

Vergaderjaar 2019–2020

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 247

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 14 april 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 25 maart 2020 gesprekken gevoerd over **update coronavirus**.

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Lodders
Griffier: Israel

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

Aanvang 10.00 uur.

Gesprek met:

- Jaap van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM
- Diederik Gommers, anesthesioloog-intensivist, verbonden aan het Erasmus MC en voorzitter Nederlandse vereniging voor intensive care

De voorzitter:

Goedemorgen. Ik heet u allen van harte welkom bij de technische briefing van vandaag over de ontwikkelingen rondom het coronavirus. Een bijzonder welkom en dank aan de gasten die wij vandaag weer mogen ontvangen, allereerst de heer Jaap van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM, en de heer Diederik Gommers, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care. Hartelijk welkom. Ook wens ik de aanwezige leden van harte welkom en iedereen die deze briefing op een andere manier volgt.

Ik wil beginnen met een korte opmerking vooraf. Het zal niemand ontgaan zijn dat het kabinet nieuwe belangrijke maatregelen heeft genomen tegen de verspreiding van het coronavirus. Natuurlijk wordt daar in de Kamer ook rekening mee gehouden. We beperken het aantal van dit soort fysieke vergaderingen tot een minimum, maar voor een goede werking van ons parlement en onze democratie is het belangrijk dat activiteiten als deze wel doorgang kunnen vinden. Een technische briefing als die van vandaag versterkt de informatiepositie die we nodig hebben als Kamerleden om goed voorbereid het debat te kunnen voeren.

Om de fysieke vergaderingen die wel plaatsvinden zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de richtlijnen van het RIVM zijn een aantal praktische maatregelen genomen. We zitten op nog grotere afstand van elkaar, namelijk 2 meter. Iedereen heeft bij de ingangen van deze zaal gebruik kunnen maken van de handreinigers met desinfectiemiddel, en na afloop van deze briefing zal alles in deze zaal ook weer grondig worden gereinigd. Ik vind het belangrijk om u dit vooraf mee te geven, omdat wij daarover na de vorige briefing een groot aantal vragen hebben gekregen. Over tot de orde van de dag. We maken vandaag weer gebruik van een powerpointpresentatie. Deze zal zo nu en dan in beeld worden gebracht. De leden hebben een hand-out ontvangen. Als de mensen thuis de presentatie in willen zien: u kunt die presentatie vinden op de website van de Tweede Kamer.

Aan de leden stel ik voor dat we dezelfde volgorde en werkwijze hanteren als de vorige keer. We starten met de presentatie van de heer Van Dissel. Dan kunt u allen één vraag aan de heer Van Dissel stellen, die hij direct beantwoordt. Dan gaan we in de richting van de heer Gommers. Voordat we echt kunnen beginnen, nog een procedureel punt. Niet iedereen aan deze tafel is lid van de commissie voor VWS, maar gezien de omstandigheden waarin wij verkeren, ga ik ervan uit dat daar geen enkel bezwaar tegen is.

Dan wil ik graag het woord geven aan de heer Van Dissel voor zijn presentatie, en die zal iets langer in beslag nemen dan de vorige keer. Het woord is aan de heer Van Dissel.

De heer **Van Dissel:**

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Ik wil vandaag weer een aantal dingen toelichten. Ik begin met een korte inleiding, de actuele situatie, de verschillende scenario's die we de vorige keer ook al even hebben benoemd. Ik wil met name ingaan op de modellering. Hoe kijken we naar de verschillende effecten? Ik wil wat over de onzekerheden daarin vertellen en ten slotte nog kort wat uitleg geven bij de nieuwe maatregelen die genomen zijn.

We beginnen weer met het overzicht dat u inmiddels een aantal keren heeft gezien. Wat ik heb toegevoegd aan de rechterzijde, is de bekende piramide van ziekte, waarbij de getallen uit China staan ingevuld in de vierkantjes met een witte achtergrond. We weten dat 5% op de ic komt en we weten ook dat in China de sterfgevallen op de ic plaatsvinden. Zo'n 15% wordt opgenomen in het ziekenhuis, met name omdat ze zuurstofbehoefstig zijn. En er is een groep – de grootste groep, in China rond de 81% – die buiten het ziekenhuis kon blijven, maar bij wie men wel de diagnose kon stellen en ook de test kon doen die bevestigde dat ze de corona-infectie hadden.

Ik heb rechts een aantal getallen toegevoegd. Dat zijn getallen uit de groep van Jan Kluytmans uit het Amphia Ziekenhuis, van iets wat hij samen heeft gedaan met het TweeSteden Ziekenhuis in Tilburg. Daar heeft men gekeken onder gezondheidsmedewerkers. U ziet dat dat er 1.300 of 1.400 zijn in totaal. Daaronder hebben ze 86 positieven gevonden, dat is rond de 8%. Wat ik eigenlijk wilde tonen, is dat er uit dat onderzoek bleek – dat hebben we hier ook eerder benoemd – dat het percentage personen dat relatief mild ziek is, veel groter is dan de groep zoals we die kennen uit de getallen uit China. U ziet dat hier slechts 2 van de 86, dus ongeveer 3% van de medewerkers, zijn opgenomen in het ziekenhuis, en dat de rest het eigenlijk allemaal buiten het ziekenhuis heeft gekregen en uiteindelijk ook thuis heeft kunnen uitzielen. Dat zijn belangrijke gegevens, omdat wij eerder al zeiden dat de onderzijde van de piramide waarschijnlijk veel breder was dan we vermoedden.

Iets over dit recente Nederlandse onderzoek, wat natuurlijk geselecteerd is, want het onderzocht ziekenhuismedewerkers met milde klachten, maar over het algemeen toch met koorts en/of hoesten en/of benauwdheid. Dat zijn ook voor ons drie belangrijke indicatoren dat het gaat om de infectie met het nieuwe coronavirus. U ziet dat die verhouding nog meer gaat in de richting van weinig ziek zijn. Dat is natuurlijk een belangrijk gegeven, want het betekent dat u zich bij alle getallen die ik u laat zien, die over het algemeen gebaseerd zijn op percentages van bevestigde getallen, moet realiseren dat daar een heel groot cohort onder zit, waarbij we ook niet de diagnose stellen, omdat die mensen zo weinig ziek zijn dat ze zich over het algemeen ook niet tot de medische zorg zullen wenden.

Verder zijn op deze dia dezelfde dingen benoemd, vooral de preventieve maatregelen. Die hebben al behoorlijk wat aandacht gekregen: handen wassen, handen wassen, handen wassen. Dat is een belangrijke, met name wanneer de infectie zich als neusverkoudheid manifesteert. We weten dat het virus zich dan al behoorlijk kan vermeerderen in de neus, in het neusslijmvlies. Als je dat aanraakt en vervolgens een deurknop, kan je het virus op die manier doorgeven, terwijl je zelf op dat moment nog nauwelijks klachten hebt. Dat is eigenlijk de discussie tussen de presymptomatische en de symptomatische overdracht.

We weten dat de afstand, zoals ook hier in deze zaal gedemonstreerd, van minstens 1,5 meter van belang is bij de druppelinfecties. Dat speelt met name bij niezen en bij hoesten. In het ziekenhuis – ook eerder benoemd – zijn extra maatregelen nodig om te zorgen dat het virus zich niet binnen het ziekenhuis verspreidt, waar natuurlijk ook vele andere, veelal kwetsbare patiënten zijn. Het belang van handalcohol heeft u zelf net ook al benoemd. Handalcohol heeft zin op het moment dat de handen schoon zijn. Bij vieze handen ga je dus eerst de handen wassen met zeep en water en vervolgens pas je handalcohol toe. Wassen met zeep en water is ook

een zeer effectieve manier om het uit te spoelen en te verdunnen. Dus ook daar aandacht voor.

Ik ga door met de actuele situatie. Dat zijn de getallen van over het algemeen gisteren, in ieder geval de laatste die we hadden voor deze sessie in de Kamer. U ziet dat er zo'n 5.500 patiënten in Nederland zijn vastgesteld, doordat bij hen een test is gedaan die bevestigde dat de patiënten inderdaad het nieuwe coronavirus hadden. Ik wil opnieuw benadrukken dat het toepassen van de test is veranderd in de loop der tijd. We passen dat veel selecter toe. Vandaar dat wij ook altijd toevoegen, ook op de website, dat het aantal werkelijke patiënten hoger is dan het aantal dat we kunnen noemen. Het aantal patiënten dat wordt opgenomen in het ziekenhuis is natuurlijk wel een vast getal, want je wordt wel of niet opgenomen in het ziekenhuis. Bij de meeste in het ziekenhuis opgenomen patiënten wordt de test gedaan. U heeft waarschijnlijk ook kunnen lezen dat in bepaalde gevallen ook gebruik wordt gemaakt van röntgen of van een CT-scan, die ook voor dit soort infecties een gevoelig en redelijk specifiek diagnosticum zijn.

Er zijn dus zo'n 1.500 patiënten opgenomen. Daarvan is ongeveer een derde, zoals u ziet, opgenomen op de ic-afdelingen. Daar krijgt u straks informatie over. En we hebben een aantal overleden patiënten, waarvan we weten dat die lang niet allemaal in het ziekenhuis zijn opgenomen, omdat dat soms ook ouderen in verpleeghuizen betreft. U ziet de twee andere indicatoren die we hebben, de zogenaamde virologische dagstaten. Dat is de juiste aanduiding. Inmiddels zijn er zo'n 38.000 testen verricht in Nederland en daarvan zijn 13% positief. Dat klopt natuurlijk niet helemaal met het aantal patiënten. Soms worden testen twee keer gedaan, soms wordt de diagnose op een andere wijze gesteld, soms is de virologische weekstaat nog niet bijgewerkt, zodat de getallen iets kunnen afwijken van de getallen in het Osiris-systeem, wat ook een elektronisch systeem is om infecties te registreren.

Ten slotte hebben we het onderzoek van de NIVEL/RIVM-huisartsen-peilstations, zo'n veertigtal huisartsen die met z'n allen ongeveer 0,8% van Nederland afdekken. Uit die groep wordt het aantal patiënten gerapporteerd dat bij de huisarts komt met een griepachtig ziektebeeld, dus met acute luchtweginfecties. Een deel daarvan wordt bemonsterd. We zijn dat begin februari gaan toevoegen aan onze surveillance als een soort radar, om te kunnen kijken hoeveel patiënten er zijn in Nederland. U ziet dat het aanvankelijk helemaal negatief was, en dat we de laatste weken toch een aantal positieven vinden binnen die groep die naar de huisarts komt. 15 van de 576 bemonsteringen zijn positief. Die bemonsteringen, moet ik toevoegen, bevinden zich vooral nog in en rond het gebied van Brabant en Limburg. Het kaartje aan de rechterzijde geeft een totale indruk van de zorgbelasting en van waar nu de meeste infecties zijn. Het is duidelijk dat momenteel het Noorden nog relatief gespaard is, terwijl Brabant en Limburg de grootste infectiedruk hebben, zowel vanuit patiënten als ook druk vanuit verpleeghuizen waar infecties zijn en vanuit de NIVEL-peilstations. Dat geeft dus een grove indicatie.

Op de volgende dia ziet u aan de rechterzijde, ook weer op de geografie van Nederland geprojecteerd in een soort hitemap, het aantal patiënten in de verschillende gemeentes. U ziet dat het zich toch weer concentreert in een aantal gemeentes in Brabant, zowel het gebied Veghel-Uden en rond Tilburg-Breda en verder een gebied in Venlo. Opnieuw is het Noorden van het land nog relatief vrij van gemelde COVID-patiënten. Wat we hierin tevens aangeven, ook om het in een meerjarenperspectief te zien, zijn de zogenaamde sterftecijfers die we in Nederland bijhouden. Die vertonen altijd een golvende beweging, omdat er in de winter altijd wat meer sterfte is dan in de zomer. Dat is de zwarte lijn. Als je die sterfte over twee of drie jaar bekijkt, zie je dat de griepgolf in 2017–2018 een hele duidelijke verheffing gaf, een oversterfte. Dat is duidelijk herkenbaar op de grafiek die dat steeds over twee weken bijhoudt. U ziet dat de huidige

uitbraak van het COVID net tegen de rand aanzit, voordat het zich buiten de zogenaamde 95-grens begeeft van wat we normaal verwachten op dit moment.

Ik ga door met de grafieken die u een indruk geven van zowel de opnames, de opgenomen patiënten, de gemelde patiënten, en vervolgens informatie met betrekking tot de leeftijd van de verschillende groepen. Allereerst ziet u linksonder de opnames ten gevolge van de infectie met het nieuwe coronavirus. U ziet dat dat een duidelijk oplopende curve was, die een aantal dagen terug wat lijkt te zijn teruggelopen. Bij de «laatste getallen» moet u er altijd rekening mee houden dat daar nog correcties op moeten plaatsvinden, omdat de tellingen nog niet compleet zijn. Maar de voorlaatste barcode zou goed moeten zijn. U ziet een duidelijke piek, een exponentiële toename, waarin er de laatste dagen toch een afvlakking lijkt te zijn. U ziet dat er met betrekking tot alle patiënten hetzelfde geldt, maar ik wil opnieuw benadrukken dat «alle patiënten» betekent patiënten bij wie testen zijn uitgevoerd. Dat zullen zeker niet alle patiënten in Nederland zijn. Er bevindt zich een groep onder de radar, omdat ze relatief weinig klachten hebben. Aan de andere kant is het aantal opgenomen patiënten natuurlijk een hard gegeven en je verwacht eigenlijk dat dat altijd een bepaald percentage is van de groep die daar onder zit. Het aantal opgenomen patiënten en het aantal patiënten dat op de ic wordt opgenomen, dat zijn onze ijkpunten, ook met betrekking tot de berekeningen die ik u straks zal tonen.

Aan de rechterzijde van de grafiek ziet u drie plaatjes met achtereenvolgens de leeftijdscohort van alle patiënten. Daarbij valt opnieuw op dat er opmerkelijk weinig kinderen meedoen. Voor deze week is het geloof ik nog minder dan 2% kinderen onder de 20. Dat is iets wat blijft staan. Dan ziet u in de middelste grafiek de leeftijdsverdeling van de opgenomen patiënten. Zoals verwacht bevindt zich dat toch in de wat oudere leeftijdscohort. De onderste grafiek ten slotte toont het aantal overleden patiënten. U ziet dat de mediaan en de leeftijd van personen overeenkomen, dus dat is ongeveer de groep die het in 50% splitst, tussen de 80 en de 85 jaar momenteel. De meerderheid van de overleden patiënten had ook ernstige onderliggende medische condities. Dit even met betrekking tot de actuele getallen, tot gisteren bijgewerkt, het inzicht in leeftijden en in de toename van het aantal patiënten dat naar ziekenhuizen gaat. De laatste dagen ziet u misschien een stabilisering van dat beeld.

Dan wilde ik, voordat we op de modellen ingaan, nog even terughalen wat we vorige week uitvoerig besproken hebben. Ik zal daar kort bij stilstaan. Wij hadden in wezen drie verschillende aanpakken qua type scenario's. We hadden scenario's van geen interventies. Dat gaf een ontoelaatbare groei van het aantal patiënten. We hadden een scenario van Nederland totaal op slot. Ook daar zijn evident allerlei opmerkingen bij te plaatsen. En we hadden het scenario van maximale controle proberen te houden, waarbij je de determinanten die maken dat het virus van de ene persoon op de andere overgaat, probeert zo goed mogelijk dusdanig te beïnvloeden dat de infectie nog wel aanwezig is, maar in ieder geval niet meer exponentieel toeneemt.

De doelen van die scenario's waren duidelijk, denk ik. We willen kwetsbare groepen zoals ouderen en patiënten met afweerproblemen beschermen, en we willen hun de benodigde zorg kunnen bieden, evenals andere patiënten die ook zorg nodig hebben. We hebben immers ook nog traumapatiënten en hartpatiënten. Dat richt zich dan met name op de bottleneck, en dat is de ic-zorg. Gevolg van dit beleid is dat er ook immuniteit wordt opgebouwd, omdat we nu eenmaal personen hebben die de infectie al hebben doorgemaakt – iets wat u ook in alle landen om u heen ziet gebeuren – en daardoor uiteindelijk immuniteit zullen opbouwen. Dat er immuniteit wordt opgebouwd is inmiddels ook dierexperimenteel bevestigd. Uiteindelijk zal die immuniteit ertoe leiden dat men ten slotte de infectie de baas wordt. Dat kan alleen maar als het

afweersysteem daar een bijdrage aan levert. Die immuniteit leidt er dus toe dat het effect van de interventies die we plegen, wordt versterkt, omdat er zich een groep tussen gaat bevinden die het virus als het ware kan afketsen. Tegelijkertijd hebben we vorige week ook besproken dat dit al met al toch een scenario is van maanden, zo niet langer, en dat we, om voldoende immuniteit te bereiken, minimaal 50% tot 60% nodig hebben. Dat zal toch afhangen van de beschikbaarheid van een vaccin. Die drie scenario's lieten zich in deze grafiek illustreren, waarbij de rode grafiek de «geen interventie»-grafiek was. Dan speelt zich een heel groot deel van de curve evident af boven de maximale capaciteit van ic-bedden. U ziet de groene grafiek, die afhankelijk van de mate en de intensiteit van de interventies nog een bepaalde hoogte heeft en als het ware op en neer kan bewegen. De stippellijnen geven dus het gewenste verloop aan, want u ziet dat die grafiek zonder interventies ook nog boven de ic-capaciteit blijft. Ten slotte hadden we de blauwe lijn, waarbij we op het moment dat de infectie geconstateerd wordt of opkomt... Vergelijk de situatie momenteel in India, wat ik daarvan in de media lees. Daar gaat men toe naar een situatie waarin alles op slot gaat, naar een lockdown. Dat zou succesvol moeten zijn – we komen daar straks nog op terug – maar de grote kwetsbaarheid is uiteindelijk dat op het moment dat de lockdown wordt opgeheven, er een risico van herintroductie is of een risico dat vanuit een brandhaard die men onvoldoende in kaart had, het aantal infecties toch weer toeneemt, waarop men alsnog een situatie krijgt die de zorgcapaciteit overschrijdt.

Ik ga naar de modellering. Ik wilde de drie personen noemen die het meeste werk hieraan hebben verricht. Dat zijn collega-hoogleraar Jacco Wallinga, deeltijdhoogleraar LUMC en verder werkzaam op het RIVM, samen met zijn collegae Don Klinkenberg en Jantien Backer. Voordat ik de verschillende aspecten bespreek, wil ik u even meenemen naar het reproductief getal of reproductief nummer R_0 of «R effectief» wordt het ook weleens genoemd, het gemiddelde aantal individuen dat per geïnfecteerde persoon ook de infectie gaat krijgen. We hadden gezien – dat kunt u aan de rode bolletjes zien – dat je een R_0 kunt hebben die precies 1 is. Dan leidt elke infectie tot 1 nieuw geval, maar zie je dus eigenlijk geen toename. Als het groter dan 1 is, dan zal het zoals bijvoorbeeld bij het coronavirus het geval was, steeds 2 nieuwe gevallen geven. Omdat de serietijd tussen de verschillende clusters en ringen kort is, leidt dat tot een snelle toename van het aantal gevallen. We hebben een potentiële situatie waarin de R_0 kleiner dan 1 is, wat ertoe leidt dat de infectie zal uitdoven. Die R_0 wordt door een aantal zaken beïnvloed, bijvoorbeeld de duur dat men besmettelijk is, het aantal contacten per eenheid tijd en ook de waarschijnlijkheid dat het virus per contact overgaat.

In dit plaatje, dat ik een aantal weken geleden heb laten zien, kun je mooi de verschillende interventies koppelen, zoals op deze slide is aangegeven. De waarschijnlijkheid van overdracht per contact beïnvloedt je door de bron weg te nemen, maar ook door bijvoorbeeld handhygiëne en sociale afstand. Als er een geneesmiddel was dat als profylaxe zou kunnen dienen, zou dat ook kunnen en vaccinatie is natuurlijk eigenlijk het mooiste voorbeeld, waarbij je de waarschijnlijkheid van een overdracht weg kan nemen. Het aantal contacten per tijd hangt weer af van hoe we omgaan met de sociale afstand, de isolatie van patiënten of het in quarantaine plaatsen van blootgestelden. Het aantal contacten per eenheid tijd is ook heel gevoelig voor voorlichting; als iedereen goed begrijpt wat er aan de hand is en wat de effectieve interventies zijn, dan gaat dat daarop natuurlijk ook van invloed zijn. Soms moet je een beroepsverbod opleggen.

Ten slotte is de duur van de besmettelijkheid heel belangrijk. Daarvoor is het heel erg essentieel hoe snel iemand wordt erkend als hebbende de ziekte, hoe goed toegankelijk de zorg is zodat je snel tot isolatie kan

overgaan. Behandeling kan daar een rol bij spelen en ook natuurlijk het testbeleid heeft daar een rol in. Die factor R is dus een belangrijke en als de R boven de 1 is, nogmaals, dan zien we dus een toename van de uitbraken. Als die onder de 1 komt, dan gaat dat afnemen.

Er is de laatste tijd aan gewerkt om inzicht te krijgen in het reproductiegetal, en dan gaat het eigenlijk niet om de R_0 , maar om het effectieve reproductiegetal, want u ziet het hier in de tijd weergegeven. Wat is hier gedaan? U kunt zich voorstellen dat als je de harde getallen van de ziekenhuisopnames neemt als afspiegeling van het aantal gevallen dat zich in de maatschappij bevindt – alle logica gebiedt dat dat zou moeten kloppen, maar dat doet het natuurlijk nooit voor de 100% – dan kan je per geval terugrekenen hoeveel gevallen die veroorzaakt heeft als je teruggaat in de tijd. Dat kan je plotten. Dat ziet u op de bovenste grafiek. U ziet dat de R begint tussen de 2 en 3. Dan daalt die en dan neemt die weer toe, met name in de periode rond carnaval, dat is aangegeven met dat c'tje. U zult zich ook herinneren dat we pas na carnaval de eerste gevallen in Nederland hadden. Op dat moment werd dus pas duidelijk dat er wat gaande was, terwijl dat eigenlijk al enige tijd bezig was, want ook de eerste patiënt had natuurlijk een incubatieperiode van ongeveer een tot twee weken.

U ziet ook dat de R_0 daarna wat schommelt. Inmiddels bevindt de R zich op en nabij de 1, voor zover we die met redelijke zekerheid kunnen terugrekenen. Dat is een belangrijk punt, want u ziet ook de interventies weergegeven. We hebben adviezen gegeven aan reizigers, we hebben adviezen gegeven met name in Brabant, en later uitgebreid naar heel Nederland, om thuis te blijven op het moment dat men zich ziek voelde. Vervolgens kregen we het advies om te stoppen met handen schudden en ook daarna zijn nog verschillende interventies gedaan. Als u zich realiseert dat het aantal opnames lijkt af te vlakken, kun je voorspellen dat die R_0 waarschijnlijk inmiddels onder de 1 is, maar voor de duidelijkheid: dit zijn nog schattingen. Het is het beste wat wij momenteel kunnen doen en zo moet u het ook opvatten. Dit betekent niet dat we hier absoluut van uit kunnen gaan; het zijn schattingen, maar we maken daar natuurlijk wel gebruik van.

Wat is in dezen dan overall het beeld dat je meeneemt? Waar de R_0 eerst tegen de 2 lag – dat zijn ook de startgetallen die elders steeds genoemd werden – is die inmiddels afgenomen tot op de 1 of rond de 1. Dat betekent dat de exponentiële groei van de uitbraak naar alle waarschijnlijkheid tot stand is gebracht. Dat is toch wel een belangrijke boodschap, denk ik. Er zijn een heleboel mitsen en maren die hier ook zijn aangegeven. Je moet namelijk uitgaan van de ziekenhuisopnames en vervolgens met zekerheid kunnen vaststellen wanneer iemand ziek is geworden. Dat lukt niet altijd. U ziet met de rode balk in de grafiek aangegeven dat dat redelijkerwijs mogelijk is. U kunt zich voorstellen dat het voor de recent opgenomen patiënten – dat zijn de grijze barcodes – nog ingewikkelder is en dat dat onderzoek soms nog moet plaatsvinden. Dat betekent dat er nog zal worden gefinetuned.

We moeten ons ook realiseren dat – we komen daar straks bij de maatregelen nog even op terug – als we een vrije dag hebben en met z'n allen naar het strand gaan en het ziet daar zwart van de mensen, dan kan je natuurlijk verwachten dat op zo'n moment zo'n R_0 weer boven de 1 komt. Dit is dus gevoelig voor alles wat we doen, maar overall zie je toch een positieve trend.

Dan wilde ik u meenemen naar de actuele modellen. Ik laat u eerst de modellen zien waarbij u maar één lijn ziet. U zult meteen begrijpen dat het leven zo natuurlijk niet verloopt. Ik kom zo terug op de onzekerheden die deze lijnen ook in zich dragen. Hier ziet u tegen de tijd afgezet een aantal scenario's, eigenlijk de scenario's die we eerder doorspraken, waarbij het misschien goed is om even het paarse scenario vast te houden, want dat is vergelijkbaar met geen enkele interventie. Dan ziet u dat dat omhoog-

schiet. Als je de getallen van dit moment daarop projecteert, dan is wel duidelijk dat we ons daar níét in bevinden, zeg ik voor de duidelijkheid. Wij doen natuurlijk ook van alles en ook de afname van het effectieve reproductiegetal R past daarbij. Als we niks hadden gedaan, zaten we dus nu op de paarse lijn en waren we nu al ver over de ic-capaciteit heen. U ziet aan die paarse lijn dat, uitgaande van een bevolking van circa 17 miljoen en zo'n 50% à 60% die het krijgt, de epidemie pas in ongeveer juli weer zou afzwakken en dat wij ons tot die tijd volstrekt boven de maximale ziekenhuiscapaciteit zouden bevinden. Dat ziet u omdat de hele grafiek zich daar eigenlijk boven begeeft.

Maar we hebben wel interventies gedaan. Daar kom ik zo op terug, maar ter illustratie misschien eerst even de turquoise, de blauwe lijn. Dat is de lijn die de modellers berekend hebben voor een situatie waarin alles totaal op slot zou gaan. Omdat dat al geïnitieerd wordt op een moment dat er al zieken zijn, die zich nog enige tijd zullen manifesteren, zie je dat de piek vrij vroeg valt en dat het dan snel weer teruggaat. Dat is de situatie waarin je het land succesvol helemaal op slot zou hebben gedaan. Dan de situatie met de rode lijn en de groene lijn, want daartussen bevinden zich de maatregelen die wij tot nu toe genomen hebben. De maatregelen tot 23 maart geven naar verwachting dus in de modellen de rode lijn. U ziet dat we dan toch behoorlijk – daarop zal Diederik Gommers ingaan – tegen de ic-capaciteit aanlopen. Ik zal u zo laten zien dat dit natuurlijk ook nog onzekerheden kent. De groene lijn ten slotte is eigenlijk de lijn die wij momenteel hebben ingezet. Ik zal dat zo toelichten. Dat is eigenlijk hetzelfde als de rode lijn, maar nu nogmaals met het dringende verzoek aan iedereen die ziek is om thuis te blijven en om, als de ziekte wat toeneemt met koorts, hoesten en benauwdheid, het gezin thuis te houden. Dat zijn eigenlijk de maatregelen die maandag nog een keer zijn bevestigd. Ik kom daar zo nog even op terug, want dat is eigenlijk een heel logische voortzetting die we al hadden bij een bevestigd geval. U ziet dat u dan van rood naar groen gaat.

Nu is het natuurlijk altijd zo dat er cruciale beroepen zijn en vitale infrastructuurberoepen, waarbij je, als het gezin op slot gaat, de in die beroepen werkzame persoon niet ook op slot kunt zetten, omdat anders de ziekenhuizen geen verpleegkundigen en artsen en de brandweer geen brandweermannen meer heeft. Dus er zit ergens een lijn tussen de groene en de rode lijn, en daar proberen wij momenteel op te sturen.

Die mate van onzekerheid ziet u hierin terug. Wat is hier gebeurd? Ik ga even terug. Het is in blauw weergegeven, dat is misschien wat verwarrend, maar wij modelleren nu eigenlijk de rode lijn op onzekerheid. Dat ziet u op deze grafiek terug. De nieuwe rode lijn is opnieuw nietsdoen. Dat is alleen nog maar even eroverheen gezet om weer te geven wat er dan gebeurt. Wat u met al deze blauwe lijnen ziet, is dat het model dat gebruikt wordt voor hele kleine onderdelen, net op een wat andere factor wordt gezet, waardoor je ook ziet dat de lijnen anders verlopen. Er zitten nu eenmaal onzekerheden in die modellen. Je kunt het heel deterministisch doen, met andere woorden: je zet alles vast en dan krijg je de lijn die we net hadden. Maar de praktijk is natuurlijk dat die R_0 zo nu en dan loopt, dat patiënten wat langer op de ic zijn dan de drie weken die hier werden aangenomen, dat er misschien een gebeurtenis is waardoor men toch de regels minder in acht neemt en met z'n allen naar het strand gaat. Al dat soort dingen zijn hier gemodelleerd. Dan zie je steeds dat er voor zo'n situatie, waarbij men alles net iets anders tweekt, zo'n lijn wordt berekend. De essentie is dat wat er met de grootste waarschijnlijkheid gaat gebeuren, ligt in de hoogste concentratie van de lijnen. Dat is in dit geval net tegen het stippellijntje aan, de oorspronkelijke ic-capaciteit, met daarna de afname. Dat kan je doen in het licht van heel verschillende getallen, die je nog eens extra varieert. Op het scherm ziet u de mate waarin het reproductiegetal, dat ik u net heb laten zien en dat in Nederland gemiddeld rond de 2 lag, van invloed is op de rest van de

curves als je het varieert aan het begin van de curve. U ziet dat naarmate het reproductiegetal hoger is dan 2, de kans dat je hoger uitkomt met betrekking tot de ic-capaciteit een realiteit is. Maar zoals ik u net heb laten zien, kom je bij het berekenen van de R0 eigenlijk nooit boven de 2 of 2,1 uit. De verwachting op grond van de modellen is dat we ons aan de onderzijde bevinden van deze grafieken.

Alle individuele lijnen zijn aparte runs van de simulatie. De meest dichte groep geeft aan wat de hoogste mate van waarschijnlijkheid heeft dat gaat gebeuren. Dat zijn in dit geval de blauwe lijnen. U ziet dat het zich ten opzichte van de ic-capaciteit gunstig bevindt. Ik wil ook nog even aangeven dat de ic-capaciteit hier op 1.100–1.200 is getitreerd. Diederik Gommers zal zo vertellen hoe daar al ruimte in gecreëerd is. We moeten ons daar overigens wel bij realiseren dat deze ic-capaciteit nodig is voor coronapatiënten. We hebben natuurlijk ook altijd enige ic-capaciteit nodig voor personen die acute hartoperaties moeten ondergaan, of die er moetens liggen vanwege trauma's en dergelijke. Ik denk dat daar zo op wordt ingegaan. Ik wilde nog even noemen dat de ligtijd hier op ongeveer drie weken staat. Al dat soort parameters worden gevarieerd om deze lijnen te krijgen. Je probeert zo goed mogelijk real life na te streven, waar nu eenmaal ook niet alles op dag één vaststaat en er soms toevalsdingen gebeuren. Dat is hier dus eigenlijk in verwerkt. Dit betrof de grafieken en de mate van waarschijnlijkheid waar je je bevindt ten aanzien van het effectieve reproductiegetal aan het begin van de uitbraak, dat in Nederland, nogmaals, eerder dichter bij de 2 dan bij de 2,5 ligt. Wat dat betreft zitten we hier meer in de blauwe dan in de rode grafieken. Hetzelfde kun je doen voor de zogenaamde verdubbelingstijd van de uitbraak. Ook daar is weer een variatie gekozen die aan het begin van de uitbraak gold. Ook daar lijken we, voor de duidelijkheid, weer eerder in het blauwe deel te zitten dan in het rode deel. Ik geef alleen maar weer dat we modellen niet moeten zien als iets absoluuts. Het zijn hulpmiddelen bij het kiezen van de juiste maatregelen. U ziet dat modellen van een heleboel factoren afhangen. Ze zijn zelden vanaf dag één deterministisch, met andere woorden, dat alles vastligt. Er zijn altijd gebeurtenissen die erdoorheen spelen. Die probeer je op deze wijze mee te nemen. De meest dichte lijnen geven de meest werkelijk te verwachten grafiek aan – met in dit geval meer de blauwe kleur – voor de verdubbelingstijd, die naar wat we tot nu toe zien wat hoger is dan 2,5.

Ik kom even terug op de versimpeling hiervan. Een en ander is als het ware uitgaande van het gemiddelde vastgelegd. Ik heb al genoemd dat alle grafieken die ik u nu liet zien, de maatregelen tot 23 maart betroffen. We hebben daarna additionele maatregelen getroffen, zoals u weet. Die zal ik zo nog heel even met een grafiek toelichten. Het betekent in feite dat als de compliance, de wijze waarop men zich eraan houdt – in deze modellen is overigens geen sprake van 100% – hoog is, je van de rode naar de groene grafiek komt. U ziet dat die een stuk gunstiger loopt. Er zijn groepen die met het gezin in quarantaine gaan en aan sociale distancing gaan doen als iemand ziek is, maar we moeten ons tegelijkertijd realiseren dat je wel wil dat een echtgenoot met een cruciaal of vitaal beroep de mogelijkheid heeft om zijn werk te doen. Dat maakt dat we de groene lijn niet zullen benaderen, maar ons ergens gaan bevinden tussen de rode en groene lijn.

Dan nog even terugkomend op hoe het nou zit met het advies met betrekking tot thuisblijven als je ziek bent en het gezin in sociale afstand als de persoon die thuisblijft ernstiger ziek wordt. U ziet op deze afbeelding drie straten in Nederland. U ziet dat zich in een van die straten één persoon bevindt met een infectie met het nieuwe coronavirus. Ik heb ook iemand met griep in de straat gezet. Die heeft soortgelijke klachten, maar een heel andere infectie. Aan de bovenzijde ziet u wat we deden tot het moment dat we moesten loslaten dat we op basis van de casusdefinitie iedereen gingen identificeren. Want wat gebeurde er toen? Iemand

meldde bijvoorbeeld dat hij, nadat hij uit Italië terugkwam, ging hoesten en koorts kreeg. Dan nam hij contact op met de huisdokter en werd er een test gedaan. U ziet dat met het rode bolletje aangegeven. Diegene was dan positief en dat betekende dat het gezin in isolatie ging. Dat was de aanpak die we initieel hadden. Tegelijkertijd heeft het huishouden met griep ook gebeld. Misschien kwamen ze ook wel uit Italië, maar bleken ze niet positief getest. Daarvoor gold het dan niet. U ziet dat de aanpak heel gericht was, waarbij je in wezen aan track and trace doet, dus de mogelijkheid hebt om veel te kunnen testen. Dan is de bovenste aanpak een heel goede aanpak, mits je de patiënten kan herkennen die je moet testen op het nieuwe coronavirus. Aanvankelijk was dat makkelijk, want ze kwamen allemaal ofwel uit Noord-Italië terug of uit China. Dat was een belangrijke link. Toen het virus zich verspreidde binnen Brabant, ging die link verloren. Toen werd het veel ingewikkelder om personen te identificeren. Maar dat was de initiële aanpak.

Dan gaan we nu naar – dat wordt ook wel gedaan; een land als India doet dat nu blijkbaar – een totale lockdown. In wezen is dat een beetje een testimonium paupertatis, als ik het zo mag parafraseren, want dan sluit je eigenlijk iedereen apart in zijn huishouden op en neem je een periode in acht totdat het virus binnen het huishouden is uitgewoed; dat moet je dan eigenlijk doen. U ziet voor onze straat wat het gevolg zou zijn geweest. De patiënt met de coronavirusinfectie had zich daar ook onder bevonden. Daar zou die lockdown effectief zijn geweest. Maar de patiënt met griep en alle huishoudens zonder klachten zouden zich ook moeten committeren aan deze aanpak. Dat betekent dat je sociaal gezien een overshoot hebt in die aanpak, omdat het uiteindelijk erom gaat dat je de ene patiënt vindt die het wel heeft.

Aan de onderzijde ziet u de targeted lockdown. Het heeft inmiddels ook wel andere benamingen gekregen, maar ik denk dat het daar in feite om gaat. In tegenstelling tot de willekeurige lockdown voor iedereen die op de afbeelding in het midden te zien is, zeg je bij een targeted lockdown tegen personen met klachten: als je klachten hebt, blijf je thuis. Dat betekent in dit geval dat zowel de patiënt met de coronavirusinfectie als de persoon met griep thuis gaat zitten. Als de infectie ernstiger wordt, er koorts bij ontstaat, men gaat hoesten en/of benauwd wordt, gaat het gezin in lockdown. Je zou je kunnen voorstellen dat het bij griep misschien ook gebeurt als een persoon zieker wordt, maar je ziet nog altijd het grote voordeel, namelijk dat je van het hele straatje maar twee huishoudens op slot doet in plaats van alle huishoudens, terwijl het effect precies hetzelfde is als het random, willekeurig in lockdown gaan. Het heeft dus grote voordelen. Het nadeel is natuurlijk dat men zich er wel aan moet houden. Inmiddels heeft het aspect van compliance, handhaving en je houden aan wat we met elkaar afspreken gelukkig veel aandacht gekregen, maar dat blijft natuurlijk wel een essentieel onderdeel. Je gaat ervan uit dat iedereen die klachten heeft inderdaad zichzelf isoleert en dat het gezin zich isoleert op het moment dat klachten toenemen, en in wezen dus de voorafkans dat de infectie een coronavirusinfectie is, toeneemt. Daar gaat het eigenlijk om. Dit even ter illustratie van wat we onder de targeted lockdown verstaan. Het is in wezen het syndroomgeïnitieerd – het syndroom is dan de klachten die spelen – isoleren van de persoon die het heeft, en als de klachten toenemen vervolgens ook het gezin in sociale distancing. Mochten er meerdere personen in zijn, gaan die ook in isolatie, zo moge duidelijk zijn. Dat duurt totdat de klachten ten minste een dag voorbij zijn.

Nog heel even kort twee scenario's die we vorige week ook al even hebben genoemd, maar die ik heel even weer wil terughalen, omdat er toch ontwikkelingen zijn. Allereerst track and trace. Ik ben er door een aantal televisiekijkers op gewezen dat ik dat vorige week niet helemaal juist heb verteld. Ik heb toen genoemd dat Singapore in een lockdown was en dat was het niet. Dat wil ik dus even rechtzetten. Singapore heeft,

in de luxe dat ze voldoende testen konden doen, eindeloos getest, zich geconcentreerd rondom de groepen waar de positieven zich bevonden en die vervolgens in isolatie en quarantaine genomen. Dat was succesvol. Maar u weet dat Singapore weer nieuwe introducties heeft gehad en dat men dat scenario weer moet herhalen. Het is een goed scenario om het te stoppen, maar het is uiteindelijk een kwetsbaar scenario ten aanzien van nieuwe introducties. Over de totale lockdown is inmiddels ook meer informatie gekomen vanuit China. Dat was de situatie die in Wuhan en de provincie Hubei gold. We weten inmiddels dat in Wuhan wordt aangegeven dat men een aantal dagen zonder nieuwe infecties is, waardoor ze daar de totale lockdown weer gaan terugdraaien. Dat lijkt een gunstige situatie. Het zal zich uiteraard naar de toekomst moeten bevestigen. In beide scenario's probeer je het virus totaal te elimineren, dus uit de circulatie te houden. Dat is heel erg afhankelijk van het feit dat je voldoende testen moet hebben en vaak personen bij herhaling moet testen, dat geen enkele test perfect is, dus je fout-positieven en ook fout-negatieven gaat vinden, die maken dat dit een zeer intensief scenario is, nog even los van de compliance. In de praktijk komt nooit iedereen als ze zich kunnen laten testen, of ze onttrekken zich eraan. Het zijn ook scenario's die kwetsbaar zijn voor herintroductie, door opnieuw een import van buiten of doordat er een resthaard aanwezig is.

Ik wil ook nog wat van de onderzoeken laten zien. De groep van Marion Koopmans van het Erasmus MC heeft mij twee dia's gestuurd, die ik u wil laten zien als voorbeeld van wat we in Nederland tegelijkertijd proberen te leren. Ik heb u al even bij de eerste dia genoemd dat de groep van Jan Kluytmans al belangrijk onderzoek heeft gedaan naar de ziekenhuizen Amphia en het TweeSteden Ziekenhuis in Tilburg, omdat die als eerste waren getroffen door de corona-uitbraak, en met name naar de zorgverleners heeft gekeken. We zagen dat veel zorgverleners relatief weinig klachten hadden en er bovendien maar een gering percentage, veel minder dan in China, hoefde te worden opgenomen. Dat zijn belangrijke gegevens, waar we ons Nederlandse beleid verder op kunnen titreren. Ik wil benadrukken hoe belangrijk het is dat we zowel public health-, als ziekenhuis- als virusonderzoek doen naarmate dit gaande is. Daar kun je continu je maatregelen op fijnlijpen.

Nu laat ik een plaatje van het Erasmus zien, waarop de genetische verwantschap van de virussen staat aangegeven. U weet dat het een RNA-virus betreft. Als het zich vermeedert, maakt het foutjes. Die foutjes geeft het mee aan zijn nageslacht. Als het zich in één persoon vermeedert, kan dat leiden tot een foutje dat wordt doorgegeven naar een volgende persoon, waar vervolgens misschien weer foutjes worden gemaakt, die ook worden doorgegeven. Op die manier kun je verwantschapskaarten maken, zoals hier te zien is. U ziet in de felle kleuren de verschillende personen die ofwel als patiënt ofwel als ziekenhuismedewerker bekend zijn met deze infectie, waar het virus geïsoleerd is en vervolgens genetisch is geanalyseerd. Wat opvalt: u ziet bijvoorbeeld aan de linkerbovenzijde een cluster van rode blokjes en een paar rode driehoekjes. In één ziekenhuis waren er dus meerdere zorgverleners en een patiënt die een nauw verwant virus hadden. Dat mag je, voor de duidelijkheid, niet interpreteren als: de patiënt heeft een heleboel zorgverleners geïnfecteerd. U kunt zich voorstellen dat zorgverleners en patiënt in dezelfde stad wonen, en dat zo'n virus zich ook in de stad kan hebben vermeedert en uiteindelijk opgepikt is in het ziekenhuis. Er lopen dus allemaal selectiemechanismen door deze kaart, maar de essentie is dat je ziet dat de Nederlandse patiënten zich in meerdere clusters bevinden. Dat betekent dat het een divers beeld is, dat past bij meerdere, verschillende introducties vanuit het buitenland naar Nederland toe. Als er in Nederland één keer een introductie was en het zich daarna had verspreid, had dat een totaal ander plaatje opgeleverd. We hebben dus meerdere introducties, die zich steeds ofwel in familieclusters ofwel in

kleine clusters in een gemeenschap verspreid hebben en die geleid hebben tot een aantal ziekenhuisopnames, maar natuurlijk ook tot veel patiënten buiten het ziekenhuis.

Dit soort analyses leert ons dus veel over de potentiële verwantschap van gevallen, maar ook over hoe de epidemiologie in Nederland tot stand is gekomen. Omdat we het aantal reproducties binnen Nederland kennen, dus het aantal overgiften van het virus van de ene patiënt naar de andere patiënt – wat in Nederland natuurlijk nog maar relatief kort gaande is – weten we ook dat de maximale afstand die we hier zien niet past bij het feit dat dit allemaal in Nederland gebeurd is. Dit zijn in de Nederlandse situatie dus multiple introducties, die vervolgens leiden tot clusters op verschillende plekken.

Het tweede dat ik u wilde laten zien sluit misschien ook aan bij een aantal vragen die gingen over de testen en het testbeleid. Wat voor testen zijn er nu? Laat ik u eerst even meenemen met dit plaatje, want dit plaatje toont de eerste resultaten die het Erasmus heeft. Op het RIVM, en elders misschien ook, vindt soortgelijk onderzoek plaats naar de zogenaamde serologische reactie in het bloed op het virus. Wat gebeurt er? Het virus, dat u rechtsboven aangegeven ziet, komt in het lichaam, gaat in de lichaamscellen zitten en het lichaam gaat daar met het afweersysteem op reageren. Dat zal over het algemeen bij virussen een combinatie zijn van zogenaamde cellulaire afweer, het ontstaan van cellen die door het virus geïnfecteerde cellen aanvallen en daarmee ook het virus elimineren, en het ontstaan van antistoffen in het bloed.

Antistoffen zijn eigenlijk de krijgertjes van het afweersysteem. Die herkennen vreemde structuren en die worden opgewekt tegen een vreemde structuur. Je ziet bijvoorbeeld op het coronavirus allemaal van die spikes; daar ontleent het ook zijn naam aan. Je kan je voorstellen dat dat lichaamsvreemd materiaal is. Dat leidt ertoe dat het afweersysteem daar antistoffen tegen gaat maken en die antistoffen kunnen we meten in het bloed. In de verschillende grafieken ziet u resultaten voor verschillende types antistoffen, want je hebt helaas weer verschillende types. Je hebt IgG – dat is de linkergrafiek – en je hebt IgA. IgA is de antistof die zich in speeksel en op de lichaamsoppervlakte bevindt en IgG is wat in het bloed circuleert en bijvoorbeeld bij een longontsteking speelt.

U ziet in de grafieken dat het voor een aantal patiënten in de tijd is vervolgd. U ziet stijgende lijnen van de antistofconcentraties. Dit is dus eigenlijk de grondslag van de afweer die zich bij een patiënt ontwikkelt. Omdat ze doorstijgen en de patiënt inmiddels het virus heeft weggewerkt, kan je daarna bij iemand kijken of die in contact is geweest met het virus, want dat kan je dus terugvinden aan de hand van zijn antistoffen.

Dit wordt dus een belangrijke bepaling die we ook gaan doen in verschillende onderzoeken, die ik straks nog even kan noemen. Die onderzoeken zijn ook gericht op de kinderen, ook al moeten we die helaas door alle andere omstandigheden wat verlengen. Maar we kunnen bij personen in Nederland in het bloed vaststellen of zij de infectie hebben doorgemaakt. En of dat nou met weinig of met veel klachten is gegaan, naar het zich laat aanzien zal het zich gaan vertalen in een stijging van antistoftiters.

U ziet die IgA, die je overigens ook in het bloed meet maar die uiteindelijk naar het slijmvlies wordt getransporteerd, ook toenemen. Dat zijn de twee bovenste grafieken. Antistoffen zijn dan nog tot daaraan toe, maar wat je eigenlijk wil zien is dat die antistoffen ook kunnen voorkomen dat lichaamscellen geïnfecteerd worden door het virus. Dat noemen wij neutraliserende bepalingen. Dat doe je op celkweken. Dat ziet u aan de rechteronderzijde. In de grafieken daaronder is afgezet de neutraliserende titer op de x-as versus de ELISA, de bloedtiter, op de y-as. ELISA is een bepaalde methodiek om de bovenste grafieken te krijgen. U ziet dat er een goede correlatie is: er is een redelijke verbintenis tussen hoge titers en neutraliserend hoge titers in de ELISA-test. De ELISA-test is veel makkelijker uit te voeren, dus daar willen we naartoe. Vandaar dat dit soort

bewijzen nodig is om te laten zien dat de antistoftiters die je meet in die ELISA-test, zoals te zien in de bovenste twee grafieken, inderdaad ook beschermend zijn voor een patiënt. Dat volgt uit deze gegevens.

Wat kunnen we nou doen met zo'n test? We kunnen met zo'n test vaststellen of iemand contact heeft gehad met het coronavirus en daar afweer tegen heeft ontwikkeld. Je kan verwachten dat als je later een vaccin hebt, je precies dezelfde titers daarna kan meten. Maar we kunnen het nu dus meten voor Nederlandse personen, onafhankelijk van het feit of ze nou ernstig ziek zijn geweest of misschien weinig ziek. Die antistof-testen gaan dat ons vertellen, hopen we. Dat betekent dat verschillende onderzoeken zijn geïnitieerd om dat ook te vervolgen in de Nederlandse bevolking. Dit doen we ook om te kunnen weten hoelang maatregelen gehandhaafd moeten blijven. Dat is opnieuw een voorbeeld van hoe de wetenschap helpt om het beleid te titreren.

Dat doen wij in verschillende groepen. Allereerst hebben wij in Nederland het zogenaamde PIENTER-onderzoek. Daar heeft u misschien weleens van gehoord. Daarin wordt in wezen willekeurig door Nederland het bloed afgenomen van tussen de 8.000 en 10.000 Nederlanders. Dat gebeurt al elke drie tot vijf jaar. Daar baseren wij ons Rijksvaccinatieprogramma op. Ik hoop dus dat u daar al eens van gehoord heeft. We gaan dat nu herhalen om dit ook te kunnen doen. Als we dat een aantal keer herhalen door heel Nederland, kunnen we een indruk krijgen van hoe het coronavirus al dan niet aanwezig is geweest en het percentage van de bevolking dat immuun daarvoor is geworden. Dat is dus belangrijk onderzoek. Hetzelfde doen we in het onderzoek naar kinderen in Brabant. Omdat daar geen persoonlijke beschermingsmaterialen waren, hebben wij dat helaas ietsje moeten vertragen, maar dat is deze week dan begonnen. Het gebeurt ook in spijtsera. Wanneer iemand wordt opgenomen in het ziekenhuis en er bloed wordt afgenomen, blijft er vaak een klein beetje bloed over dat nog enige tijd bewaard wordt. Daar kan je gebruik van maken om heel breed te kijken hoeveel van die personen ook in aanraking met het virus zijn geweest. Ook dat is iets wat je kan vervolgen. Het zijn eigenlijk allemaal onderzoeken die het RIVM momenteel in samenwerking met universiteiten initieert om inzicht te krijgen in de verspreiding van het coronavirus in Nederland en het aantal personen dat inmiddels immuun is geworden. Dat nemen we weer mee in verschillende rekenmodellen, want uiteindelijk wil je natuurlijk maatregelen nemen om het virus onder controle te krijgen. Ik heb u met die R_0 laten zien dat we, denk ik, de goede kant opgaan. Maar je wilt uiteindelijk ook maatregelen om een soort exitstrategie te hebben, zodat je kan weten waarmee je kan stoppen zonder dat je het virus weer te veel laat toenemen. Daar zijn deze onderzoeken essentieel voor.

We noemen dit het serologisch onderzoek. «Sero» komt van «serum», het bloedvocht. Wij hebben natuurlijk ook de sneltesten. Ik denk dat we nog onvoldoende zijn geïnformeerd over hoe goed die zijn. Dat zijn testen waarbij je heel snel met een keelwab kan vaststellen of er al dan niet sprake is van een infectie. En we hebben de zogenaamde moleculaire testen. Daar is natuurlijk veel over te doen, omdat daar schaarste aan is. Dat heeft velerlei redenen. Ik kan daarvan zeggen dat daarvoor een taskforce is opgericht bij VWS, om daar goed beleid op te voeren. Dat betekent dat we afdwingen en vaststellen met z'n allen, met de beroepsgroepen en de stakeholders, bij wie we het nodig vinden om testen te doen en bij wie we dat minder nodig vinden. Daar maken wij schema's voor. We proberen het test aantal opnieuw goed af te stemmen op de behoefte daaraan. Ik denk dat ik hiermee bij mijn laatste dia ben. Ja. Ik wilde het hierbij laten nu.

De voorzitter:

Mag ik u hartelijk dankzeggen voor deze uitvoerige presentatie? Ik denk dat ik dat namens alle aanwezige leden doe. Ik geef als eerste mevrouw

Diertens de gelegenheid voor het stellen van een vraag. Ik wil u allen verzoeken een korte vraag te stellen, zodat wij voldoende tijd hebben om iedereen de gelegenheid te geven. Mevrouw Diertens namens D66, gaat uw gang.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Dank u wel voor deze zeer verhelderende presentatie van onderzoeken die zo belangrijk zijn om te kijken welke kant we op moeten. Nogmaals ook mijn hartelijke dank aan onze frontrunners die nu ook weer heel hard aan de bedden staan om mensen bij te staan. Nogmaals heel hartelijk dank daarvoor.

Ik heb een korte vraag over uw uiteenzetting over de besmettelijkheid: mensen moeten thuisblijven, ook als het in het gezin al aanwezig is. Wij krijgen best wel heel veel vragen over de mate van besmettelijkheid. Is het nu zo dat je bij geen symptomen toch besmettelijk kan zijn? Daar krijgen wij namelijk steeds meer geluiden over. Er zijn internationaal verschillende geluiden over wanneer men niet meer besmettelijk is als de symptomen weg zijn. Voor heel veel mensen is een grote vraag hoelang de overdraagbaarheid duurt. Wat is de tijd tussen dat je nog heel voorzichtig moet zijn en dat je dat niet meer hoeft te zijn?

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Van Dissel.

De heer **Van Dissel**:

Ik heb er de vorige keer ook al iets over gezegd. Ik zal het proberen nog weer uit te leggen. Het virus zit in de keel. Het virus begint zich te vermeerderen in de keel. Dat doet het op een moment dat het afweersysteem nog niet reageert. De zwelling, de ontsteking en het hebben van klachten zijn natuurlijk als het ware een afspiegeling van dat het afweersysteem er ook mee bezig is. Als iemand koorts krijgt, gaat het afweersysteem zelfs op het hele lichaam reageren. Er is dus altijd een fase waarbij het virus in de neus of keel aanwezig is, voordat er klachten zijn. Dat is vaak kort, want die klachten zullen natuurlijk bijna altijd snel volgen, want anders zou het virus maar doorgaan met zich vermeerderen in die cellen. Als iemand in die zogenaamde presymptomatische fase in de neus zit, of als er dan wat vocht uit de neus komt, kunnen zich daar wel degelijk grote hoeveelheden virus bevinden. Dan kan iemand door het vastpakken van een glas, of een deurknop, of een lichtknopje dat object natuurlijk besmetten, waardoor het kan worden doorgegeven.

De vraag is steeds: hoeveel draagt dit nou bij aan de totale overdracht van het virus? Daar zijn wij in alle eerlijkheid gewoon nog niet uit. Dat is ook moeilijk onderzoek doen, omdat dan in feite personen in de fase voordat er klachten zijn, moeten worden blootgesteld en daarna niet meer. Daarna moet weer een andere groep worden blootgesteld aan iemand die wel wat meer klachten heeft en dan niet meer. Dan kan je gaan kijken hoeveel mensen binnen die groepen steeds de besmetting hebben opgepakt. Daar zitten gewoon nog onduidelijkheden. Ik denk dat de essentie wel is dat de meeste personen zelfs bij lichte klachten toch uiteindelijk wel koorts of benauwdheid hebben of hoesten na een neusverkoudheid. Dat zie je ook in het onderzoek uit Breda en het TweeSteden Ziekenhuis. Het is dus een schaal waarbij het gering begint, maar het uiteindelijk over het algemeen wel doorgaat. Ik denk dus dat er zeker overdracht zal zijn in de fase voordat er meer klachten zijn. We denken dat we dat in belangrijke mate al kunnen tegengaan door goed handen te wassen, want dat is veel meer van handen wassen afhankelijk dan van de 1,5 meter voor de druppeltjes. Je niest en hoest dan immers nog niet, want dan noem je het wel klachten.

De symptomatische overdracht zal er zeker ook zijn, want anders zouden we bijvoorbeeld niet zien dat de overdracht in China werd teruggebracht

op het moment dat men eerder naar het ziekenhuis ging. Dat kan alleen maar wanneer er in de symptomatische periode ook belangrijke overdracht is. Ik denk dus dat het een combinatie is.

U vroeg naar het percentage en het tweede dat u vroeg was: wat zijn dan de consequenties daarvan met betrekking tot het beleid? Het beleid moet zich ergens aan vasthouden. Het beleid voor isolatie is dat men thuisblijft op het moment dat men neusverkouden is. Je kan dat natuurlijk niet voorspellen. Dat is simpelweg niet mogelijk, dus dat heeft altijd een bepaalde sensitiviteit en specificiteit. Dat kan niet veranderen.

U bent waarschijnlijk ook benieuwd naar wat er omgekeerd gebeurt als klachten stoppen. Als klachten stoppen, zie je eigenlijk dat die virusload al enige tijd bezig is om zich te verminderen. Vandaar dat wij met de experts in het OMT hebben gezegd: wij houden praktisch aan dat iemand 24 uur klachtenvrij moet zijn voordat die wordt beschouwd als niet meer besmettelijk. Ik wil benadrukken dat dat niet betekent dat als je een neusswab zou nemen, daar nooit meer een virus in zit. Maar het gaat allemaal ook om aantallen en om mechanismen van overdracht. Als iemand de hele ziekte heeft doorgemaakt, als hij heeft gehoest en koorts heeft gehad, dan zie je aan het eind van die klachten het virus afnemen. Met die afname gaat ook de kans omlaag dat iemand het overdraagt. Je moet ergens een praktisch punt kiezen. Als je de luxe hebt dat je veertien dagen kan doen, dan kan je met veertien dagen ongetwijfeld zeker zijn. Maar wij weten opnieuw uit de ervaringen in Brabant dat dat 24 urenbeleid een verstandig beleid is en niet leidt tot bijvoorbeeld verspreiding in het ziekenhuis, wat je dan zou verwachten.

De voorzitter:

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

De heer Asscher (PvdA):

Dank u wel voor de glasheldere presentatie. Ik denk dat dat ons ontzettend helpt. Mijn vraag gaat over het voorzichtig positieve bericht dat u geeft dat die besmettingsfactor op de 1 is, of daar net onder is gedaald. Uw waarschuwing daarbij is dat het weer heel snel kan toenemen als wij in grote groepen bij elkaar komen. Als ik kijk naar het model met deze vele lijnen in kleuren dat u heeft gegeven, dan zou mijn vraag zijn: betekent dat die lijnen allemaal tot oktober doorlopen dat het beleidsmatig nu eigenlijk al duidelijk is dat we in ieder geval tot na de zomer geen hele grote evenementen meer kunnen hebben? Ik heb het over tienduizenden mensen bij elkaar in een voetbalstadion, of vergelijkbare massa-evenementen. Ik vraag dit omdat ik denk dat de compliance in heel Nederland heel hoog is en mensen heel graag willen helpen, maar dat het ook van belang is om een beetje te weten hoelang we dit moeten volhouden om met z'n allen onder die ic-capaciteitslijn te kunnen blijven.

De heer Van Dissel:

Dit betreft echt voorspellen. Dat is natuurlijk altijd ingewikkeld. We hebben evenementen nu al wat verder weggestopt dan de andere interventies. Het spectrum aan rode lijnen dat u daar ziet, gold voor de situatie tot maandag, want we hebben nog een aantal dingen toegevoegd. Ik heb u aan de hand van die andere grafiek laten zien dat wij eigenlijk verwachten dat we nog wat beter komen te zitten. Het beleid zou erop gericht moeten zijn dat we proberen om het beheersbaar te maken. Dat moet allemaal nog volgen. Ik denk dat we daar niet op moeten vooruitlopen, maar als we het gevoel hebben dat het beheersbaar wordt, dan zou je kunnen kijken wat letterlijk de meest verstandige exitstrategie is. Wat zou je dan kunnen laten varen om toch weer wat meer maatschappelijk leven mogelijk te maken, terwijl je wel zeker weet dat je binnen de grenzen blijft die je wilt bereiken? Ik denk dat dat de grote opgave is, maar voor nu is het echt te vroeg om daar voorspellingen over te doen.

We willen eerst zorgen dat we het redden met de ic. U moet zich voorstellen dat we, zelfs als we nu effectief op 0 of 1 zouden staan, toch nog een toename zouden kunnen verwachten van de druk op de ic, ook omdat men er soms wel drie of vier weken ligt. Dat maakt dat we niet alleen het aantal opnames moeten voorspellen, maar ook de duur daarvan. Ik denk dus dat we momenteel nog een heleboel onzekerheden hebben. We zien een aantal gunstige signalen, die ons sterken in de aanpak, maar het moet allemaal wel bevestigd worden. Om helemaal naar oktober door te denken, zou mij te ver gaan, maar u heeft wel gelijk als u zegt dat wij verwachten dat wij hier nog wel enige maanden mee bezig zijn. Daar heeft u helemaal gelijk in.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg, CDA.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Op de eerste plaats ook van mijn kant alle complimenten aan meneer Van Dissel en meneer Gommers voor het feit dat zij hier vandaag weer zijn, want zij, en heel veel mensen met hen, werken al weken 24/7. Ik zou graag een vraag willen stellen over het testmateriaal. Dat is nu niet voldoende beschikbaar. We hebben volgens mij in Nederland nu iets van 1.300 testen gehad en in Duitsland worden er 160.000 per week gedaan. Ik vroeg mij dus af of u iets kunt zeggen over de beschikbaarheid. Wat is de beschikbaarheid op dit moment, wat is de verwachte beschikbaarheid, en wat zou het beleid zijn als u wel voldoende testmateriaal zou hebben? Er zijn nu immers heel veel mensen die denken: ik ben flink ziek geweest en ik ben toch eigenlijk wel heel benieuwd of ik dat virus nu gelukkig achter de rug heb of dat het een gewone griep was.

De heer Van Dissel:

Dat zijn eigenlijk twee verschillende vragen. Ik begin met de laatste. Op den duur kunnen we dat doen met die serumtest. Die serumtest noemen wij een ELISA-test. Ik wil niet zeggen dat dat een makkelijke test is, maar daar hoeft u niet dezelfde problemen mee te verwachten als met de moleculaire test. U noemde het getal 1.300. Ik wil in herinnering brengen dat er inmiddels zo'n 38.000 testen zijn gedaan in Nederland. Het is dus niet zo dat er niet getest wordt, maar het is wel zo dat die testen momenteel limiterend zijn, ook deels door de aanpak. Dat zit «m niet altijd meteen in de test zelf, maar soms ook in de wijze waarop je gebruikmaakt van robotisering om vanuit de swab het RNA dat je uiteindelijk wilt testen op te werken. Die schaarste zit dus op velerlei potentiële terreinen. Die kan ook bestaan uit het feit dat onderdelen soms schaars kunnen zijn op het zogenaamde platform waar die testen worden gedaan – dat is de aanduiding – waardoor de rest van de test eigenlijk ook niet kan plaatsvinden. Dat is een beetje de situatie.

U heeft ook kunnen horen dat er in andere delen van Nederland misschien meer testcapaciteit kan zijn. Dat kan bijvoorbeeld komen doordat ze van andere platforms gebruikmaken. Ik denk dat wij dat natuurlijk zo veel mogelijk zouden willen uitwisselen, zodat wij kunnen gebruikmaken van elkaars mogelijkheden. Op VWS is er een taskforce daarvoor. Die probeert dat beleid om nieuw materiaal te krijgen en binnen Nederland te verspreiden zo goed mogelijk te regelen, ook naar de fabrikanten toe.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Krol, 50PLUS.

De heer Krol (50PLUS):

Ook mijn dank voor deze presentatie. Ik hoop natuurlijk, vooral voor mijn achterban, dat er snel voldoende beschermende middelen komen voor alle mensen in de thuiszorg en de mantelzorg, maar mijn vraag gaat over

de mensen die genezen zijn. Ik hoorde vanochtend dat bloedbank Sanquin heel graag onderzoek wil doen naar bloed van mensen die genezen zijn. Zij willen daar plasma uit halen om anderen te helpen. Ik hoor van andere onderzoekers dat zij bij mensen die genezen zijn, willen gaan onderzoeken wat daar beter is gegaan dan bij mensen die ziek blijven of eraan onderdoor gaan. Waarom zijn wij zo'n beetje het enige land ter wereld waarin de cijfers van de mensen die genezen zijn, niet worden bijgehouden?

De heer Van Dissel:

Om met dat laatste te beginnen: het systeem OSIRIS, waar we gebruik van maken voor de melding van besmettelijke ziektes, heeft momenteel niet de mogelijkheid om genezing op te pakken, dus dat moet apart worden geregistreerd. Er zijn zeker acties om dat in kaart te brengen, want dat is natuurlijk net zo belangrijk als het weten van het aantal zieken. Ook daarvoor geldt dat je je moet realiseren hoe groot het deel is dat zich helemaal aan de onderzijde van de piramide bevindt. We verwachten dat er een hele groep mensen zal zijn die deze infectie zullen doormaken zonder dat ze ooit medische hulp zullen zoeken. De vraag is natuurlijk of we die groep gaan vinden door het te meten.

Wat we wel vinden... Dan kom ik terug op uw vraag over Sanquin.

Sanquin wil eigenlijk bij patiënten die helemaal zijn hersteld ook naar die antistoffen kijken. Sanquin heeft de technische mogelijkheid om die antistoffen ook door bloedafname uiteindelijk te concentreren tot een product. De vraag is natuurlijk of we bijvoorbeeld kwetsbare personen kunnen beschermen door ze een infuus te geven met een dergelijk product. Dat is eigenlijk de hele routing waaraan men denkt. Sanquin maakt in feite gebruik van wat ik u toonde in het onderzoek van het Erasmus, namelijk die antistoffen. Je kan je voorstellen dat het aantonen van antistoffen antwoord geeft op de vraag of je de infectie hebt gehad, maar Sanquin geeft een follow-up daaraan door de vraag te stellen: kan ik door het concentreren van die antistoffen een product maken dat misschien ook een therapeutische toepassing kent? Dat is eigenlijk hoe die zaken met elkaar samenvallen.

De voorzitter:

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

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Dank aan de heer Van Dissel. Ik heb een vraag over een grafiek. Ik heb helaas geen paginanummers bij de sheet staan, maar het gaat over de grafiek waarin we verschillende scenario's zien voor het aantal bezette ic-plaatsen. Ik zie hier dat wordt uitgegaan van 1.200 beschikbare ic-plaatsen voor coronapatiënten. Met de maatregelen die tot 23 maart golden, gaan we in de maanden april, mei en juni gewoon dwars door de beschikbare capaciteit heen en dat is uitermate zorgelijk. Dat is de rode lijn. Vervolgens is er een groene lijn ingetekend met «thuisisolatie voor het gezin». Ik concludeer dus dat dit een ontzettend belangrijke maatregel is om binnen de beschikbare capaciteiten te blijven. Het is mij is opgevallen dat deze maatregel toch wat lijkt te zijn ondergesneeuwd in de veelheid aan maatregelen die nu naar voren zijn gebracht, terwijl de heer Van Dissel hem heeft aangeduid als uitermate belangrijk. Zou niet veel urgenter onder de aandacht moeten worden gebracht, ook bij het grote publiek, dat dit een van de meest cruciale maatregelen is?

De heer Van Dissel:

Duidelijk. Het voegt zeker iets toe. Ik wil het even uitleggen. Het is namelijk geen nieuwe maatregel. Deze maatregel is eigenlijk als allereerste maatregel geïnitieerd toen wij personen in Brabant opriepen om bij klachten thuis te blijven. In feite is dat al die syndromale benadering van

isolatie. Dit was dus eigenlijk de allereerste maatregel. Daarna zijn we die maatregel gaan concentreren. We deden dat toen we die bepalingen, die testen, nog konden doen om bevestigde gevallen te krijgen. Bij bevestigde gevallen informeerde de GGD het hele gezin over wat er gaande was. Het gezin ging dan ook in sociale distancing. Als er meerdere personen binnen het gezin positief werden, werden die aanvankelijk ook nog getest. Toen dat niet meer kon, is daar ook van afgestapt. Dan ging je ervan uit dat het hele gezin besmet was en ging het gezin in isolatie.

In feite is wat we nu zeggen nog steeds een continuering daarvan. Het verschil is alleen dat wij het nog een keer wilden benadrukken. Daarom is het nog een keer apart genoemd, maar wij propageren al geruime tijd – ik weet niet precies sinds hoeveel weken, want de tijd gaat zo snel – om tegen personen die ziek zijn te zeggen dat ze thuis moeten blijven. Dat is een heel belangrijke maatregel, omdat je daarmee het probleem van de infectie eigenlijk gaat beperken tot één huishouden. Dat is exact de achtergrond daarvan. Ik denk dat u er helemaal gelijk in heeft dat we het misschien nog meer op de voorgrond moeten zetten. Dat was ook de reden om het weer extra omhoog te halen afgelopen maandag. Maar het is in feite een maatregel die al enkele weken geldt.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Van der Staaij, SGP.

De heer Van der Staaij (SGP):

Ook van mijn kant veel dank voor de heldere presentatie. Ik heb nog een vervolgvraag op het punt van het testen. Stel dat er wel snel meer testmateriaal komt, hoe zou u dat dan het liefst willen inzetten? In hoeverre kan meer testen en traceren, de methode die in het begin is gebruikt, nog aanvullend van waarde zijn om in gebieden waar nog geen grote verspreiding is, wel te proberen het de kop in te drukken en daarmee de ic-capaciteit zo veel mogelijk te ontzien?

De heer Van Dissel:

Helder. Als we in ruime mate over testen zouden beschikken, zou je naar zo'n track-en-traceaanpak kunnen gaan, waarbij je heel erg ruim test om de personen die geïnfecteerd zijn inderdaad te identificeren, te herkennen. Dan kom je in feite weer in het bovenste scenario van het plaatje dat ik hier heb laten zien. Je kan dan met grote zekerheid vaststellen wie wel en niet de infectie heeft, waardoor de aanpak natuurlijk veel effectiever wordt, ook naar de contacten toe. We doen nu nog steeds een beetje een targeted lockdown, of hoe je het ook wilt noemen, waarbij we het op basis van syndromen doen. Dat is dus op basis van klachten. Als je die klachten door testen nog specifiek kan koppelen aan het ziektebeeld, dan gaat je succes in de bestrijding ook omhoog.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Azarkan, DENK.

De heer Azarkan (DENK):

Dank aan de heer Van Dissel voor zijn uitgebreide, maar ook indringende, presentatie. Ik wilde even naar de sheet die na de sheet over het reproductief nummer komt, de sheet met de scenario's waar collega Dik-Faber al aan refereerde. Het gaat even om de maatregelen tot 23 maart. We zien eigenlijk dat we zo'n beetje rond 3 april een groot probleem hadden, omdat we de beschikbare ic-capaciteit dan volledig zouden benutten. Er zijn natuurlijk best veel kritische opmerkingen geweest over de maatregelen die zijn genomen. Mijn vraag aan de heer Van Dissel is: op welk moment was het helder dat de tot 23 maart genomen maatregelen zouden leiden tot een groot probleem, tot een tekort aan capaciteit op de ic?

De heer **Van Dissel**:

Voor de duidelijkheid: de ic staat hier ingestippeld op de oude standaard-hoeveelheid bedden, maar daar moet mijn collega zo maar op ingaan. Daar zit rek in en dat wisten wij natuurlijk. Dat is één met betrekking tot het stippelijntje dat hier staat. Dat zijn de ic-bedden voordat alle acties zijn ondernomen die zijn ondernomen. Maar we wisten dat daar een soort harmonica in zou zitten, om dat mogelijk te maken. Het tweede waar ik u op wil wijzen, is dat alle scenario's, zelfs het parse scenario, initieel niet te onderscheiden zijn. Dat kunt u hier ook wel zien. U ziet dat eigenlijk alle lijnen over elkaar lopen. Omdat we naar eind maart gaan, zien we nu pas aan de actuele getallen dat we inderdaad aan de rechterzijde zitten. Verder wil ik u erop wijzen dat het groene scenario in feite gold vanaf het begin. Dat heb ik net ook proberen uit te leggen. Het is hier alleen op verschillende wijzen qua indringendheid ingetekend. We hebben natuurlijk steeds aangegeven dat iemand bij klachten thuis moet blijven. Dat zijn eigenlijk de zelfherkenning van potentiële gevallen van corona-infectie en de zelfisolatie. Dat is de meest krachtige maatregel die je kan nemen. Je kan immers wel tegen Groningers zeggen dat zij niet meer naar buiten mogen, maar dan weten we al dat het aantal gevallen waarin je dat terecht doet, misschien 1 op de 50.000 is. Dat betekent dat je als het ware een soort overkill moet plegen met maatregelen. Dat is wat ik net met de huisjes probeerde te illustreren. We hebben eigenlijk steeds geprobeerd om te voorspellen wat we het beste kunnen doen, ook naargelang van de maatschappelijke impact daarvan. Als je dan in het weekend ziet dat die compliance misschien toch wel een extra push kan krijgen, dan kunt u zich voorstellen dat je daar de dag daarna weer extra aandacht aan geeft. Dan ga je misschien nog indringender naar een groen scenario in plaats van een rood scenario. Maar dat groene zat eigenlijk altijd al in het pakket van maatregelen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Hijink, SP.

De heer **Hijink** (SP):

Wederom dank aan onze gasten voor hun komst. Ik heb een vraag over de beschermingsmiddelen en het testmateriaal die beschikbaar zijn voor met name de ouderenzorg, maar ook voor de thuiszorg en de gehandicaptenzorg. Wij horen heel veel geluiden van zorgverleners en ouderen dat zorgverleners zonder materiaal hun werk moeten doen en dat zij heel moeilijk aan een test kunnen komen als zij wel klachten hebben, terwijl zij juist met de meest kwetsbare mensen in contact staan. Mijn vraag is: wat zijn nu precies de richtlijnen van het RIVM om hiermee om te gaan en om juist binnen deze groep verspreiding te voorkomen? Daar hoort nog de vraag bij wat nu het perspectief is voor met name de ouderenzorg. Dat gaat dan over de verpleeghuizen en de thuiszorg. Wat is het perspectief voor die ouderen die nu in isolatie zitten en dus geen bezoek mogen krijgen? Als dit nog vele maanden gaat duren, gaat dat toch hele nare bijeffecten hebben voor deze groep? Ik vroeg mij dus af of er al iets meer gezegd kan worden over de termijn waarvoor deze maatregelen gaan gelden? En wat is straks voor de langere termijn de bedoeling? Bij deze groepen moeten we afstand bewaren, terwijl zij wel vaak hele fysieke zorg nodig hebben. Hoe kijkt u daarnaar?

De heer **Van Dissel**:

Een deel van de vragen die u stelt – het zijn heel terechte vragen – herken ik natuurlijk, maar eerlijk gezegd vind ik het wel beleidsvragen. Wat ik kan doen, is invullen hoe we daar vanuit het OMT, vanuit de wetenschap, naar kijken, want ik denk dat we dat hier moeten doen. Wij menen natuurlijk dat de testen en de persoonlijke beschermingsmaterialen gebruikt moeten worden, want dat zijn middelen om de infectieoverdracht tegen te gaan.

Dat betekent dat, als er schaarste ontstaat – dat is natuurlijk niet alleen in Nederland, maar ook buiten Nederland zo – je er vervolgens op kan worden aangesproken daarin prioriteringen aan te brengen. En dat is wat het OMT doet. Het heeft dus prioriteringen aangebracht. Op dit moment, in deze fase van de uitbraak, vinden we bijvoorbeeld bij de eerste twee ouderen in een verpleeghuis testen altijd nodig bij personen die kwetsbaar zijn om andere redenen, bijvoorbeeld omdat ze medicijnen gebruiken of een onderliggende problematiek hebben. Die lijsten vindt u allemaal terug op de RIVM-website. Die zijn open voor iedereen. Daarin geven wij aan waarop men de testcapaciteit volgens ons moet richten. Dat is ook wat de taskforce binnen VWS aanhoudt om dat zo in heel Nederland met elkaar in evenwicht te brengen. Ik denk dat het bij het OMT ligt om te prioriteren, gegeven wat er wel of niet mogelijk is. Die prioritering is uitgewerkt. Die is ook uitgewerkt voor de persoonlijke beschermingsmiddelen, want ook daar is natuurlijk schaarste in, ook al lijkt dat nu weer ietsje beter te gaan.

Uw tweede vraag had betrekking op de verpleeghuizen. Daarover is nu gezegd: geen bezoek. Dat is natuurlijk een redelijk draconische maatregel voor iemand die in een verpleeghuis ligt. Tegelijkertijd is dit wel een groep die nu kwetsbaar is gebleken. Daar hebben zich zeker problemen voorgedaan als daar wel gevallen zijn. In alle realiteit moeten wij ons realiseren dat de infectie naar verwachting in ieder geval nog maanden onder ons kan zijn. De kwetsbare groep moet eigenlijk al die tijd zo veel mogelijk tegen elke introductie worden beschermd. Uiteindelijk kan daar een ander beleid op worden gevoerd, maar als de wetenschap de vraag wordt gesteld hoe we dat het beste kunnen doen, dan is dat natuurlijk op dit moment toch het antwoord. Want ook al zal de infectie dan misschien beter onder controle blijven, we weten dat die er natuurlijk nog wel is. Dat maakt altijd dat elke introductie in een kwetsbare groep meer consequenties zal hebben dan een introductie buiten die groep. Ik denk dat dit een hele moeilijke vraag is, want ik kan me heel goed indenken dat je die groep niet zo lang zonder contact wil laten. Dat is denk ik een hele terechte vraag. Dit soort dingen moeten we natuurlijk in onze maatregelen meenemen, maar uiteindelijk is de vraag wat je in een exitstrategie exact doet, wel een beleidsvraag. Maar ik kan me uw vraag honderd procent indenken, want ik moet er niet aan denken dat je daar een oudere of een familielid hebt waar je geen fysiek contact mee kan hebben.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Veldman, VVD.

De heer Veldman (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de heer Van Dissel voor opnieuw een hele heldere en duidelijke presentatie. Ik heb een vraag over cijfers. In deze onzekere tijd zoeken natuurlijk heel veel mensen naar houvast, en cijfers kunnen houvast geven. Tegelijkertijd zie ik allerlei vergelijkingen voorbijkomen, met Italië, met Duitsland, met Singapore, met Zuid-Korea. Dat zijn allemaal landen waarin meer wordt getest of waarin de aanpak anders is. Die vergelijking is dus niet altijd helemaal passend. Voor alle Nederlanders die zoeken naar houvast is mijn vraag dan: op welke cijfers, getallen of meetpunten kunnen wij ons in Nederland volgens u het beste richten? Met welk ander land zou u het liefst een vergelijking maken om een vergelijkbare aanpak te zien en dus ook te meten of we nou op de goede weg zitten?

De heer Van Dissel:

Cijfers zijn een probleem. Kijken naar het aantal bevestigde gevallen biedt eigenlijk geen goede reflectie van wat er gaande is, want we weten dat een heleboel gevallen niet worden getest. Dat hebben we nog eens bevestigd gezien in het onderzoek in Breda en het Elisabeth-TweeSteden

Ziekenhuis in Tilburg. Dat is in feite dus niet een goed getal. Eigenlijk zou ik dat ook wel willen loslaten, want dat geeft alleen maar veel verwarring en men gaat het plotten tegen Italië, tegen Duitsland et cetera. De meest harde cijfers die we hebben, zijn eigenlijk de cijfers over de ziekenhuisopnames en de noodzakelijke overgang van daaruit naar de ic. Dat zijn cijfers waarbij je verder niet kunt discussiëren over de vraag of het wel of niet gebeurt. Die zijn er nu eenmaal. Bij de ziekenhuisopnames wordt bijna in alle gevallen ook nog bevestigd dat het inderdaad om deze infectie gaat, over het algemeen via de test en in sommige gevallen via de CT-scan, die daar ook gevoelig voor is. Dat zijn eigenlijk de meest harde gegevens. Dat betekent al meteen dat internationale vergelijkingen erg complex worden, want die zijn wellicht ook een reflectie van het opnamebeleid in verschillende ziekenhuizen en de toegang tot zorg. Er zijn ook talloze factoren die cultureel bepaald zijn en hier weer doorheen gaan spelen. Dus helaas is het antwoord een beetje dat het gewoon heel ingewikkeld is om heel hard te kunnen zeggen wat de cijfers van het land zijn en of we het in vergelijking met andere landen nu beter, slechter of even goed doen. Uiteindelijk komt het denk ik toch neer op de details die ik u ook geef. Je zou eigenlijk willen dat meer landen de berekeningen doen die wij hopelijk doen om duidelijk te maken hoe het met zo'n overdrachtsparameter gaat – want dat is natuurlijk wel een relatief hard getal – en wat de reflectie daarvan is in ziekenhuisopnames. Dus ik denk dat dit inderdaad heel moeilijk is. Kijk je internationaal, dan zie je dat het aantal met name in de Verenigde Staten heel erg toeneemt. Omdat je de onderliggende bevolking niet voldoende kent, is het moeilijk om in te schatten hoe dat nou precies zit en wat nou precies de noemer bij die getallen is. Voor nu zou ik het in Nederland dus toch willen houden op ziekenhuisopnames en de ic, omdat dit een reflectie geeft: worden inderdaad zieke patiënten opgenomen? Een heleboel vergelijkingen met het buitenland zijn echt heel erg moeilijk exact te maken.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Ouwehand, Partij voor de Dieren.

Mevrouw Ouwehand (PvdD):

Voorzitter, dank u wel. Ook over het testen. Verschillende collega's hebben daar al vragen over gesteld. Ik meen uit de antwoorden te kunnen opmaken dat we wel gewoon zouden testen als er wel voldoende testcapaciteit was. Maar dan is er in de media wel een misverstand ontstaan, want ik heb verschillende berichten gezien waarin het RIVM zegt: ook als er voldoende testcapaciteit zou zijn, dan zouden we het vanuit het oogpunt van volksgezondheid toch niet doen. Daardoor krijgen mensen misschien het gevoel dat ze niet hun best doen om voldoende testcapaciteit te regelen. Dus misschien is het goed om dat op te helderen. Mijn specifieke vraag gaat over het advies «blijf thuis als een lid van je gezin klachten heeft, maar niet als je in een vitaal beroep werkt». De testcapaciteit en de beschermingsmaterialen zijn beperkt. Loop je dan niet het risico dat mensen die in de zorg werken, een ziek familielid thuis hebben en gaan werken zonder te zijn getest en zonder dat zij over de juiste beschermingsmaterialen beschikken, zo toch kwetsbare mensen besmetten?

De heer Van Dissel:

Uw eerste vraag. Ik denk dat we allemaal in ruime mate over de testen zouden willen beschikken. Ik heb u eerder voorgerekend dat het echt om miljoenen testen gaat als je dat bij een bevolking zoals in Nederland bij herhaling zou moeten toepassen. En die testen zijn er momenteel niet. Mochten die er wel zijn, dan moet je dat natuurlijk afzetten tegen wat we nu doen: zou dat al of niet een wijzer beleid zijn? Ik denk dat we dat nu gewoon niet weten. Ik heb alleen aangegeven dat zo'n beleid in Singapore

succesvol is geweest. Je kunt je voorstellen dat het in Nederland of in delen van Nederland – we hebben verschillende regio's met een verschillende druk wat betreft het aantal infecties – een verschillend effect kan hebben. In de noordelijke provincies proberen we ons momenteel nog steeds veel meer op individuele gevallen te richten dan in Brabant mogelijk is. Er zijn dus regionale verschillen; die reflecteren wat er precies speelt onder de bevolking. Als we ruimer over testen zouden beschikken, dan zouden we daar nog beter op kunnen inspelen. Het is niet dat ik nu denk dat een beleid zoals je dat weleens in Zuid-Korea ziet – iedereen wordt langs de snelweg ter plekke getest –... Weet je, dat moet je toch betrekken op de Nederlandse situatie. We hebben die mogelijkheid niet, dus wat mij betreft wordt dat dus een beetje koffiedik kijken. Mochten we die mogelijkheid wel hebben, dan zullen we natuurlijk kijken, ook in de modellen, wat we daarmee kunnen bereiken en of we daarmee meer succesvol kunnen zijn dan met wat we momenteel doen. Maar nu is het geen optie.

Voor de duidelijkheid even het volgende over thuisblijven bij klachten en de cruciale beroepen, waar u op doelde. Iemand blijft thuis bij klachten, ook iemand met een van deze beroepen. Alleen, voor deze beroepen hebben we weer specifieke flowschema's gemaakt: wanneer worden ze wel of niet getest? Het gaat erom dat iemand thuisblijft als hij klachten heeft; zou hij getrouwd zijn met iemand met een cruciaal beroep en zou het gezin ook in isolatie gaan, dan mag degene met dat cruciale beroep werken als hij nog gezond is. Het gaat er dus niet om dat iemand met een cruciaal beroep die klachten heeft, werkt.

Mevrouw **Ouwehand** (PvdD):

Wordt zo iemand dan getest? En is er wel voldoende beschermingsmateriaal?

De heer **Van Dissel**:

Voor verpleegkundigen of artsen hebben we een heel algoritme gemaakt waaruit blijkt bij welke klachten zij precies getest moeten worden. Dat gebeurt zeker. Daarvan ziet u ook de resultaten in het onderzoek uit Breda, want daar is het geëffectueerd. Op grond van die gegevens hebben we juist de schema's opgesteld. Het antwoord is dan dus ja.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Jansen, PVV.

De heer **Jansen** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan beide heren voor hun aanwezigheid hier en aan alle mensen die achter de schermen gewerkt hebben aan de cijfers die wij vandaag hebben gehoord. Ik laat mijn vraag vallen, niet uit disrespect voor de heer Van Dissel, maar ik kijk naar de tijd en ik wil ook heel graag aan de heer Gommers een vraag stellen. Dank u.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Het lid Van Haga. Gaat uw gang.

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

Dank u wel, voorzitter. Toch nog een vraag over testen en isoleren. Het lijkt mij dat informatie vergaren belangrijk is en dat intensief testen en isoleren het reproductiegetal omlaag kunnen brengen. Mijn vraag is dus: hoever zou het reproductiegetal omlaag gebracht worden als we wel de mogelijkheid zouden hebben om intensief te testen? En hoe zou zich dat verhouden tot de andere maatregelen die wij nemen? Sommige maatregelen zijn extreem maatschappij-ontwrichtend. Intensief testen en isoleren zijn dat, zo lijkt mij, veel minder.

De heer **Van Dissel**:

Opnieuw: de situatie is niet zo dat we dat allemaal zouden kunnen doen. In landen waarin dat wel kon of in stadstaten zoals Singapore is het teruggebracht tot een R van nul, want het was er niet meer, maar tegelijkertijd weten we dat daar nu weer gevallen zijn. Dat geeft ook weer de kwetsbaarheid van het geheel weer. Nederland is natuurlijk ook niet geïsoleerd. Wij zijn ook in belangrijke mate afhankelijk van wat België doet, van wat Duitsland doet en van wat Frankrijk doet met betrekking tot het al of niet loslaten van bepaalde maatregelen of het instellen daarvan. Een van de voorbeelden is natuurlijk het sluiten van de kroegen in België geweest. Als dat in het buurland gebeurt en daarvan het resultaat is dat iedereen over de grens gaat om bij ons in de kroeg te zitten, dan word je natuurlijk wel gedwongen om daarop te acteren. Als één land dus al de luxe zou hebben dat het iedereen kan testen, dan maakt het zich dus uiterst kwetsbaar voor elke introductie van over de grens. Dat kan niet anders. Daar kunnen natuurlijk personen tussen zitten die de infectie hebben. Dan moet je dus gereedstaan om steeds weer dat hele scenario te gaan uitvoeren op het moment dat er weer voldoende mensen zijn en de infectie weer wordt opgepikt. Nu er soms zo weinig klachten zijn, kun je je voorstellen dat het bijna onmogelijk wordt om dan altijd weer het allereerste geval te vinden en dan heb je steeds weer te maken met toch een behoorlijke uitbraak. Dat is dan dus echt laveren tussen een beleid van track and trace, waarbij je je realiseert dat het moeilijk zal zijn om alle initiële introducties meteen terug te vinden, en het nemen van maatregelen die natuurlijk invloed hebben op de maatschappij maar waarvan je hoopt dat je die toch weer deels kunt loslaten als je over de ic-piek heen bent. Ik denk dat dat de balans zal worden.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Ellemeet, GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel. Ook namens mij veel dank voor uw aanwezigheid en uw geweldige werk en inzet.

Ik wilde even terug naar de grafiekjes met rode en groene lijnen. De rode lijnen zijn natuurlijk zorgelijk, ook al wordt de ic-capaciteit nu opgeschaald. Het is dus belangrijk dat we zo dicht mogelijk bij de groene lijn komen. De rode lijnen gaan over de maatregelen tot maandag. De groene lijn gaat over de maatregelen na maandag. Er is dus wel degelijk een verschil tussen de maatregel die we al eerder hebben genomen – blijf thuis als je zelf ziek bent – en de maatregel die we vanaf maandag hebben genomen: blijf met het hele gezin thuis als iemand ziek is. Zoals het hier staat en zoals ik het begrijp, gaat die groene lijn over de maatregel die we vanaf maandag hebben genomen: blijf met het hele gezin thuis als iemand ziek is. De heer Van Dissel zei eerder – of ik heb hem niet goed begrepen – dat de groene lijn al eerder is ingezet dan maandag. Kan hij dat toelichten? Zoals het hier staat en zoals eerder in de presentatie is toegelicht, is dat niet het geval.

De heer **Van Dissel**:

Ik kan me de vraag goed voorstellen, hoor. In feite gaat het om het verschil in compliance met die maatregel.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Maar welke maatregel? De maatregel die vanaf maandag is genomen?

De heer **Van Dissel**:

Ja, die maatregel van maandag, waarvan ik al aangaf dat die in essentie al eerder gold. Hier ziet u hoe de lijn loopt als die maatregel bijna volledig wordt nageleefd.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Nog even ter verheldering. De heer Van Dissel zegt: zoals die in essentie al eerder gold. Maar er is echt een wezenlijk verschil tussen de maatregel die al eerder is afgekondigd, namelijk «blijf thuis als je zelf ziek bent», en de maatregel die pas vanaf maandag is afgekondigd, namelijk «blijf met het hele gezin thuis». Het zou helpen als helder wordt of het gaat om de maatregel «blijf zelf thuis als je ziek bent». Zit die ook in die groene lijn?

De heer **Van Dissel**:

Nee. Er is een gradatie aangebracht. Er is ook maandag gezegd: blijf thuis als je bijvoorbeeld neusverkouden bent; gaat dat door tot koorts en/of hoesten en/of benauwdheid, dan gaat het gezin in isolatie. Ik heb u, hopelijk, al uitgelegd dat dat eerder ook het beleid was bij bevestigde gevallen. In die zin is het dus niet nieuw. Maar voor al deze lijnen wordt gerekend met een bepaalde compliance. We gaan er dus nooit van uit dat de maatregelen voor 100% worden nageleefd, want dat is niet de realiteit; zo werkt het niet. De groene lijn die u hier ziet, geldt als het aspect «blijf zelf thuis als je ziek bent en ga, als de ziekte duidelijk toeneemt, met het gezin in isolatie» veel steviger wordt ingebracht. Dat verschil ziet u hier. Ik kan me uw vraag voorstellen: we deden het al eerder, dus hoe kan dat dan? Eerder deden we het op andere wijze, omdat we het toen konden bevestigen met een test, maar dat hebben we moeten loslaten. Dan ga je er daarna dus mee rekenen dat uiteindelijk veel minder mensen dat ook daadwerkelijk zullen doen. De groene lijn is de situatie als ze het wel doen. Ik heb daarbij al ingebracht dat die groene lijn minder gunstig wordt als de mensen met cruciale beroepen – de partner, als die dan niet ziek is – toch weer in staat zijn om te werken. Dan verwacht je dus – daarom heb ik die pijl hier ingetekend – dat de daadwerkelijke lijn zich ergens daartussenin gaat begeven.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Van Kooten-Arissen.

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

Voorzitter. Ook namens mij veel dank voor de heldere uitleg. Ik wil nog even doorpakken op mijn vraag van vorige week over de besmettelijkheid. Er zijn hier al wat vragen gesteld die daaraan gelinkt zijn. Op de website van het RIVM staat onomwonden en zonder voorbehoud: na 24 uur zonder klachten ben je niet meer besmettelijk. Maar de WHO, de Wereldgezondheidsorganisatie, zegt: als je zonder klachten bent, kun je mensen nog besmetten tot elf tot achttien dagen daarna. Verleng daarom voor die zekerheid al die maatregelen tot ongeveer twee weken daarna. Of je moet testen. Als de uitkomst negatief is, moet je na 24 uur nog een keer testen; als de uitkomst dan weer negatief is, mag je inderdaad aannemen dat je niet meer besmettelijk bent en mag je weer aan het werk. Ik heb de volgende vraag aan de heer Van Dissel. Kunnen we dat WHO-advies niet naleven door het praktisch in te vullen en te zeggen: als je geen vitaal beroep hebt en de mogelijkheid hebt om nog twee weken thuis te blijven, neem dan het risico niet en blijf, ook als je geen klachten meer hebt, nog even twee weken thuis, maar als je een vitaal beroep hebt, word je getest en na 24 uur nog een keer getest en als de uitslag dan echt negatief is, mag je weer aan het werk? Ik denk dat we niet zonder enig voorbehoud op de website moeten zetten dat iedereen die 24 uur klachtenvrij is, niet meer besmettelijk is.

De heer **Van Dissel**:

Voor de duidelijkheid: ik denk dat u gelijk heeft. Dan zullen we de website moeten aanpassen. Ik roep wel in herinnering dat dit het beleid is dat we met de experts zijn overeengekomen. Dat is deels ingegeven door het feit dat we anders problemen zouden hebben in de ziekenhuizen in Brabant.

Wat de WHO zegt, is natuurlijk heel safe, maar wel een beetje een luxe: die veertien dagen moeten wel mogelijk zijn voor iedereen. Je kunt je voorstellen dat dat zou kunnen in een setting waarin er nauwelijks druk is op verpleegkundigen of artsen, of andere beroepen, maar in Brabant hadden we gewoon de luxe niet om dat zo te doen. Daarom is voor deze in wezen heel praktische regel gekozen, waarbij we veel geleerd hebben van Brabant, namelijk dat we daar blijkbaar geen risico's mee lopen, want anders hadden ze dat gezien aan gevallen binnen het ziekenhuis. Maar uw punt is wel «taken», hoor, dus ik wil het best nog een keer meenemen naar het OMT. Ik denk wel dat we ons allemaal moeten realiseren dat we soms een praktische aanpak moeten kiezen en dat we nooit 100% zekerheid krijgen. We gaan het ook zeker een aantal keren controleren – dat heb ik u, dacht ik, vorige week ook verteld – maar zelfs de aanwezigheid van het virus betekent niet dat je zonder meer besmettelijk bent. Met deze punten erbij zal ik uw suggesties zeker mee terugnemen, dus daar komen we vast nog wel op terug.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Baudet van Forum voor Democratie.

De heer Baudet (FvD):

Dank u wel. Ik ken het standpunt van het RIVM. Ik heb niks nieuws gehoord vandaag, dus ik heb ook geen vragen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan wil ik nu graag de heer Gommers het woord geven. Wilt u eerst een aantal dingen naar voren brengen, of gaan we gelijk over tot het stellen van vragen? Het woord is aan de heer Gommers.

De heer Gommers:

Goedemorgen. Vorige week maandag, op 16 maart, hadden wij 96 patiënten op de intensive care in heel Nederland. Afgelopen maandag waren dat er 487. We zagen dus een toename van ongeveer 400 patiënten op de intensive care. In de rode curve zien we wat wij mogen verwachten op basis van de getallen van het RIVM. Als we deze rode curve nemen, betekent dat dat we vandaag misschien kunnen uitgaan van een kleine 600 patiënten op de ic en dat we volgende week, op 1 april, op de 1.100 patiënten op de intensive care zitten. Dat betekent 1.100 patiënten met corona en ook nog 500 zonder corona. Op 1 april hebben we dus 1.600 patiënten op de intensive care. Die bedden zijn er nu niet. We hebben 1.150 bedden op de intensive care en er worden nu allerlei maatregelen getroffen om volgende week die 1.600 bedden te hebben. Het ene ziekenhuis is daar verder mee dan het andere. We zien dat ze in Brabant verder zijn, omdat de druk daar groter is. Als we uitgaan van 1.100 plus 500, dus 1.600 bedden, is het voor ons heel belangrijk om te weten of we op tijd klaar zijn voor 1 april. Belangrijk is de landelijke regie; die missen we een beetje op dit moment. Als Nederlandse Vereniging voor Intensive Care zijn wij afgelopen donderdag, vanwege de roep van de collega's uit Brabant, van de medisch specialisten, dat het water hun tot aan de lippen stond, begonnen om ic-patiënten weg te halen uit Brabant. Dat hebben we zo effectief gedaan dat er nu meer Brabanders buiten de ic in Brabant, dus boven de rivieren, liggen. Maar de laatste dagen merken we dat de andere ic's ook vollopen en dat er ook druk is op de andere intensive cares. Op het moment is het dus echt spannend. Dat wil ik eigenlijk even gezegd hebben voordat ik de vragen ga beantwoorden.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan beginnen we de vragenronde aan de heer Gommers. Ik wil u vragen om uw vragen echt kort en bondig te houden, gezien de

geplande eindtijd, waar we ons strikt aan moeten houden, vanwege andere Kamerverplichtingen die vanmiddag in deze zaal plaatsvinden. Mevrouw Diertens, D66.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Dank u wel. Het is allemaal heel erg spannend. Ik refereer even aan de piramide die we in de presentatie zagen. Een deel van de bestrijding zit ook in de eerstelijnszorg. Kunt u iets zeggen over het aantal opnames en de capaciteit van normale verpleegafdelingen in de ziekenhuizen? Als je in de keten kijkt, zie je daar nu wellicht ook tekorten ontstaan. Blijft de concentratie op de ic belangrijker omdat we genoeg reguliere bedden hebben? Hoe staat het dan met het effect op de zorgprofessionals aan die bedden?

De heer **Gommers**:

In de ziekenhuizen waar corona heerst – dat is nu vooral in Brabant; ik ben in Bernhoven geweest, ik heb contact met Breda, met het Jeroen Bosch Ziekenhuis in Den Bosch, met het TweeSteden Ziekenhuis – zie je dat de aanloop op de SEH nog heel groot is. Je ziet ongeveer vier keer zo veel mensen op gewone bedden als op de intensive care. Ik ben het helemaal met u eens dat er ook een ongelofelijke aanslag op gewone ziekenhuisbedden is, namelijk vier keer zoveel. Dat kan je niet doortrekken naar... Want die patiënten, ook niet-ic-patiënten, worden nu gemobiliseerd, naar ziekenhuizen boven de rivieren. Alles kraakt op het moment.

De **voorzitter**:

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

De heer **Asscher** (PvdA):

Het is dus heel spannend of die 1.600 bedden er zijn op 1 april. Maar ook als de uitbraakfactor daalt, blijft het aantal ic-patiënten toenemen, misschien ook wel weer met 400 of 500 per week. Mijn vraag zou zijn: hoe staat het met de scenario's van 1 april naar 7 april, om naar de 2.000 te gaan?

De heer **Gommers**:

Wat u aan de rode lijn ziet, is dat de RIVM voorspelt dat de piek voor de intensive care rond eind mei ligt, tegen 1 juni aan. Als je de grafiek leest, zouden we dan 1.700 coronapatiënten hebben plus de 500 gewone, niet-coronapatiënten. Dan zit je op 2.200 bedden. Ik vind het fijn dat die piek pas eind mei wordt verwacht, want in de tussentijd zijn er veel bestellingen gedaan. Er worden apparaten geleverd. Maar je merkt dat het moeilijk is om deze week leveringen te krijgen, dus de aantallen die we deze week geleverd krijgen, zijn kleiner dan de beloftes die er gedaan zijn voor de tweede week van april, de laatste week van april en half mei. Voor mij, als intensivist, namens de vereniging, helpt het dat die piek zo ver mogelijk weg is, want dan kopen wij tijd.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg, CDA.

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

Ik heb begrepen dat zelfstandige klinieken en ook dierenklinieken nu beademingsapparatuur hebben gegeven. Gisteren was er nog een uitvinding op tv: kan je met één apparaat misschien twee mensen helpen, ja of nee? Zijn er volgens u nog groepen die apparaten zouden kunnen leveren, die daar nu nog niet voor in aanmerking komen of die zich nog niet spontaan hebben aangeboden?

De heer **Gommers**:

Nee. We zijn heel erg blij met de samenwerking, hoe het ministerie dit heeft opgepakt en hoe het leger is ingeschakeld om die apparaten op te halen en centraal op te slaan. De verdeling loopt dan via de intensivisten. Naast die apparaten gaat het ook om personeel en scholing. Wat doen wij nu? Als ik over mijn eigen ziekenhuis spreek: aan anesthesiologen, ok-medewerkers en andere verpleegkundigen vragen wij nu of ze volgende week kunnen meehelpen met het verzorgen van de coronapatiënten op de intensive care. Dat is ook een limiterende factor. Naast die apparaten is dus ook het personeel belangrijk. We bereiden ons voor op de curve die u ziet, maar die curve moet dan ook niet anders gaan lopen.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Krol, 50PLUS.

De heer Krol (50PLUS):

Ik zit nog steeds met de patiënten die genezen zijn in mijn hoofd. We horen van het RIVM dat die de ziekte niet of bijna niet opnieuw kunnen krijgen. Zouden we die nu niet veel meer moeten inzetten bij de verpleging, op ic's in het ziekenhuis en misschien ook in de thuiszorg, omdat dat nu eenmaal mensen zijn die dan minder risico lopen?

De heer Gommers:

Een hele goede gedachte, maar u moet zich het zo voorstellen. Als je zo'n ernstige corona-infectie hebt gehad, kan je als voormalig ic-patiënt nog helemaal niks. Bij de patiënten die op een gewoon ziekenhuisbed gelegen hebben, zien we dat ze weer mondjesmaat dingen gaan doen. We hoorden gisteren dat de eerste patiënt weer aan het werk was, maar die mensen zijn nog niet in dezelfde conditie als voor het virus. Ik ben blij dat we de eerste patiënten van de intensive care af hebben, maar die mensen zijn eigenlijk nog niks waard; het kost hun moeite om hun gewone activiteiten te doen. Daar zou ik dus niet uit putten.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Dik-Faber, ChristenUnie.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Dank aan de heer Gommers. Mijn vraag gaat over de capaciteit in de ziekenhuizen. Die is begrijpelijkerwijs beperkt, ook voor andere patiënten, voor niet-coronapatiënten. Ik krijg veel vragen van mensen die zeggen: «Ik ben kankerpatiënt. Mijn behandeling wordt nu uitgesteld, maar deze behandeling is voor mij wel noodzakelijk om toch weer levensperspectief te krijgen.» Dat zijn heel ingewikkelde vragen. Mijn vraag is eigenlijk: hoe worden hierin keuzes gemaakt en waar kunnen mensen naartoe als ze keuzes niet begrijpen?

De heer Gommers:

Wij hebben contact gelegd met de Federatie Medisch Specialisten. We hebben dit besproken. We hebben nu continu contact, bijvoorbeeld met de thoraxchirurgen die een openhartoperatie willen uitvoeren, want na zo'n operatie komen patiënten op de intensive care. Die gesprekken voeren we nu. Naast de focus op de coronapatiënt ligt de focus dus ook heel duidelijk op de vraag: hoe gaan we dat doen met de zorg; welke zorg mogen we nog een klein beetje uitstellen en welke zorg mogen we niet uitstellen? Daarom zit de Federatie Medisch Specialisten nu ook in het landelijk regiecentrum, dat is opgebouwd is het Erasmus. Daardoor zitten zij dicht bij waar de keuzes gemaakt worden.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan was er nog de vraag waar patiënten eventueel terecht kunnen met dat soort vragen.

De heer **Gommers**:

Er vinden nu overleggen plaats, bijvoorbeeld met de thoraxchirurgen, om die maar weer even te noemen. Het is belangrijk dat zij keuzes kunnen maken. Het Amphia Ziekenhuis is ook een hartcentrum. Schalen ze helemaal af tot nul en gaan patiënten die een hartoperatie moeten ondergaan naar Nieuwegein, Eindhoven of andere hartcentra in Nederland, of houden ze die patiënten toch beperkt daar? De gesprekken daarover lopen nu. Die besluiten verwacht ik binnen nu en een dag.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Van der Staaij, SGP.

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

Mijn vraag aan de heer Gommers is: wat zou er nog meer kunnen gebeuren om het minder spannend te maken of er volgende week voldoende capaciteit is? Welke aanvullende acties zouden kunnen helpen?

De heer **Gommers**:

Je merkt dat er echt spanning is bij de collega's in Brabant. En je merkt nu dat wij als medisch specialisten en de organisatie die dit doet, het ROAZ, nog niet goed genoeg op elkaar aangesloten zijn. Daar wordt heel hard aan gewerkt, maar dat loopt nog niet optimaal. Ik heb dus nog te veel bezorgde specialisten aan de telefoon die vragen hoe we dat kunnen verbeteren. Ik heb dat ook gezien bij het webinar. Er wordt gezegd dat we het vandaag gaan doen of dat het anders morgen in de lucht is, maar dat is voor mij een ongelofelijk belangrijk punt. De collega's in Brabant maken zich er echt zorgen over of het voor het weekend geregeld is, want zij staan echt met hun rug tegen de muur.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Azarkan, DENK.

De heer **Azarkan** (DENK):

De heer Gommers gaf in zijn korte introductie aan dat hij de landelijke regie een beetje mist. Mijn vraag is: wat mist u precies en hoe zou dat bijdragen aan het oplossen van het probleem?

De heer **Gommers**:

Wat moeilijk is, is dat de specialisten maar ook de directeuren voelen dat het ziekenhuis echt onder water staat. Als je op bezoek gaat bij Bernhoven, dan is er geen enkele twijfel over: bij alle medewerkers en alle specialisten in dat ziekenhuis draait het om corona. In het noorden heerst het nog niet zo. Als collega's naar een ziekenhuis daar – het maakt niet uit welk ziekenhuis – bellen met de mededeling «ik moet mijn patiënt kwijt, want de SEH loopt over», dan geven mensen de toch nog wat begrijpelijke reactie: oké, ik ga daarover nadenken. Snap je? Je mist een beetje een centrale, militaire aansturing. Er is geen keuze meer. In die fase zitten we nu. Ik zou dus heel graag willen pleiten voor een meer directieve aansturing van de verschillende ziekenhuizen en directies.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Hijink, SP.

De heer **Hijink** (SP):

Dat was eigenlijk ook mijn vraag. Ik ga daar nog even op door. U vraagt bijna om een vorm van militaire aansturing. Defensie is ingezet om te ondersteunen. De vraag blijft dan wel: wat wordt er van de kant van het ministerie nog meer verwacht aan regie? Wat mist u op dit moment nog? Uit uw woorden van zonet begrijp ik dat het meer gaat om een soort bewustzijn bij ziekenhuizen boven de rivieren dat het alle hens aan dek is

en dat zij nu moeten bijspringen. Ik denk dat dat besef ook steeds meer doordringt, maar wat is in uw ogen nu de taak van de Minister en wat is de taak van anderen om die landelijke regie te pakken?

De heer **Gommers**:

Ik heb gisteren bij de voordracht gezeten over de aanpak van de militairen in het landelijk coördinatiecentrum. Zij hebben bij verschillende missies in het buitenland veel ervaring daarmee opgedaan. Zij geven aan dat zij daar drie of vier weken over doen, maar wij vragen nu of ze het in een dag kunnen. Wij moeten even geduld hebben. Zij hebben aangegeven dat ze vandaag in de lucht gaan en dat het morgen werkt. Dat geeft mij houvast, maar we missen gisteren, vanochtend en vannacht. Dat schuurt. De medische collega's in Brabant hebben die hulp gewoon nodig. Ik denk dus dat iedereen heel goed bezig is, maar het moet vandaag aan het eind van de dag wel werken.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Veldman, VVD.

De heer **Veldman** (VVD):

Ik begrijp de worsteling waar de heer Gommers mee zit. De rest van Nederland, zeg maar buiten Brabant en Limburg, moet het blijkbaar ook eerst wat beter voelen voordat men in de actiestand gaat. Tegelijkertijd snap ik ook heel goed dat we daar normaal gesproken meer tijd voor hebben en dat het nu echt in een paar dagen moet, zoals de heer Gommers zegt. De concentratiepiek zit nu in Brabant en Limburg. Is er ook afstemming met de ziekenhuizen net over de grens? Misschien is daar wel capaciteit. Op een aantal andere vlakken hebben we gezien dat Europese samenwerking niet overal even denderend is, maar ik kan me voorstellen dat er hierover afstemming is, zeker in grensgebieden. Is die afstemming er? En zo ja, hoe verloopt die?

De heer **Gommers**:

Ik heb niet een heel gedetailleerd overzicht, maar ik weet bijvoorbeeld wel dat er in Limburg overleg is met een groot academisch ziekenhuis, dat van Aken. Dit ligt daar dichtbij. Ze zijn daar echt bereidwillig om patiënten over te nemen. Ik neem aan dat dat bij meerdere ziekenhuizen langs de grens zo zou kunnen zijn, maar ik heb daar op dit moment geen actuele informatie over.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Ouwehand, Partij voor de Dieren.

Mevrouw **Ouwehand** (PvdD):

Dank aan de collega's. Zij hebben allemaal vragen hebben gesteld die ik ook had willen stellen, waardoor ik een heel andere vraag kan stellen. Er zijn mensen die ervoor kiezen om geen behandeling te ondergaan of die het advies krijgen om daarover na te denken omdat ze zo kwetsbaar zijn. Die mensen zijn heel erg geschrokken van het bericht van de Italiaanse arts die heeft gezegd dat het een hele nare dood is. Kunt u iets zeggen over de behandeling van mensen die van een ic-behandeling afzien of die het advies krijgen om dat te doen? Hoe is die behandeling? Is er palliatieve zorg? Kunt u daar iets over zeggen?

De heer **Gommers**:

Er is een goede palliatieve zorg in Nederland. Op het moment dat je ziet dat iemand die op de eerste hulp is binnengekomen en die dat gesprek met zijn specialist heeft gehad waarin zij gezamenlijk tot de keuze zijn gekomen om geen intensivecarebehandeling te doen, eigenlijk benauwd

wordt, wordt palliatieve sedatie gestart. Daarmee voorkom je een afschuwelijke dood.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Jansen, PVV.

De heer Jansen (PVV):

De heer Gommers gaat uit van de lijn in de grafiek. Dat snap ik volkomen, maar die is natuurlijk gebaseerd op de huidige cijfers ten aanzien van besmettingen en het aantal mensen dat daardoor een ic-behandeling nodig heeft. Die lijn kan steiler of vlakker verlopen. Volgens mij is het heel duidelijk wat de consequenties dan zijn. De data kunnen positief dan wel negatief verschuiven. Het kan nog dichter naar ons toe komen. Ik heb begrepen dat het afgelopen weekend het draaiboek voor het triage-systeem is gedeeld. Klopt het dat wij als politiek daar straks een besluit over moeten nemen? Klopt het dat dat besluit niet door de medische wereld wordt genomen, maar dat de politiek er uiteindelijk over moet besluiten of dat systeem in werking moet treden?

De heer Gommers:

Het lastige is dat wij het woord «triage» voor allerlei dingen gebruiken. Wij triëren eigenlijk altijd al. In Nederland hebben we een systeem waarin we veel overleg hebben met de patiënt en we met hem samen het besluit nemen of we dingen wel of niet doen. Dat noemen we «goed medisch handelen», maar het komt nu over alsof we daarmee triëren, want veel ouderen in Nederland komen niet op de intensive care en overlijden. De mortaliteit, het sterftecijfer, is buiten de ic dus groter dan op de ic, maar dat noem ik geen «triage». Ik zou graag het woord «rampen- of oorlogs-triage» willen toevoegen, want daarop doelt u, denk ik, maar dat is pas aan de orde als er in Nederland geen ic-bed is. We hebben een landelijke afspraak. Daarom is die regie heel erg belangrijk. Als wij in een crisissituatie terecht komen, als wij in de situatie terecht komen dat er een patiënt op de eerste hulp komt en er nergens in Nederland meer een bed is, dan pas gaat dat gelden. Dan pas treedt dat protocol in werking. Omdat wij als NVIC na de Italiaanse berichtgeving voelden dat dit op ons afkwam, hebben wij een protocol opgesteld. Wij hebben dat protocol nu gedeeld met de Federatie Medisch Specialisten. Ze zijn gisteren al begonnen, maar de specialisten maken vandaag samen met de KNMG voor de huisartsen en de IGJ één rapport. Dat komt morgen op de website te staan, zodat er landelijk één rapport is waarin staat hoe wij hiermee omgaan. Ik denk dat de inhoud daarvan echt medisch is en niet politiek, maar dat is mijn interpretatie.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Van Haga.

De heer Van Haga (Van Haga):

Mijn vraag is een beetje in lijn met de vraag van mevrouw Dik-Faber, namelijk: kunt u iets zeggen over het risico dat niet-coronapatiënten nu lopen? Is dat risico nu hoger? Zijn er nu bijvoorbeeld al extra niet-coronagerelateerde doden door de coronacrisis?

De heer Gommers:

In veel ziekenhuizen is er afgeschaald. De electieve operaties gaan niet door. Een operatie doe je niet voor niets. Dat zou kunnen inhouden dat we achteraf zeggen dat er misschien toch een stijging is geweest van bepaalde behandelingen van niet-coronapatiënten. Zoals ik daarstraks aangaf, zijn wij daar met de verschillende specialistische verenigingen meer bezig. Het ligt nu bij de Federatie. Daarop willen we sturen. Naast het zorgen voor voldoende ic-capaciteit voor coronapatiënten, willen we

er natuurlijk zo snel mogelijk voor zorgen dat de andere behandelingen weer opgepakt kunnen worden. We zitten nu deze veertien dagen, denk ik, even in een acute crisis, maar dat wordt zo snel mogelijk weer opgepakt.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Mevrouw Ellemeet, GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Veel dank voor uw toelichting. Volgens mij voelen we allemaal de enorme druk waaronder u uw werk moet doen, dus heel veel respect en dank. Nog even over die landelijke regie. U zegt dat Defensie dit oppakt en dat ze in no-time hun werkwijze moeten optuigen. Ik zou nog iets preciezer willen krijgen waarop u die landelijke regie wilt hebben. Als ik u goed begrijp, zegt u dat het moet gaan over het spreiden van patiënten in Nederland. Er ligt niet alleen druk op de ic's, maar ook op andere afdelingen in ziekenhuizen. Die verspreiding moet dus niet alleen zien op patiënten op de ic's. Begrijp ik het goed dat u ook zegt dat het wenselijk zou zijn dat er bijvoorbeeld meer landelijke regie komt op het aanwijzen van ziekenhuizen die zich meer toeleggen op electieve zorg of acute niet zijnde coronazorg?

De heer Gommers:

Een hele goede vraag. Dat is precies wat ik wil. Ik wil gewoon dat er landelijke regie komt op coronazorg, maar ook op niet-coronazorg, dus eigenlijk de hele witte kolom. Ik wil dat het een directieve opdracht wordt naar de verschillende ziekenhuizen.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van Kooten-Arissen.

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

Ook van mij veel dank voor de heldere informatie van de heer Gommers. Mijn vraag is inmiddels al gesteld, dus ik stel een andere vraag. Is de uitwisseling van ic-artsen en ic-verpleegkundigen vanuit ziekenhuizen uit het Noorden op orde? Die zijn nu minder overbelast dan bijvoorbeeld de ziekenhuizen in Brabant. Als de andere ziekenhuizen ook vollopen, is er dan een plan voor een uitwisseling? Hoe zou de Kamer kunnen helpen om dat goed te stroomlijnen?

De heer Gommers:

Wij hebben heel graag dat de mensen blijven waar ze zitten, want daar zijn ze gewend om te werken. De opdracht is dat ieder ziekenhuis in Nederland – en dat is echt een gezamenlijke opdracht – zorgt dat het zijn huidige capaciteit kan vermeervoudigen. Dus er moet eigenlijk een verdubbeling van de huidige capaciteit komen, zowel voor de gewone ziekenhuisbedden als voor de intensive care. Dat betekent dat mensen niet over en weer moeten gaan. Zij moeten er vooral lokaal voor zorgen. Gisteren is een ic-patiënt vanuit Brabant met een helikopter naar Groningen gebracht, omdat de gewone rit, de ambulancerit, wel erg lang zou duren. Wij brengen liever de patiënten daarheen. Ook daar moeten ze zorgen dat ze de capaciteit met 100% vergroten.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Baudet, Forum voor Democratie.

De heer Baudet (FvD):

Dank u wel. Ik heb geen vragen. Het was een helder verhaal. Dank u wel.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan kijk ik even rond. Ik wil niet iedereen nog een rondje geven, maar een enkele belangrijke vraag kan. Ik zie er toch een heel aantal. We gaan kijken hoever we komen. We hoeven niet tot 12.30 uur vol te maken. Ik wil eigenlijk erop focussen om om 12.15 uur af te ronden, nu iedereen een vraag heeft kunnen stellen. Ik begin gewoon weer in dezelfde volgorde. Houd het kort. Zeg ook even aan wie u de vraag stelt. Volgens mij zag ik als eerste mevrouw Van den Berg. Gaat uw gang.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik heb een vraag aan meneer Gommers. Ik krijg ook berichten dat er een tekort zou zijn aan morfine en propofol. U weet wat dat is. Ik begrijp dat het met anesthesie te maken heeft.

De heer **Gommers**:

Bij die opschaling van het aantal bedden moet je ook opschalen in medicatie. Bij de voorbereidingen afgelopen week kwam dit aan het licht. Dit is gemeld aan de IGJ en alle betrokkenen. Wij werken hier hard aan. Propofol is een slaapmiddel. Dat hebben we nodig om die patiënten gedurende langere tijd in slaap te houden. Maar er zijn ook alternatieven. Op dit moment wordt hard gewerkt om te kijken of we propofol nog in voldoende mate snel geleverd kunnen krijgen.

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

Mijn vraag gaat over voorzorgsmaatregelen voor mensen in de zorg. Wat is daar precies de stand van zaken? Je hoort ook verhalen dat mensen hebben gewerkt met patiënten waarvan ze nog niet wisten dat die corona hadden en waarbij ze dus onbeschermd waren. Hoe voorkomen we dat die de besmetting verder overdragen?

De heer **Gommers**:

Ieder ziekenhuis heeft hele duidelijke afspraken. Dat risico lopen we altijd, met elke infectie. Nu is de afspraak dat iemand die toch onbeschermd of niet optimaal beschermd contact heeft gehad, zichzelf in de gaten houdt, twee keer per dag de temperatuur meet en bij geringe klachten contact opneemt met de lokale infectiepreventie. Daar wordt dan getest en dan moet hij thuis de test afwachten.

De heer **Azarkan** (DENK):

Ik stelde net een vraag over de landelijke regie. Collega Hijink en mevrouw Ellemeets gingen daar nog even op door. Ik proef ook een soort van frustratie. U had het niet alleen over regie, maar ook over directief aansturen. Wat maakt dat dat op dit moment niet mogelijk is?

De heer **Gommers**:

Goede vraag. Ik legde net uit dat we nogal wat vragen van het systeem. Bij rampen hebben we het heel goed ingericht met de ROAZ'en. Maar we hebben nog nooit, voor zover ik weet, een landelijk probleem gehad van deze orde. De ROAZ'en zijn lokaal een goedwerkend systeem. Of nou ja, lokaal, het zijn best grote gebieden. Maar nu vraag je van elf ROAZ'en om op zo'n grote schaal samen te werken voor zo'n grote problematiek. Ik word dan blij van de expertise van het leger. Ik werd echt gerustgesteld door deze twee legermensen toen ze zeiden dat ze vaker met dit bijltje gehakt hebben. Maar we moeten ze dan wel even die dagen geven. Ik heb er vertrouwen in dat ze aan het einde van de week op de rit zijn.

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

Een vraag aan de heer Van Dissel. De scholen zijn gesloten. Er loopt een onderzoek bij 100 gezinnen naar de vraag in hoeverre kinderen een rol spelen bij de transmissie van dit virus. Ouders hebben heel veel vragen. Kunnen hun kinderen nog buitenspelen? Wat zijn daarvoor de adviezen?

Kunnen kinderen buitenspelen? Is het niet heel verstandig om daarbij beperkingen op te leggen qua groepsgrootte en contacten?

De heer **Van Dissel**:

De scholen zijn gesloten. We hopen dat we informatie krijgen waardoor we daar op een gegeven moment weer een besluit over kunnen nemen. U heeft gehoord dat sommige onderzoeken wat langer duren, maar er lopen meerdere onderzoeken tegelijkertijd. We hebben natuurlijk ook de getallen uit Nederland die opnieuw laten zien dat er heel weinig kinderen bij de uitbraak betrokken zijn. Wat de maatregelen betreft, de essentie is natuurlijk dat je rust opzoekt. Kinderen moeten natuurlijk met elkaar spelen. Dat is ook niet anders te doen, maar dat hoeven niet heel grote groepen te zijn. Wat de ouders betreft is het natuurlijk de regel om buiten hun huishoudens die 1,5 meter te hanteren. Daarbij moet je toch het gezonde verstand gebruiken voor wat wel en niet mogelijk is. Je kunt ook naar een speelplaats als het even wat rustiger is. Je kunt een rustige groep opzoeken of dat op dat moment met elkaar afspreken. Ik denk dat het daarop neerkomt.

De heer **Hijink** (SP):

Nog even door op de vraag van de heer Azarkan. Wie is in uw ogen dan uiteindelijk de grote eindbaas in dit verhaal? Is dat de Minister van Defensie? Is dat de Minister van VWS? Is dat uiteindelijk aan de specialisten zelf? Ik zou daar graag een helder antwoord op hebben. Maar dat is eigenlijk niet mijn vraag. Ik wil eigenlijk aan de heer Van Dissel vragen...

De **voorzitter**:

Nu smokkelt u.

De heer **Hijink** (SP):

Wat het testmateriaal betreft hebben we natuurlijk ook het verhaal uit Groningen gehoord van de heer Alex Friedrich. Hij zegt dat we niet zozeer een tekort hebben aan apparatuur, maar dat er bijvoorbeeld een probleem is met de vloeistoffen die worden gebruikt. Het probleem is bijvoorbeeld dat alleen de vloeistoffen van de fabrikant zelf gebruikt mogen worden of kunnen worden om die testen te doen. Maar net zoals je thuis andere inkt in de printer stopt dan die er eigenlijk voor bedoeld is, kun je op die manier stiekem best veel meer testen uitrollen. Ik wil graag weten of dat een logisch verhaal is of dat dit niet opgaat voor de grote laboratoria in ons land.

De heer **Van Dissel**:

U moet van mij het volgende aannemen. Wij hebben een taskforce. Daar zitten medische microbiologen in van allerlei setting. Die wisselen alle informatie uit. Er zitten ook heel innovatieve personen in, die aan alle oplossingen denken. De oplossing zal zeker niet zo simpel zijn dat we bij wijze van spreken andere inkt gebruiken. Het punt is gewoon, zoals ik al aangaf, dat die testen op verschillende platforms kunnen worden uitgevoerd. Er zijn dus verschillende apparaten. Je kiest natuurlijk voor een bepaald apparaat. Het is lang niet altijd de test zelf waar de beperking op zit. Het gaat bijvoorbeeld ook over het opwerken van het materiaal. Het isoleren van het virusmateriaal uit de swab kan bijvoorbeeld een probleem zijn, en niet zozeer de bepaling zelf. Maar ikzelf vertrouw er zeker volledig op dat die groep alle creatieve oplossingen zal proberen te vinden om dit op te lossen, overigens in overleg met fabrikanten.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Gommers voor het eerste deel van de vraag.

De heer **Gommers**:

Dat vind ik een politieke vraag. Daar heb ik geen antwoord op.

De voorzitter:

Dat is uw recht. Ik verwijs de heer Hijink voor die vraag graag door naar het politieke debat van morgen.

De heer Veldman (VVD):

Dan zou ik die vraag toch willen depolitiseren. De heer Gommers geeft aan dat de gebruikelijke structuur van die Regionale Overleggen Acute Zorgketen normaal gesproken toereikend is, maar dat we nu in een heel bijzondere situatie zitten, waarbij het over het hele land verspreid moet worden. Als u nu van die structuur uitgaat, waar zou u dan de regie willen neerleggen voor het over het hele land verspreiden van patiënten? Patiënt X komt binnen in Breda of Tilburg, in een Brabants ziekenhuis, en wordt verplaatst naar Friesland of Groningen. Wie zou die aanwijzing kunnen en moeten geven? Dat lijken mij afwegingen die op medisch niveau gemaakt moeten worden, want de ene patiënt is wel te verplaatsen en de ander niet. Daarom is die vraag volgens mij ook te depolitiseren: waar zou wat u betreft de regie moeten liggen?

De heer Gommers:

Nu begrijp ik de vraag. Dat is nu ingericht door het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding. Dat is een initiatief van het LNAZ. Het LNAZ is het overkoepelende bestuur van alle ROAZ'en. Het LCPS, zoals dat nu heet, wordt op dit moment ingericht in het onderwijscentrum in het Erasmus, dat nu leegstaat omdat studenten er niet mogen komen. Daar schuiven nu die militairen aan. Dat centrum wordt nu ingericht. Zo bedoelde ik het.

Mevrouw Ouwehand (PvdD):

Nog een vraag aan de heer Van Dissel over de modellen, over het afvlakken van de curve en alle variabelen en onzekerheden die we kennen. Er moet, denk ik, toch een aanname in zitten of we de maatregelen gaan volhouden of weer gaan opheffen, per 6 april dan wel per 1 juni. Welke aanname zit hieronder? Dat we de maatregelen gaan volhouden, of dat die op zeker moment weer worden opgeheven?

De heer Van Dissel:

Dit is allemaal nog het tegengaan van de piek die problematisch wordt, waar mijn collega over heeft gesproken. Hier zitten de aannames van het huidige pakket in, met uitzondering van de extra inzet op die groene lijn, wat we eerder al even toelichtten. Dit is dus het pakket tot 23 maart, waar u daar de grafieken van ziet.

De heer Jansen (PVV):

Ik heb een vraag voor de heer Gommers. Hoeveel mensen van al die mensen die al wekenlang keihard werken om klaar te zijn, om überhaupt de piek te kunnen opvangen, zitten op dit moment preventief thuis? Heeft u nagedacht over de situatie dat het op een gegeven moment zo zwaar wordt dat mensen dusdanig overbelast raken dat ze gaan uitvallen? Kunnen we dat dan opvangen? Of is er op dat moment geen reserve meer om dat op te vangen?

De heer Gommers:

We hebben gemerkt dat er veel coaching en psychologische hulp wordt geboden aan de collega's in Brabant. Daar doelt u op. Want het is ongelofelijk zwaar om voor deze patiënten te zorgen, vooral omdat er ook heel veel mensen overlijden, en zeker op de gewone afdeling. Dat zijn veel ziekenhuismedewerkers, verpleegkundigen en dokters, niet gewend. Dus daar is veel aandacht voor. Ik deel uw zorgen en ik houd ook mijn hart

vast, want al die mensen moeten, terwijl we pas eind mei de piek zien, aan de gang blijven, maar we hebben geen keus. De intrinsieke motivatie van de ziekenhuismedewerkers is ongelooflijk goed. We kunnen niet meer dan met elkaar ons best doen.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik inventariseer even. Ik heb mevrouw Ellemeet nog gezien, net als mevrouw Van Kooten-Arissen en de heer Asscher. Dan wil ik het daarbij laten.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik heb een vraag aan de heer Gommers. U heeft het over de ic-capaciteit maar ook over de overige beddencapaciteit. Dat blijft soms wat onderbelicht. U zegt terecht dat we daar ook goed naar moeten kijken, omdat er, als ik u goed heb gehoord, een verdubbeling wordt verwacht. Verwacht u dat we voldoende bedden hebben, of zou het verstandig zijn om nu al te werken aan noodhospitaals, of hoe je het ook moet noemen, dus aan extra bedden, buiten de ic?

De heer Gommers:

Een hele goede vraag. Ik denk dat het belangrijk is dat het LCPS dat inventariseert. Dat moet op een gegeven moment op tijd kunnen aangeven dat er ook een tekort is aan gewone ziekenhuisbedden en dat er in Nederland noodhospitaals opgezet moeten worden. Maar dat zie ik dan ook als een rol voor het leger.

Mevrouw Van Kooten-Arissen (vKA):

Ik heb nog een vraag aan de heer Van Dissel. Ik heb best veel mailtjes gekregen van mensen die bezorgd zijn dat ze besmet raken in de supermarkt. Nu hebben de supermarkten veel maatregelen genomen. Maar ik kreeg ook een mailtje van onze plaatselijke huisarts. Hij zei: ik heb de boel eens van een afstandje geobserveerd en ik zag dat mensen producten pakten en weer terugzetten en dat er ook over producten heen werd gehoest. De heer Van Dissel heeft het gehad over besmet raken door dingen aan te raken die een besmet persoon heeft aangeraakt. Wat kunnen supermarkten doen? Welke maatregelen kunnen genomen worden om die productbesmetting te voorkomen? Bijvoorbeeld handschoentjes aandoen of toch een simpel mondkapje, zodat je anderen niet besmet. Want zoals al werd gezegd, de handgel werkt alleen op schone handen. Heel veel supermarkten bieden die bij de ingang ook aan vóór het pakken van de handscanner, maar dat is wat dat betreft niet voldoende.

De heer Van Dissel:

De essentie is dat mensen die ziek zijn, gewoon niet naar de supermarkt moeten gaan. Dat vind ik echt onverantwoord gedrag. Het eerste wat we willen, is dat we niet iemand anders ziek maken. Ik denk dat dat eigenlijk de essentie van het antwoord is. Als we daar strikt op zijn en elkaar er ook op aanspreken... Als je ziet dat iemand hoestend de supermarkt binnenkomt, dan moet gewoon op dat moment geregeld worden dat dat niet kan. Iemand die ziek is, moet thuisblijven, want anders vallen onze maatregelen in duigen. Ik denk dat we dat zeer moeten benadrukken. We moeten solidair zijn. Iemand die ziek is, moet niet stoer doen en het alsnog willen proberen. Als je je daaraan houdt, kun je de risico's, zeker als je op afstand blijft en regelmatig je handen wast, afdoende bestrijden. Dan helpt de handalcohol bij de supermarkt natuurlijk ook. Je kunt het nooit 100%. Daar vragen de modellen ook niet om. We moeten zorgen dat die overdracht zo min mogelijk wordt. Met de huidige maatregelen zou dat moeten kunnen. Ik denk dat we elkaar er vooral op moeten aanspreken als we zien dat mensen zich er niet aan houden of als we

evident hoestende mensen zien rondlopen. Dan moeten we hen erop aanspreken.

De voorzitter:

Dank u wel. Tot slot de heer Asscher.

De heer Asscher (PvdA):

Vorige week zei u, meneer Gommers, dat de collega's in Brabant in control waren. Vandaag zegt u eigenlijk iets anders: ze staan met de rug tegen de muur. En dan ben je niet in control. Dat roept de vraag op of dat over een week niet ook het geval kan zijn in andere ziekenhuizen. En daarachter zit de volgende vraag. U gaat bij de piek van eind mei uit van maximaal 2.200 ic-patiënten. Wordt er nu gewerkt aan een scenario waarin het wellicht nodig is om van 2.200 naar 2.500 of naar 3.000 bedden te gaan? En wat zouden wij nu moeten doen om dat, hopelijk ten overvloede en onnodig, mogelijk te maken?

De heer Gommers:

Dat is een hele logische vraag, maar ik denk niet dat het dan zit in het kopen van meer apparaten. Ik denk dat het ziekenhuis, de Nederlandse gezondheidszorg, het dan gewoon niet aankan.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik realiseer me dat er nog heel veel vragen te stellen zijn, maar omwille van de tijd wil ik de technische briefing hierbij afronden. Morgen begint om 10.15 uur het debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus. Dat zal live worden uitgezonden via de livestream op de website van de Tweede Kamer en via de app Debat Direct. Ik verzoek u allen om de aanwijzingen van de medewerkers van de Kamer op te volgen. Dat betekent voor de mensen die nog met journalisten willen spreken dat dit kan op de plekken die daarvoor zijn aangewezen. Richting de Kamerleden en uiteraard ook richting onze gasten zou ik willen aangeven dat er weer een lunch beschikbaar is. Tot slot wil ik zowel de heer Van Dissel als de heer Gommers zeer hartelijk danken voor hun aanwezigheid hier, in deze zware tijden; veel leden hebben daaraan gerefereerd. Ik denk ook zeker dat we hier af en toe met kippenvel zitten bij de informatie die we krijgen. Zeer veel dank en alle goeds in uw werk. En dat zeg ik natuurlijk ook tegen alle mensen in het land: heel veel sterkte, kracht en goeds toegewenst. Ik dank ook de aanwezige leden, en ik dank iedereen die met ons mee heeft gekeken voor de belangstelling.

Sluiting 12.16 uur.