed dat bron- en contactonderzoek gaat.

**CDA:** Tegen de 20 procent van mensen in categorie 1 van bron- en contactonderzoek zijn gemiddeld besmet. Wat zijn bepalende kenmerken waardoor 80 procent van deze mensen niet ziek wordt?

- Dan moet je terug naar de manier waarop het virus wordt overgedragen. Een van de dingen die we weten over virussen die aeroëen worden overgedragen, dan zou je dat op bijna 100 procent verwachten voor de duidelijkheid, dus daar zie je ook alweer uit dat dat in ieder geval niet tot dat getal in uiting komt. Je kan talloze variabelen verzinnen die van invloed kunnen zijn waardoor er variatie in zit, zoals luider praten, grootte van het huis, hoeveel personen er wonen, ventilatie etc.

**CDA:** Het is verontrustend dat het reproductiegetal boven de 1 zit. Ik mis in de presentatie

(10)(2a)

- Dat klopt. Mensen die naar de teststraat komen en positief zijn getest werd gevraagd of ze in het buitenland zijn geweest. De situatie in het buitenland wordt nauwlettend gevolgd, ook m.b.t. de inkleuring (reisadvies) van een land. Daar is een systeem voor waar we gebruik maken van gegevens ECDC enerzijds, en anderzijds van de ambtelijke posten (ambassades). Er wordt gekeken naar het incidentiegetal en naar hoeveel testen er worden uitgevoerd. Dit systeem loopt samen met BZ. Er wordt wekelijks naar gekeken en soms komen tussendoor ook adviezen.

(10)(2e): Ik sluit mij aan bij de vraag van (10)(2e) PVV), technisch Nederland, maar ook een land als Taiwan zegt: doe iets aan die ventilatie. Heeft u tips voor Nederlands gebruikers wanneer scholen en kantoren weer opengaan?

- Kijk goed naar wat de richtlijnen zijn m.b.t ventilatie. Er staan uitvoerige richtlijnen op de RIVM website. De essentie is dat je allereerst zorg dat de ruimte gebruikt wordt waar de ruimte voor bedoeld is. En ten tweede: hou je aan de normen rondom ventilatie uit het bouwbesluit. Bijv. ventilatievoud staat daar goed in weergegeven. Dus eerst gekeken moet Recirculatie in gebouwen vinden we nogmaals een slecht idee.

**PvdA:** In vervolg op (10)(2e). In noord Nederland gaan de scholen weer open en we zien juist ook bij tieners een stijging. Los van dat er algemene regels zijn die men zou moeten volgen bij scholen, is het niet zaak om voor de scholen open gaan een helder advies te geven aan gemeenten en scholen over de vraag of het verantwoord is om open te gaan indien zij niet voldoen aan die ventilatierichtlijnen die er zijn, immers we weten dat het bij veel scholen een probleem is om hieraan te voldoen.

- Dit lijkt meer een beleidsvraag dan een wetenschappelijk adviesvraag. Het wetenschappelijke advies zou zijn: zorg dat je voldoet aan het bouwbesluit. Wat te doen als dit niet zo is, verwijs ik u naar beleid. Wij denken dat een aantal dingen van belang zijn: als kinderen milde klachten hebben blijven ze thuis, houd afstand tot de leraar, controles op scholen, en daarnaast vinden we ventilatie belangrijk.

**CU:** We vinden het jammer dat mensen zich laat laten testen. We weten ook snel door rioolwater in welk gebied veel besmettingen zijn. Is daar al ervaring mee opgedaan en zijn er maatregelen genomen?

- We meten in het rioolwater bepaalde waarden. Volgende week al op 80 locaties en de wens van de minister is om dit bij alle zuiveringsinstallaties te doen (ong 300). Ik wil benadrukken dat het gaat om een experimentele bepaling en het surveillance instrument nog verder ontwikkeld moet worden. Om een bepaalde waarde te kunnen vertalen naar aantallen mensen die zouden zijn geïnfecteerd, moeten we hier eerst meer kennis van nemen. Wanneer rioolwaarden negatief zijn, hopen we te kunnen zeggen dat er geen probleem is in de regio.

**CU:** Het verbaast mij enorm dat er blijkbaar duizenden mensen uit risicogebieden ons land in komen. Zouden zij niet 1 of 2 keer getest moeten worden zoals in andere landen om te weten of zij het virus bij zich dragen?

- Het risicoprofiel voor mensen die terugkomen is heel wisselend. Vanuit wetenschappelijk advies zou je een risicoprofiel gedreven screening willen doen. Waarom je een screening bij binnenkomst wil doen, of wat het zal opleveren zoals we nu bij Schiphol gaan

opstarten, is dat je vooral de mensen die bij binnenkomst al besmettelijk zijn zo spoedig mogelijk eruit wil pakken. Die moeten in isolatie. Natuurlijk wil je daar een controle op, ook zou je toch wel meer willen weten over wat de risico's zijn, tot dat zolang geldt wil je die personen in quarantaine plaatsen. Dat was al het stramien. Wellicht dat we met wat we nog gaan bespreken (OMT) de lengte wat kunnen aanpassen, maar dat is de essentie van de aanpak.

**GL:** Vraag naar aanleiding van het gegeven dat mensen die opgespoord worden dmv bron en contactonderzoek vaak al klachten hebben en zich eigenlijk al moeten laten testen. De vraag is waarom die mensen zich niet laten testen? Is er betere voorlichting nodig? Zien ze op tegen quarantaine? U zij ook iets over dat er misschien iets gedaan wordt aan de quarantainetijd. Kunt u dat toelichten?

- Infectiezieken is gedrag. Mensen motiveren om zich snel te laten testen is wat ons gaat helpen. Gedragsbeïnvloeding stoelt op een aantal zaken: communicatie, maatregelen die leiden tot een bepaalde mate van dwang, en optie drie dat de omgeving zodanig wordt ingericht dat het natuurlijk wordt om je aan een bepaalde maatregel te houden. Dat zijn de belangrijkste interventies. Over die quarantainetijd: nu hanteren we 14 dagen maar eventueel kan die algemene periode teruggebracht worden. We hebben gekeken naar de tijdsduur tussen blootstelling en de eerste ziektedag, en gezien dat 91% van de mensen die ziek wordt 10 dagen na de start al ziek is. Het OMT is daar nu kritisch naar aan het kijken.

**GL:** U zei dat nu vooral 20ers en 30ers besmet zijn en dat dit de beperkte ziekenhuisopname tot nu toe verklaart. Weten we dat zeker? Tijdens de eerste golf zijn zij niet getest.

- We weten natuurlijk de leeftijd van mensen die zijn opgenomen, en die bevinden zich niet in die leeftijden waar nu de toenames zijn. We weten eerder dat die personen er in maart wel waren, en daar is nu veel minder toename. Verder is er tuurlijk een logiva dat onderliggende problematiek opbouwt met het stijgen van de leeftijd. Doorgeven aan ouders/grootouders willen we voorkomen, maar het zou kunnen dat de aankomende weken de leeftijdscohorten gaan verspreiden.

**VVD:** De GGD heeft op verschillende plekken moeite met binnen 48 u teruggeven van het testresultaat. En mensen wachten vaak een aantal dagen voordat ze getest kunnen worden. In het voorjaar is besproken welke type testen er zijn. U gaf toen aan dat andere testen dan die we nu gebruiken niet betrouwbaar zijn. Hoe staat het er nu voor, zijn er testen die kunnen bijdragen aan kortere tijd?

- Onze visie is dat we graag sneltesten hebben die je het liefste op dag 1 zelf zou kunnen doen om te kijken of je getest moet worden in een teststraat. Die zijn er nu nog niet, maar daar wordt wel aan gewerkt. Voor een aantal andere infectieziekten zijn dit soort sneltesten er wel, maar deze zijn nog onvoldoende betrouwbaar. Het is een veld in ontwikkeling en we volgen het nauwgezet.

**50Plus:** Ik hoorde een tegenstrijdigheid: er moet meer en eerder getest worden, en dan heb je ook de presymptomatische en asymptomatische besmettingen. Toch blijft u zo terughoudend over mondkapjes. Daar zouden we nog meer besmettingen mee tegen kunnen houden. Waarom bent u zo terughoudend?

- Het Noorse instituut voor public health heeft uitgerekend hoeveel mensen mondkapje moeten dragen om 1 besmetting te voorkomen: 88.000 een week lang. In Noorwegen is de setting nog iets gunstiger dan in Nederland, dus bij ons zou dat nog hoger zijn. Het 'number needed to mask' ligt dus buitengewoon hoog. Het tweede is: moeten we niet een balans zoeken? We zien waar de toename is, moeten we daar niet wat mee doen. Je wil inzetten op waar je het meest bereikt, en dat zijn momenteel familiebijeenkomsten waar clusters zijn. Voor alle duidelijkheid: het OMT advies is niet dat mensen mondkapjes niet mogen dragen. De vraag was of het moet worden afgedwongen. Wel is aangeraden om vast onderzoek te doen naar wat meest betrouwbare mondkapjes zijn.

**Pvdd:** OMTZ advies over nertsenhoudertijen van juli. Daarin werden twee adviezen gegeven: op korte termijn adviseerden ze dat als er geen nieuwe besmettingen meer per half augustus bij mochten komen bij nertsenhoudertijen anders zou alles moeten worden geruimd in Nederland. Tweede advies was dat nertsenhoudertijen sneller moesten worden afgebouwd. Dat tweede advies zou heroverwogen kunnen worden op het moment dat daar aanleiding toe was. Zitten we nu in een situatie waar het OMTZ die heroverweging of die versnelling inziet. In hoeverre daar al meer over bekend is.

- Wanneer die besmettingen nog steeds doorgaan, dan is er een groter risico. We gaan af op de adviezen die er nu liggen en er is voor nu geen reden om dat te veranderen.

**Pvdd:** We horen nog steeds dat in slachthuizen de gedragsregels van het RIVM niet worden nageleefd. Wij vinden dit een zorgelijke situatie en zien dit als een brandhaard. Ziet u dit ook als brandhaard en kunt u advies geven over hoe hiermee om te gaan?

- Er is een specifiek advies uitgebracht over slachthuizen en een aantal dingen loopt ook nog. Een is een aantal dingen geconstateerd die niet conform de regels waren die we hebben afgesproken. De 1,5 meter blijft van belang en ook het hercirculeren van lucht staan we niet achter. Dit is typisch een potentiële haard dus alle redenen om door te voeren wat we eerder geadviseerd hebben.

**FVD:** We horen geluiden die twijfels doen rijzen over de onpartijdigheid van het RIVM, medio juni zei de voorzitter van de RVS tegen Nieuwsuur dat het RIVM en het ministerie te veel vermengd raken in de coronacrisis. Er lijkt politieke druk te zijn uitgeoefend op het RIVM omtrent het advies over het gebruik van mondkapjes. Vanochtend berichtte de Volkskrant dat het RIVM de rol van ventilatiesystemen bij de uitbraak van corona in de verpleeghuizen heeft afgezwakt. Kunt u de Kamer geruststellen en uitsluiten dat er op enig moment tijdens de coronacrisis invloed is uitgeoefend vanuit de politiek op de totstandkoming van uw adviezen? Zo nee, op welk moment heeft u bepaalde invloeden van het ministerie ervaren?

- Op geen enkele wijze.

(10)(2e) Er zijn signalen dat contacten uit bron-en contactonderzoek niet mee willen werken met de regels van het RIVM en niet in quarantaine willen. Is er structureel zicht in het percentage contacten dat de gehele quarantaineperiode heeft voltooid, neemt dat af, en wat is daaraan te doen?

- Die berichten hoor ik ook. Ik heb daar geen getallen van. In bepaalde gevallen is er telefonische controle maar ik heb geen algemene gegevens.

(10)(2e) Alle grafieken gaan ervan uit dat een besmetting ook daadwerkelijk een coronabesmetting is, maar ik begreep van wetenschappers dat een PCR uitslag niet kan aantonen of iemand daadwerkelijk klinisch geïnfecteerd is en dat een positieve PCR uitslag slechts aantoont of iemand een deeltje viraal RNA in het neusslijmvlies zat. Zijn er dus extra andere klinische parameters nodig om van een daadwerkelijke klinische besmetting met Covid-19 te kunnen spreken en zo ja, heeft het RIVM in beeld wat het percentage false positives is en wat is dan de waarde van het zeer kleine percentage positieve tests?

- U informeert naar de testkarakteristieken. Als iemand een klinisch beeld ontwikkelt wat past bij de klinische beelden die beschreven zijn en positief test op het coronavirus en het coronavirus komt uit een bronchialavage bijvoorbeeld, wordt uit de long geïsoleerd zal de conclusie over het algemeen zijn dat het ziektebeeld is terug te voeren op het nieuwe coronavirus. Zo werkt de hele geneeskunde. Dan heb je natuurlijk altijd een groep die geen klachten heeft en ook niet ontwikkelen, die een lage waarde van corona hebben in neus en of keel (asymptomatische personen). Die worden in het buitenland soms opgepikt en gevolgd. Je ziet dan dat die na een paar dagen vaak weer negatief zijn. Je ziet ook dat de cycle time waarde, hoe hoger die is voor de duidelijkheid op hoe minder virus die duidt, als de ct waarde hoog is dan duidt dit op minder virus. Wanneer de ct waarde laag is, duidt dit op meer virus. Dus je hebt zeker een groep personen die weinig virus in de neus hebben, die het na een paar dagen weer kwijt zijn en geen klachten ontwikkelen. Het tweede is dat je het virus soms aantooft bij iemand die een dag later klachten heeft (presymptomatisch). En daarna, hoe groot is nou de kans dat iemand helemaal geen

corona heeft, maar dat dit in het setsysteem wel naar voren komt. Dat kan altijd voorkomen, maar dat is buitengewoon laag, er zit ook een veiligheid ingebouwd.

(10)(2e) De Nederlandse onderzoeken naar de relatie tussen hydroxychloroquine in combinatie met zinc en azitromycine en Covid-19 in Nederland zijn volgens minister De Jonge op een vraag van mij destijds tot nader order stopgezet. Dat kwam door een artikel in de Lancet maar dat artikel is nu niet ter zake doende meer. Nu blijkt dat het artikel niet klopt, is het niet tijd om dat onderzoek te hervatten? Wat is de stand van zaken en is er niet voldoende reden om dit standpunt te herzien?

- In zijn algemeenheid waren er zorgen over bijwerkingen. Als een onderzoek niet blijkt te kloppen, zijn er genoeg mensen die het weer op de agenda zetten en het al dan niet oppakken.

**SGP:** In lijn met de vragen van (10)(2e) U zegt: zorg dat het ventilatiesysteem in orde is, dan is het relatief veilig. Maar de vraag is of die systemen in verschillende gebouwen in orde zijn? U zegt: zorg dat het voldoet aan het bouwbesluit. Impliceert uw opmerking twee conclusies: 1. controleer of het systeem inderdaad geen recirculatiesysteem is 2. Is dat wel het geval, gebruik het gebouw niet totdat de eisen voldoen aan het bouwbesluit totdat er geen sprake meer is van recirculatie.

- We gaan ervanuit dat gebouwen wanneer ze gebouwd worden volgens het bouwbesluit dat dit klopt met de afspraken hierin. Als een gebouw daar niet aan voldoet is er een manco. Ik wil wel wijzen dat recirculatie kan gebeuren met de juiste filters maar recirculatie met lucht van buitenaf is geen goed idee, je moet lucht ook verversen. Standpunt daarin lijkt me helder: je hebt regels waar je je aan houdt bij bouw en gebruik van een gebouw. De consequenties zijn niet aan mij.

#### Kernpunten (10)(2e)

**-Keten aanmelden- testen- BCO:** Het is van belang dat mensen zich op tijd aanmelden om getest te worden. Dan weten we ook dat ze op korte termijn naar de teststraat kunnen. Dit kan binnen 24 u aangezien de capaciteit is uitgebreid. 95% krijgt de uitslag binnen 48 uur. Indien de testuitslag positief is, start het bron en contactonderzoek. Er was groei in de straten, dat is iets afgenomen. Iedereen moet uitdragen dat je je beter z.s.m. kan laten testen om eerder bron en contactonderzoek te kunnen starten.

**-Verschillen per regio:** Er zijn regionale verschillen op het gebied van BCO. Het grootste verschil zit in percentage positieven. Regio's waar het aantal besmettingen en aantal uit te voeren bron- en contactonderzoeken hoog is, zoals Rotterdam-Rijnmond en Amsterdam redden het reguliere bco vorige week niet meer. In goed overleg met RIVM is gekozen om risico gestuurd BCO tijdelijk in te voeren. Risico gestuurd BCO houdt in dat de regio's de indexpatiënten, waar mogelijk, vragen zelf de contactinventarisatie voor te bereiden wat een langere doorlooptijd als gevolg heeft. Bij risicovolle gevallen wordt het bco altijd volledig door de GGD uitgevoerd. De tijdelijke aanpassing van de werkwijze wordt weer verlaten zodra de aantallen positief geteste mensen in relatie tot de groei van de landelijke BCO pool dit weer toelaten.

**-Knelpunten BCO:** Mensen hebben steeds meer nauwe contacten (categorie 2), soms wel 100. Er is daardoor een hogere doorlooptijd van het bco. Aanvankelijk was er gemiddeld 8 uur nodig per bco, nu is dat 12 en in drukke regio's soms meer. Zorgelijk is dat thuisquarantaine niet altijd wordt opgevolgd. Naar aanleiding van een vraag van de PvdA wordt aangegeven dat er geen overzicht paraat is van gemiddeld aantal contacten, hoeveel gevallen daarvan zijn etc. Men moet denken aan situaties van bijvoorbeeld meerdaagse bruiloften, mensen die zijn gaan stappen etc.

**-Oplossingen:** Natuurlijk dient men zich te houden aan het gedrag zoals we dat van iedereen verwachten, maar daarnaast is een oplossingsrichting ook meer capaciteit voor bron en contactonderzoek. Er wordt versneld opgeschaald. Landelijk is er nu 550 fte voor bco maar ook het deel dat wordt opgeleid zal al aan het werk gaan. Daarnaast wordt de landelijke capaciteit uitgebouwd. De aankomende drie weken in stapjes tot 1050 en uiteindelijk naar 2000. Deze vraag is gekomen van de minister van vws.

**GL:** Welke data horen hierbij?

- Opschalen naar 1050 zal de aankomende drie weken gebeuren. Voor de verdere opschaling naar 2000 zijn we nog aan het kijken hoe we dit voor elkaar kunnen krijgen. Testen en bco is een belangrijk onderdeel van het indammen van het virus. Voor de effectiviteit is het van belang dat mensen zich aan de afspraken houden. We zijn inmiddels voorbij de intelligente lockdown, er zijn minder maatregelen en de effecten zijn te zien in het aantal positieve testen. Belangrijk is om het met elkaar houdbaar te houden, laat je meteen testen, blijf thuis bij klachten en houd 1,5 m afstand. Anders is deze aanpak sowieso niet vol te houden. Er staat ook een factsheet op de website.

**D66:** veel respect voor GGDen maar we testen nog steeds niet met de maximale capaciteit. Wat denkt u daarvan? En een aanvullende vraag is dat de bron tijdens bron en contactonderzoek vaak niet meer te herleiden is. Aan het begin hebben we dat bewust losgelaten. Wat zijn de ontwikkelingen hierin?

- De afgelopen tijd is het aantal teststraten uitgebreid van 80 naar 104. Collega's zijn bezig dit op te hogen. De herleidbaarheid van de bron is inderdaad steeds moeilijker, al helemaal bij veel contacten, en dat is zorgelijk. Het is dan ook goed dat door het kabinet bijvoorbeeld besloten is dat mensen zich in de horeca moeten registreren.

**SP:** Wanneer gaat de opschaling tot 2000 fte plaatsvinden? Vanuit de politiek waren wij in de veronderstelling dat de GGD al alles mocht doen om bron- en contactonderzoek zo doortastend mogelijk te laten zijn. Hoe kijkt u daar tegenaan? En in welk licht moeten wij uw uitspraak van collega de Gouw zien in de Trouw (juli) die zegt dat collega's duimen zitten te draaien bij de GGD en daarom gaan we niet verder opschalen en nu zijn we een paar weken verder en zien we dat er capaciteitstekorten zijn.

- Voor wat betreft de landelijke capaciteit: daarvan hebben we met de minister afgesproken dat we zouden beginnen met de capaciteit die we nu ook hebben georganiseerd en dat we daarna stapsgewijs zouden opschalen. Wat we nu aan het doen zijn is ook de afspraak die we hebben gemaakt. Dan wat betreft het duimen draaien: dat was het korte moment waarop we bijna geen besmette mensen in de teststraten vonden. Je ziet nu dat in de afgelopen twee weken groeit, dus er is geen sprake meer van duimen draaien,

**(10)2a)** Driekwart van de door de GGD opgespoorde personen, had al klachten voordat ze werden opgespoord. Worden de tijdstippen van de eerste klachten met elkaar vergeleken, zodat duidelijk wordt dat de mensen die zich als eerste melden niet de eerste waren die het virus hadden?

- Dat is inderdaad onderdeel van bron- en contactonderzoek. De index is lang niet altijd degene die zich als eerste meldt.

**PvdA:** Ik hoor dat we nog steeds het plan uitvoeren dat in mei is gepresenteerd, waar een gefaseerde opschaling in zit. Klopt het dat er dan eigenlijk geen verandering is (carte blanche, inzet leger) en er eigenlijk te beperkt wordt opgeschaald?

- Het van plan van juni wordt uitgevoerd, maar nu wordt ingezet op het versnellen van de capaciteitsopbouw. Ook de mensen die nog worden opgeleid worden al ingezet voor de opsporing. Dus met die ervaringen die hebben opgedaan, zie we dan het mogelijk is om mensen eerder in te schakelen om bron en contactonderzoek te doen en tegelijkertijd te leren. Die 12 u per onderzoek dat kan niet anders als er zoveel contacten zijn. Eer het langer duurt voor mensen zich melden, hoe groter de kans dat we een grotere groep mensen krijgen die meegenomen moeten worden.

**VVD:** Alle mensen die in teststraten werken doen hun best. Tegelijkertijd zien we dat als druk wat hoger wordt, het niet loopt zoals we zouden willen. In de oplossingen zie ik niet: samenwerking met anderen die kunnen bijdragen aan testen en bron en contactonderzoek. De eerstelijns diagnostische centra hebben zich al eerder gemeld omdat ze capaciteit hebben. Er wordt echter geen samenwerking gezocht. Klopt dat? En wanneer gaat dat van de grond komen?

- Die samenwerking wordt als we speak opgericht. We zoeken wel de samenwerking maar kijken wel wat slimme en effectieve samenwerking is. Goed om te melden is dat onderzocht wordt of defensie kan helpen met logistiek.

**50Plus:** Aanvullend op (10)(2e) hoe gaat het feitelijk met de opschaling? Ik heb mij verbaasd over verschillende vacatures voor bron- en contactonderzoek op hbo niveau, waar nog geen 11 euro bruto wordt geboden.

- Het gaat over aantrekken extra capaciteit. Ook de alarmcentrale, rode kruis etc werven mensen. Zij doen dat op basis van een profiel dat samen is opgesteld. Honorering laat ik me niet over uit. Ook GGDen werven mensen en honoreren vergelijkbaar denk ik, daar zou ik nog wel naar willen kijken. Wat belangrijk is, naast opschaling landelijk maken we ook gebruik van elkaar als 25 GGDen, het personeel helpt elkaar.

**FVD:** Als ik naar aantallen ziekenhuisopnames en ic opnames kijk, lijkt mij geen reden voor paniek. De aantallen liggen ruimschoots onder de signaalwaarde. Bij de afgelopen technische sessie van 25 juni zei collega (10)(2e) dat mensen die geen klachten hebben wel positief getest kunnen worden maar niet besmettelijk zijn. Nu worden in het kader van bron en contactonderzoek talloze mensen getest omdat ze in de buurt zijn geweest van iemand die positief is getest. Ze hebben vaak geen klachten maar worden toch positief getest. Naarmate meer bron en contactonderzoek gedaan wordt, zijn er dus meer positieve testuitslagen van mensen die zelf niet of nauwelijks besmettelijk zijn. Wat betekent dit voor de waarde die we mogen hechten aan het aantal positieve testen? Acht u de vrees gerechtvaardigd dat er meer mensen ziek zullen worden aan de hand van de bevindingen die nu voorliggen nu er meer mensen positief worden getest? Denkt u dat er reden is voor grote vrees dat er meer mensen echt ziek zullen worden?

- U vraagt: is dit geen loos alarm? Dat is het in mijn ogen niet. Veel besmettingen vinden plaats in settings van familiebezoek, bijeenkomsten, feestjes. Het zijn nu wel meer jongeren die positief getest worden, maar reken maar dat zij ook contact hebben met oudere generaties. Zij kunnen vrij eenvoudig ziek worden van jongere mensen. Dat zien we over een aantal weken. Ik hoop dat we die trend nog kunnen buigen. Het zijn nu voornamelijk jongeren. Ja, dat zijn ook asymptomaten, maar het grootste deel niet dus ik deel uw analyse op dit punt niet.

(10)(2e) (10)(2e) zei dat we eigenlijk geen inzicht hebben in hoeverre mensen quarantaine naleven. Hoe kunt u dat inzicht wel krijgen? We weten helemaal niet of het doel van de het bron en contactonderzoek, namelijk opsporen en in quarantaine plaatsen, wel gehaald wordt.

- Als mensen positief getest zijn, dan moeten zij in isolatie thuis. In het bco zit dat mensen na 7 dagen en 14 dagen worden gebeld. Dan horen wij of zij thuis zijn of niet. Mensen hebben moeite met die 14 dagen quarantaine en ook in huis contact vermijden blijkt moeilijk. Maar tegelijkertijd zal het grootste deel het wel doen, want veel mensen vinden het belangrijk dit op te lossen. Het wordt niet geregistreerd dus we weten het niet zeker. We zien een trend in de mensen die nu voornamelijk besmet zijn, die jonge mensen willen wel echt contact en hebben moeite met het thuisblijven.

**SGP:** In hoeverre is er sprake van symptomatische, asymptomatische en presymptomatische bronnen van besmetting?

- Wij testen vooral mensen met klachten, die komen uit de straten. Op het moment dat je in bron en contactonderzoek de huisgenoten en nauwe contacten in beeld krijgt, dan is ook voor ons de indicator op dat moment, laat je testen op het moment dat je klachten hebt. We werken wel nu mee aan onderzoek om te kijken naar asymptomatische besmettingen, dat is onder andere met de aanpak en testen van mensen die uit het buitenland komen. Dat is een groep die niet allemaal klachten zal hebben, maar wel getest gaat worden.