

Vergaderjaar 2019–2020

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 245

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 14 april 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 10 maart 2020 gesprekken gevoerd over **ontwikkelingen coronavirus**.

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Lodders
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn elf leden der Kamer, te weten: Van den Berg, Diertens, Hijink, Jansen, Lodders, Van Otterloo, Ploumen, Renkema, Sazias, Van der Staaij en Veldman.

Aanvang 18.15 uur.

Gesprek met:

- de heer van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM
- mevrouw Ellerbroek, Internist-infectioloog van het Universitair Medisch Centrum Utrecht
- mevrouw de Boer, Directeur Publieke Gezondheid bij GGD Haaglanden

De voorzitter:

Goedenavond. Hartelijk welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is de technische briefing door het RIVM, het UMC Utrecht en de GGD Haaglanden over de ontwikkelingen in verband met het coronavirus. Een hartelijk welkom aan onze gasten vandaag. Dat zijn mevrouw De Boer van de GGD Haaglanden namens de GGD – zij zal dat zelf ongetwijfeld toelichten – de heer Van Dissel namens het RIVM en mevrouw Ellerbroek van het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Hartelijk welkom. Ook een hartelijk welkom aan de leden. De mensen die hier aanwezig zijn en de mensen die deze briefing op een andere manier volgen heet ik eveneens van harte welkom.

Ik zou graag als eerste het woord geven aan de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Daarna komen ook de overige gasten aan het woord.

Vervolgens geef ik de leden de mogelijkheid om een aantal vragen te stellen. Meneer Van Dissel, mag ik u het woord geven? Gaat uw gang.

De heer Van Dissel:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Ik wilde u vanavond kort meenemen in een update van wat we momenteel weten van de coronavirusinfecties in Nederland. Ik zal een aantal dingen toelichten in verband met de stand van zaken zoals die vandaag is. Daarna zal vanuit het UMC Utrecht dr. Ellerbroek een toelichting geven op de voorbereidingen die in ziekenhuizen plaatsvinden. Dat is nog niet zo aan bod geweest. Dat onderwerp wilden we ook toelichten. Annette de Boer vanuit de GGD Haaglanden kan desgewenst nog aanvullen op het gebied van de GGD-activiteiten, die momenteel natuurlijk ook buitengewoon intensief zijn.

Ik begin dus met de stand van zaken in verband met het coronavirus in Nederland. De slides zijn allemaal vandaag gemaakt. Eén slide, die ik nu toon, zal iedereen hopelijk herkennen. Het idee is om steeds even terug te gaan naar de vraag: waar hebben we het ook alweer over? Zo zitten we allemaal op dezelfde hoogte.

Het gaat om een nieuw type infectie, met name van de luchtwegen. De incubatietijd is vergelijkbaar met die van griep: tot twaalf dagen; we nemen veertien dagen als safety margin. De klachten zijn respiratoire klachten, zoals wij dat noemen, dus klachten van de luchtwegen, soms ontaardend in een zogenaamde shocklong, wat een hoge sterfte heeft. Het betreft een nieuw virus, dat daarvoor geïsoleerd is. Het verspreidt zich via druppel en contact. In ziekenhuizen kan het zich ook via een soort mist, een aerosol, verspreiden.

Er is nog steeds onzekerheid met betrekking tot asymptomatische contacten, al of niet in voorbereiding op ziek worden. Daar hebben we het de vorige keer al even over gehad; we kunnen erop terugkomen als u wilt. R_0 , die ik wel steeds wat aanpas aan de inzichten, ligt tussen 1,5 en 2. Er is

sprake van een verdubbelingstijd van rond de vijf dagen en een generatietijd van rond de vijf dagen.

De belangrijkste maatregelen zijn: contacten beperken en als er contacten zijn, die tegemoet treden door handen te wassen en door hygiënische maatregelen tegen druppels. Zo'n maatregel kan afstand zijn. In het ziekenhuis houdt het ook het gebruik van maskers in. In het ziekenhuis verplegen we de patiënten bij voorkeur in kamers waarbij in de sluis een onderdruk is, zodat de rest van het ziekenhuis niet eventueel wordt blootgesteld aan de infectie. Dat zal dr. Ellerbroek desgewenst kunnen toelichten.

Ik ben vorige keer geïndigd met de dia die ik nu toon. Die is nog steeds actueel genoeg om hem u even te laten zien. Zoals we vorige keer al hebben geconstateerd, is mazelen een zeer besmettelijke ziekte, met een hoog reproductiegetal, rond de 15 tot 20. Een ziekte als de seizoensgriep heeft een relatief laag reproductiegetal maar een korte generatietijd; vandaar dat die zich snel verspreidt. We weten van deze nieuwe infectie dat die zich ergens in dat oranje gebied bevindt. Dat betekent zowel nog onzekerheid met betrekking tot de exacte besmettelijkheid alsook onzekerheid met betrekking tot de exacte sterfte. Ik heb vorige keer al toegelicht dat de sterfte aanvankelijk hoog was. Je ziet dat die buiten China toch een stuk lager is dan in de stad waar het allemaal begon, Wuhan. Daar was de sterfte tot 3%. Buiten China kom je eerder op iets van 0,5% uit. Er is ook een sterke invloed van leeftijd op de sterfte. Kwetsbare ouderen boven de 70, maar zeker boven de 80, vormen de groep waar het percentage sterfte tot 15% à 20% kan oplopen, terwijl in de groep onder de 20 sterfte gewoon zeldzaam is.

Dit is een grafiek met nieuwe bevindingen, waarop ik zo nog even wil terugkomen. In Brabant is die eigenlijk alleen maar relevanter geworden. We hebben het eerder geconstateerd: als patiënten altijd ernstig ziek worden, van wie een aantal op de intensivereafdeling terechtkomen en een aantal zullen komen te overlijden, en als dat het enige ziektebeeld is, zal iedereen zich altijd snel naar het ziekenhuis verplaatsen en kun je zo'n infectie met relatief geringe inspanning de kop indrukken. Naarmate het plateau aan de onderzijde van de piramide groter wordt en er misschien ook personen zijn met relatief weinig klachten, wordt het steeds moeilijker om de infectie op te sporen en die te onderscheiden van allerlei veelvoorkomende infectieziekten zoals neusverkoudheden en influenza, en is de inspanning die we ons moeten getroosten om de boel de kop in te drukken, veel groter dan wanneer alle personen zich aan de bovenzijde bevinden. Vorige keer heb ik het ook gehad over de getallen uit China. Die waren weliswaar een week oud, maar het zijn wel de grootste getallen die wij hebben, rond de 70.000 à 80.000 patiënten. Die getallen lieten zien dat de groep die relatief gering ziek is en buiten het ziekenhuis kan blijven, in China rond de 80% à 82% was. Ongeveer 14% werd opgenomen en 4% à 5% kwam op de ic terecht, waar de sterfte zich eigenlijk helemaal concentreerde, wat natuurlijk ook is wat je verwacht.

Dan komen we op de situatie in Nederland op dit moment. Die wordt dagelijks geüpdatet op de RIVM-site. 382 patiënten zijn bevestigd positief. U ziet de verdeling over Nederland. Er is inmiddels ook een geval in Friesland. Je ziet toch dat een groot aantal zich in Utrecht, rond Houten, concentreert, en een groot aantal in Brabant.

We hebben genoemd dat we het met betrekking tot de bestrijding van belang vinden om te begrijpen hoe de keten van een infectie tot stand komt. Iemand loopt bijvoorbeeld een infectie op in Noord-Italië, in een gebied waar het virus intensief circuleert. Die persoon komt naar Nederland en kan in Nederland een klein cluster in een familie veroorzaken. Als we dat weten, begrijpen we de keten. Daaruit kun je ook afleiden dat de kans dat er buiten die keten gevallen zijn, klein is. We hebben voor het weekend geconstateerd dat we ons over de situatie in Brabant onzekerder voelden, omdat het percentage gevallen dat we niet

gemakkelijk konden verklaren voor het weekend was opgelopen tot ongeveer 10 van de 40. Dat was reden om tijdens het weekend in Brabant aan de ziekenhuizen aldaar en ook aan een belendend ziekenhuis, in Limburg, een geweldige inspanning te vragen, namelijk om een onderzoek uit te voeren dat letterlijk in één dag opgezet, uitgevoerd en bepaald moest worden. Veel lof dus voor de ziekenhuizen in Brabant voor het feit dat we dat voor elkaar hebben gekregen, want dat is toch vooral op hun conto te schrijven. Met dit onderzoek poogden wij om inzicht te krijgen in hoe vaak de infectie wel of niet voorkwam bij zorgverleners. U heeft vandaag op de persconferentie gehoord dat dat rond de 4% lag. Daaraan zijn consequenties verbonden waarop ik zo misschien nog even terugkom.

Dan wilde ik aan de hand van één dia terugkomen op iets wat ik de vorige keer al even heb genoemd. Dit zijn data uit het Erasmus Medisch Centrum. Het gaat om grove data, alleen bedoeld om te illustreren wat we tegelijkertijd óók doen. In het Erasmus MC wordt gekeken naar de genetische volgorde van het virus. Het is een virus dat steeds kleine foutjes maakt, die je kunt volgen omdat die foutjes worden doorgegeven aan het virusnageslacht. Iemand heeft dus een virusinfectie, dat virus begint zich te vermeerderen, en in die vermeerdering treden kleine foutjes op die als het ware als een vlaggetje herkenbaar worden doorgegeven aan het virus wanneer dit weer een nieuw iemand besmet. In zo'n nieuw iemand treden weer nieuwe foutjes op. Op die manier kun je dus als het ware volgen hoe een infectieketen verloopt.

Dat is meer dan alleen academisch van interesse, uiteraard, want we kunnen daarmee ook kijken of het virus een origine heeft in bijvoorbeeld China of in Italië. Die zijn namelijk ook al uit elkaar gelopen. Bovendien kun je binnen Nederland volgen of er sprake is van introducties bij herhaling uit Italië of dat er bijvoorbeeld een aparte groep ontstaat op een bepaalde plek in Nederland, in Utrecht, in Brabant of elders. U ziet hier een hele grove aanduiding daarvoor. De felgekleurde bolletjes zijn Nederlandse patiënten. U ziet dat er binnen Nederland eigenlijk al een soort onderscheid ontstaat, dat overigens nog wel complex is; dat moet ik zo nog even toelichten. U kunt zich voorstellen dat we op deze manier als het ware kunnen vaststellen en beredeneren hoe een infectie tot stand komt en of een infectie op één plek gebeurt; dan krijg je echt zo'n cirkel rond één lijn omdat ze allemaal heel erg nauw verwant zijn. Op die manier kan de GGD ook gebruikmaken van de genetische gegevens van het virus om als het ware geholpen te worden bij de interpretatie van verbanden die er al dan niet zijn.

U ziet hier dus drie grote clusters, met enigszins een onderscheid tussen Brabant en de rest van Nederland. Daarbij moeten we wel opmerken dat met name in Brabant de nieuwste analyses ook herhaalde introductie uit bijvoorbeeld Noord-Italië suggereren. Je zegt dus niet dat er bijvoorbeeld tijdens een gebeurtenis in Brabant een geweldige verspreiding heeft plaatsgevonden. Dat is natuurlijk weleens gesuggereerd. Dit soort onderzoek maakt duidelijk dat het toch complexer kan liggen. Als je plotseling veel gevallen bij elkaar vindt, kan dat ook komen door toch allemaal individuele introducties, die je dan misschien niet allemaal aan de basis gevolgd hebt. Dit is zeer waardevol onderzoek. Omdat het tijd kost, loopt het helaas altijd achter, maar het is een geweldige toevoeging aan de interpretatie, de vraag hoe wij moeten aankijken tegen nieuwe gevallen.

Momenteel hebben we natuurlijk met name verspreiding in Italië. Dat heeft ook geresulteerd in andere adviezen met betrekking tot reizen. Italië heeft zelf ook consequenties verbonden aan de verspreiding binnen dat land. We hebben dus momenteel een aantal gebieden. Allereerst is dat China, ofschoon China een afnemend aantal heeft, zoals u ongetwijfeld meeleeft. Dan is er Zuid-Korea. Over de situatie in Iran zijn we heel slecht geïnformeerd, denk ik, maar het aantal sterfgevallen in Iran suggereert dat

daar het nodige gaande is, omdat dat natuurlijk altijd maar de top van de piramide is. Als je dat uitrekenet, denk ik dat we lang niet alle gevallen uit Iran daadwerkelijk kennen. Wat betreft Italië weten we dat de meeste activiteit in Noord-Italië is, maar blijkbaar is de situatie in Italië dusdanig onzeker dat het kabinet daarover de conclusie heeft getrokken dat die gebieden moeten worden uitgebreid. Dat heeft natuurlijk ook consequenties voor reisadviezen. Ten slotte Singapore: daar was een situatie waarvan men meende dat men die niet onder controle had. Singapore zette zichzelf dus eigenlijk op de lijst, maar inmiddels lijkt de situatie daar wel onder controle. Er waren daar eigenlijk twee grote introducties. Dat betekent dat Singapore binnenkort waarschijnlijk van deze lijst af gaat. Ik moet er wel dit bij zeggen: als je kijkt naar de aantallen in Duitsland, in België al, maar ook in Frankrijk en zelfs Engeland, zie je toch dat een heleboel landen inmiddels brandhaarden hebben en toch behoorlijke aantallen gaan krijgen; helaas is dat de realiteit van de afgelopen weken. Het wordt natuurlijk moeilijk om zo'n beetje heel Europa bij reisadviezen te betrekken, maar we vinden het wel belangrijk dat iemand die op reis gaat, zich goed op de hoogte stelt van wat er gaande is op de plek waar hij naartoe gaat. De getallen daarover worden door de meeste Europese landen goed gerapporteerd. Je moet nagaan of je wel of niet eventueel naar gebieden gaat waar meer activiteit lijkt te zijn dan anders, want uiteindelijk is het natuurlijk ons aller verantwoordelijkheid om te proberen om zo weinig mogelijk introducties in Nederland te krijgen. We hebben dus landen waarvan we zeggen dat het risicolanden zijn; Italië is natuurlijk helaas inmiddels een bekend voorbeeld. Maar als mensen naar een ander land gaan, is het van belang dat zij zich op de hoogte stellen van de lokale situatie, want lokaal kan het weleens anders liggen dan gemiddeld in het land.

Dan wilde ik even kort ingaan op het feit dat we het afgelopen weekend extra onderzoek hebben verricht onder ziekenhuiszorgmedewerkers in Brabant. U ziet hier de ziekenhuizen die hebben meegedaan. Wat daarop in de blauwe kleur is geprojecteerd, is het aantal gevallen. Dat rapporteren we dagelijks; dat kunt u dus ook zo terugvinden. De gedachte achter het ziekenhuisonderzoek was dat we wilden nagaan hoe vaak medewerkers met klachten uiteindelijk ook positief blijken te zijn voor het coronavirus. Zoals u weet, aangezien het vanmiddag is gerapporteerd, ligt dat rond de 4%. Dat betekent dat we in Brabant toch nog steeds een andere situatie lijken te hebben dan in de rest van Nederland. Ik mag u misschien in de herinnering roepen dat een heleboel andere ziekenhuizen, onder andere het UMC Utrecht – misschien kan dr. Ellebroek daar straks wat over vertellen – ook al bij patiënten die in het ziekenhuis binnenkomen met griepachtige klachten hebben gekeken of er bijvoorbeeld een coronavirusinfectie speelt. Dat blijkt op een heleboel terreinen gelukkig nog laag te zijn, of bijna helemaal afwezig. Als het aanwezig is, is het vaak herleidbaar. In Brabant blijkt de situatie helaas anders te zijn. Je kunt je daarvan voorstellen dat het niet meer mogelijk is om al die individuele gevallen na te gaan.

Ik zie dat er een vraag is.

De voorzitter:

Ik wil voorstellen om de vragen na afloop van de presentatie te stellen. Anders krijgen we heel veel vragen tijdens de presentatie en raken we het overzicht kwijt. Ik verzoek om de presentaties af te maken, zodat we daarna over kunnen gaan op de vragen.

De heer Jansen (PVV):

Ik ben het met u eens, voorzitter, maar ik heb een vraag over het onderzoek.

De voorzitter:

Ja, maar ik stel echt even voor om die vraag na afloop van de presentatie te stellen. Er zijn meer mensen die het woord hebben gevraagd en ik moet één lijn trekken.

De heer Van Dissel:

Oké, dan komen we daar straks op terug, zeker. Er zijn een heleboel dingen te noemen over het onderzoek, en misschien komen die straks nog terug, maar de situatie in Brabant beschouwen we toch anders dan in de rest van Nederland. Eigenlijk is gisteren al besloten over een aantal maatregelen. We hebben de burgemeesters van de veiligheidsregio's gehoord. Zij hebben een aantal maatregelen uitgebreid. Daar is natuurlijk ook uitvoerig overleg over geweest: wat lijken nou de meest rationele maatregelen? Die grijpen in op het sociale verkeer. Dat is heel duidelijk als u zich realiseert wat daar gezegd is. Ze zijn er allemaal op gericht om de situatie in Brabant onder controle te krijgen. Uiteraard zal dat weer tot een vervolg moeten leiden. We moeten namelijk vaststellen of dat al dan niet effect heeft.

Dan wilde ik herhalen, ook van de gelegenheid gebruikmakend, welke adviezen we hebben. Ik zal die kort even toelichten, net als de logica erachter. De situatie is gewoon heel dynamisch, moet ik eraan toevoegen. Er zijn getallen over Nederland, er zijn getallen over provincies en er gebeurt een heleboel in het buitenland. Dat maakt dat we letterlijk per dag moeten vaststellen wat de meest rationele aanpak op dat moment is. U kunt zich voorstellen dat als bijvoorbeeld in Brabant hele intensieve maatregelen genomen worden en we import kunnen krijgen uit Duitsland, we dat toch moeten wegen met wat we in Brabant doen. Het tweede is dat we ons realiseerden dat de capaciteit van de GGD onder druk kwam te staan. Die hebben het echt geweldig druk. We hebben daarom een aantal versimpelingen aangebracht die we denken te kunnen doen zonder dat het ons huidige bestrijdingsbeleid raakt. Dat wilde ik u even laten zien. Ten eerste. Wat moeten personen doen die uit gebieden terugkomen waar corona-activiteit is of die contact hebben gehad met een bekende patiënt en die klachten krijgen? We wachten niet tot iemand aan de casusdefinitie voldoet, maar we gaan al bij de eerste klachten vragen aan zo'n persoon om in isolatie te gaan, dus niet meer sociale contacten aan te gaan, deze te vermijden en bestaande te beperken, thuis te blijven en niet naar het werk te gaan. Dat heeft het voordeel dat als zo'n verkoudheid overgaat in de casusdefinitie of uiteindelijk toch blijkt te berusten op het coronavirus, we iemand al vanaf het begin hebben geïsoleerd van zijn sociale omgeving. Dat is een geweldig voordeel voor de GGD, want dan kunnen ze het contactonderzoek beperken. De persoon in kwestie heeft zich immers meteen afgezonderd. Als de klachten erger worden – dan gaat het vooral om koorts of om klachten van benauwdheid, die op de lagere luchtwegen wijzen – dan is uiteraard overleg nodig. Uiteindelijk kun je dan in de situatie komen dat je wel bemonsterd moet worden. Ik noem dit ook omdat de situatie in Brabant momenteel is dat er nog veel influenza-activiteit is. Als je daar klachten krijgt, is de voorafkans dat het griep betreft ten opzichte van corona vele malen groter. Dat weten we ook weer van de onderzoeken. Dan verwacht je dat die alleen aan de bovenzijde blijven en niet altijd tot bemonstering hoeven te leiden. Of het zijn neusverkoudheden. Dat bespaart de GGD natuurlijk een heleboel werk. Als het toch het coronavirus mocht zijn, heb je alle bestrijdingsmaatregelen in wezen al ingezet op het moment dat iemand zich sociaal isoleert. Dat is een belangrijke verandering die de GGD een heleboel werk scheelt en die de bestrijding alleen maar steviger maakt. Je start dus al bij minder klachten.

Het tweede. In het geval van een bevestigde patiënt in een gezin hebben we besloten de follow-up van eventuele gezinscontacten te versimpelen. Daar geldt eigenlijk dezelfde aanpak. Een persoon in het gezin wordt als

bevestigd geval geïsoleerd, als thuisisolatie mogelijk is. Aangezien we in de eerste fase hebben gezien dat in gezinnen de meeste gevallen zich tot gezinsclusters beperken, die dus ontstaan nadat bij iemand de diagnose gesteld is, hebben we ook daarvan gezegd: gezinsleden blijf thuis als helder is dat iemand in het gezin het heeft. Eigenlijk met precies dezelfde gedachte. Als er een voorafkans is dat binnen dat gezin wellicht meerdere gevallen gaan ontstaan, ben je, als je al op voorhand begint om die personen sociaal te isoleren – dat is precies wat we van ze vragen – eigenlijk al begonnen met het bestrijden voordat iemand überhaupt klachten heeft gekregen en het coronavirus zou kunnen verspreiden. Dat heeft weer een geweldig effect op de GGD's, want dan krijg je in zo'n gezin niet een nieuwe opbouw van contacten die weer allemaal moeten worden nagelopen, omdat ze in feite al in een sociale afzondering zitten. Ook daar geldt dat we de voorafkans hoog achten. Als iemand klachten krijgt, bijvoorbeeld koorts, dan zal er overleg zijn met de GGD. Die monitort ze al vanwege de ene persoon in isolatie en kan nagaan of er al dan niet bemonsterd moet worden en of die persoon als positief beschouwd moet worden. Uiteraard hebben we daar weer uitzonderingen op. Dan gaat het met name om kwetsbare personen, kwetsbare ouderen. Daar willen we het zeker weten. Daar wordt dus weer wel bemonsterd. Maar ook dit is een interventie die zich in feite beweegt in de richting van het in stand houden van de capaciteit van de GGD. Dus de indexen waar het in feite om gaat met betrekking tot de epidemie onderzoeken en tegelijkertijd al vooruitlopen op eventuele isolatie van gezinsleden die later positief zouden kunnen worden. Dat heeft weer veel voordelen voor het beperken van contactonderzoek. Ongetwijfeld kan mevrouw De Boer dat nog nader toelichten.

Ten slotte hebben we de situatie in Noord-Brabant. Deze dia is misschien al wat verouderd. U heeft al gehoord dat de burgemeesters hebben gezegd: beperk je sociale contacten überhaupt, of je je nou ziek voelt of niet. Vanaf vrijdag hebben we gezegd: iedereen die voldoet aan verkoudheid of een acute bovenste luchtweginfectie, die nog niet zo heftig hoeft te zijn, moet niet meteen de huisarts bellen – die willen we niet overbelasten – maar wel in sociale beperking gaan. Dus: bouw geen nieuwe contacten op en beperk je huidige contacten. Blijf thuis, ziekt het uit en als het na een paar dagen weg is, dan was het een neusverkoudheid, wat natuurlijk nog steeds een veel hogere voorafkans heeft dan het coronavirus. Maar als het erger wordt, aanhoudt of andere klachten geeft, neem dan wel contact op met de huisarts, omdat dan eventueel moet worden beoordeeld of er bemonsterd moet worden door de GGD. Dit is het beleid dat we vrijdag hebben ingezet en dat erop gericht is om een eventuele verdere verspreiding te beperken. Iedereen met klachten gaat immers in sociale isolatie. De verspreiding dus niet laten toenemen, in afwachting van het onderzoek. Maandag hebben we, daarop prelude末end, gezegd dat we een aantal aanvullende maatregelen gingen nemen. Dat heeft u gisterenavond kunnen horen. We hebben een aantal maatregelen genomen die veel breder zijn, ook omdat we solidariteit willen tonen. De Brabanders moeten tenslotte voor de rest van Nederland ook meer dingen doen. Dan gaat het om dingen als handen wassen. Dat is geweldig belangrijk, met name als het zich via een neusverkoudheid zou verspreiden. Of het stoppen met handen schudden, ook al gaat dat niet altijd meteen de eerste keer goed, zoals u heeft kunnen zien. Dat zet het nog eens extra in de schijnwerpers. Dat heeft een gunstig effect, weten we, op de verspreiding. Dat zijn handelingen die voor heel Nederland gelden. Er is ook gezegd dat we voor Brabant een aantal dingen extra willen doen om het aantal contacten van mensen te verminderen. Thuiswerken is expliciet als voorbeeld genoemd. Er is ook een zogenaamd evenementenkader besproken. Dat biedt een afwegingskader om evenementen te evalueren. Zoals u heeft kunnen horen, hebben de burgemeesters daaruit conclusies getrokken en hebben ze, natuurlijk in

samenspraak met de GGD en het RIVM, een aantal maatregelen voorgesteld die zelfs nog verder gaan en die ook betrekking hebben, zoals u vanmiddag heeft kunnen horen, op een aantal evenementen die gepland waren, waaronder het gedeeltelijk inhalen – ik geloof dat ik het zo niet mag zeggen – van carnavalsactiviteiten die vanwege de storm waren afgelast. Daar is dus behoorlijk ingrijpend ingegrepen, allemaal met het idee om de verdere verspreiding te bevroren. De komende week – dat is eigenlijk de periode waarvoor dit is afgesproken – moeten we gebruiken om te zien wat de effecten zijn op het aantal gevallen in Brabant. Ik denk dat we ook moeten nadenken over de vraag of we zo'n onderzoek als we dit weekend gedaan hebben, tegen die tijd moeten herhalen om te zien wat de effecten zijn. Dus in Brabant zijn er veel meer acties dan elders in Nederland. Elders in Nederland zijn de acties vooral gericht op het nog eerder inperken van de situaties, het ontlasten van de GGD, maar wel goed kunnen vaststellen waar de infecties zijn.

De publiekscommunicatie is altijd belangrijk. Daar is het nodige gedaan vanuit de overheid, vanuit het ministerie. Er is natuurlijk altijd de vraag wat je zelf kunt doen om te voorkomen dat je besmet raakt. Besmet raken kan alleen als je in contact komt met het virus. En in contact met het virus kom je als je iets aanraakt, je handen niet wast en je vervolgens in je ogen zit. Op internet zijn er veel illustraties die laten zien hoe moeilijk het is om dat niet te doen. Als je het doet, was dan in ieder geval regelmatig je handen met water en zeep. Intensiever dat en probeer zeker om niet aan ogen, neus en mond te komen als je net dingen hebt aangeraakt. Stel dat dan uit. Het niet langer handen schudden is daar consistent mee. Daarnaast is er een aantal adviezen die met name gelden als je al een infectie hebt, ongeacht welke. Als je die wilt beperken in doorgifte, hoest en nies je in de binnenzijde van de elleboog of gebruik je wegwerpzakdoekjes. De persoon heeft het natuurlijk al ... Ik zie dat daar nu iemand een wegwerpzakdoekje gaat gebruiken. Dat is een mooie illustratie; we hadden het niet beter kunnen afspreken. Dat is een belangrijke maatregel, want daarmee voorkom je dat anderen ziek kunnen worden. Dat is toch een stuk solidariteit. Als je zelf ziek bent, heb je de verplichting, denk ik, om te zorgen dat je dat niet ongelimiteerd aan anderen geeft. Daar kunnen we zelf wat aan doen. Het is met name van belang voor de kwetsbare ouderen. We hebben al vaak gecommuniceerd dat dit voor de gemiddelde Nederlander, zeker voor jongeren, een fikse griep is of misschien zelfs minder dan een fikse griep, terwijl je voor de groep van 70-plus en zeker 80-plus deze griep gewoon niet wilt hebben. Dat is toch een verantwoordelijkheid van ons allemaal. We moeten daar niet te nonchalant mee omgaan en bedenken dat ons handelen invloed heeft op andere mensen. Een infectie heb je nooit alleen, zeggen wij als infectie-deskundigen dan. Dat betekent dat iedereen die een infectie heeft, de verantwoordelijkheid heeft om ervoor te zorgen dat hij die niet doorgeeft. Was goed je handen na contact met een ziek persoon. Dat moge evident zijn. Dat betekent ook dat iemand die hoest of niest en van plan is bij oma of opa langs te gaan in het verpleeghuis, zijn bezoek moet uitstellen. Bedenk dat je met je bezoek problemen meebrengt die voor jou misschien niet zo belangrijk zijn maar die toch geweldige gevolgen kunnen hebben. Wees je er dus van bewust dat iedereen een rol speelt bij het beperken van deze infectie. Dat is de boodschap die ik hier wil meegeven. Dat zijn voor dit moment mijn dia's. Misschien is het handig om nu op de ziekenhuizen over te gaan.

De voorzitter:

Dat lijkt me verstandig. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Ellebroek.

Mevrouw Ellebroek:

Ik wilde iets vertellen over de voorbereiding in ziekenhuizen op een grote uitbraak. Wat zijn de problemen die op ziekenhuizen afkomen als er veel

patiënten worden aangeboden met een infectie zoals Covid-19 in een epidemie? Dat levert onmiddellijk problemen op met de capaciteit. Ziekenhuizen zijn over het algemeen op dagelijkse basis al hoog bezet. Daarnaast is er verhoogde uitval van personeel, omdat dat zelf ziek kan worden of misschien zieke mensen thuis heeft. Ook is er verhoogd gebruik van de materialen, beschermingsmaterialen en dergelijke, of medicatie. De doelen die dan gesteld worden, zijn ten eerste natuurlijk het veilig opvangen van patiënten met Covid-19, in isolatie dus. Daarmee bescherm je ook andere, kwetsbare patiëntengroepen die wij in ziekenhuizen opgenomen hebben en al een onderliggende aandoening hebben. Daarnaast gaat het over de beschikbaarheid van het personeel, onder andere door ze de juiste beschermingsmaatregelen geven. Verder moet in het ziekenhuis de zorg voor andere patiënten gewoon door kunnen draaien.

Hoe doen we dit? Ik heb een aantal steekwoorden opgeschreven. Natuurlijk worden de patiënten met het virus geïsoleerd. Het gaat dan om verdachte patiënten en patiënten die het virus aantoonbaar bij zich hebben. Voor het personeel zijn er beschermende maatregelen. Ook is er beleid voor het geval dat het personeel zelf ziek wordt. Wanneer moet je thuisblijven? Wanneer mag je weer terugkomen? Dat is heel belangrijk. Wat doen we daarnaast als een personeelslid een onbeschermd contact heeft met een positieve patiënt? Bij deze uitbraak is de diagnostiek natuurlijk heel erg van belang. Wie test je? Hoe kun je verzekeren ze negatief zijn geworden? En het gaat vooral ook om het creëren van opnamecapaciteit.

In ons ziekenhuis hebben we een generiek draaiboek voor grootschalige uitbraken. Dat hebben we in dit geval, bij dit specifieke virus, uitgewerkt tot een deeldraaiboek. Dit moet u misschien even lezen op de hand-out; maar u moet nu vooral niet te veel gaan lezen. Het principe is dat we de epidemie grofweg in drie fases hebben ingedeeld. Dat ziet u op de bovenste rij. Fase één betekent dat wij de zorg aan dit soort patiënten kunnen leveren in de reguliere opnamecapaciteit. Dit geeft geen druk, want er is geen extra personeel nodig en er valt geen personeel uit. En alles wat we verder doen, loopt gewoon door. Fase twee is een stapje verder. Die kenmerkt zich erdoor dat er meer patiënten komen, waardoor de opnamecapaciteit al enigszins wordt beïnvloed. Wij moeten dan al capaciteit opschalen, extra personeel vrijmaken et cetera. Fase drie is de fase waarin de reguliere zorg en de andere dingen die we in het ziekenhuis doen, ernstig bedreigd worden doordat er heel veel patiënten tegelijk komen.

Dat hebben we uitgewerkt in getallen. Waar in de regio hebben we mogelijk wat hulp? Hoeveel opnames verwacht je in de regio en hoeveel opnames zijn dat dan per ziekenhuis? Dat is in de derde rij te zien. In de fases hebben we uitgewerkt wat het medische beleid moet zijn. Waar neem je de patiënten op? Wat zijn de hygiënemaatregelen? Op welke afdelingen doe je dat? Welk personeel zet je in? Hoe zorg je ervoor dat er personeel vrijgemaakt wordt? Welke impact is er op de rest van het bedrijf? Hoe bereiden we steeds de volgende fase voor, bijvoorbeeld door dingen te laten liggen die we normaal doen?

Ik herhaal de drie fases nog een keer. In fase één is er weinig opname van patiënten met Covid-19. We merken dat de andere dingen die we doen, daar dan nog niet door beïnvloed worden. We kunnen de patiënten dan opnemen in isolatieboxen in de reguliere opnamecapaciteit, bijvoorbeeld op een paar aangewezen afdelingen. In fase twee, als het patiënten-aanbod stijgt, hebben we voorzien dat we de verdachte gevallen in isolatie plaatsen, totdat we zeker weten of ze besmet zijn. En als ze besmet zijn, kun je meerdere patiënten op een zaal plaatsen en samen verplegen. Dit doen alle ziekenhuizen. We noemen dat cohorteren. Daarmee creëer je eigenlijk meer capaciteit. Op dat moment zullen we al wat minder andere dingen moeten doen. Daar moeten dan keuzes in gemaakt worden. Dat

geldt voor fase drie natuurlijk nog veel meer. We moeten dan misschien stoppen met bepaalde uitstelbare zorg. Onderwijs en dat soort taken komen in het gedrang. Ook moet dan aan personeelsleden verteld worden dat ze misschien niet meer op vakantie kunnen.

Hoe hebben we dit uitgewerkt? Met een groot team van alle betrokken afdelingen – dat gaat van facilitair bedrijf, schoonmaak, beveiliging tot de medische tak – hebben we poppetjes gezet op de crisisbeleidsstructuur die in ons ziekenhuis al vaststaat. De veiligheid van de medewerkers hebben we uitgewerkt op basis van wat er landelijk geadviseerd wordt. Ook hebben we de arbomaatregelen vastgesteld en het capaciteitsplan vastgesteld. Bij ons hebben we eigenlijk al een afdeling vrijgemaakt voor de volgende fase. We hebben bijvoorbeeld al een dagbehandeling verplaatst en zijn al personeel aan het plaatsen in afwachting van de volgende fase.

De diagnostiek is natuurlijk ook uitgebreid. Dat betekent onmiddellijk ook dat er minder testen kunnen worden gedaan voor de andere patiënten, de patiënten uit de reguliere zorg. Hoe zorgen we er verder voor dat we genoeg beschermingsmaterialen en medicijnen hebben? We hebben ook het opnameproces behandeld en de behandeling.

De communicatie naar patiënten, bezoek en personeel blijkt het allerbelangrijkste te zijn. Wat doe je als patiënt als je klachten hebt? Mag je dan nog naar een gewone afspraken komen of niet? Maakt het uit of je uit Brabant komt of niet? Dat hebben we helemaal uitgewerkt en communiceren we op allerlei manieren. Als mensen het ziekenhuis binnenkomen, zien ze het. Maar ze kunnen het ook zien via de website, via sms en e-mail. Dat geldt ook voor bezoek, natuurlijk, en voor personeel. Dat is op dit moment bijvoorbeeld al merkbaar in ons ziekenhuis, omdat ongeveer 10% van ons personeel uit Brabant komt. We hebben mensen met klachten gevraagd om thuis te blijven in afwachting van hoe het er verder uit gaat zien.

Verder hebben we met andere ziekenhuizen afgesproken dat wij gewoon de kritieke zorg blijven leveren die alleen maar in een academisch ziekenhuis kan gebeuren, ook als die mensen uit ziekenhuizen komen waar al besmette patiënten liggen. We stemmen dit natuurlijk af met de regio en het RIVM.

Dit is het organogram van het UMC Utrecht. We hebben een crisisbeleidsteam op het niveau van de raad van bestuur. Dat gaat over de doorgang van het ziekenhuis en de externe contacten. Verder hebben we een crisiscoördinatieteam. Dat heet in dit geval het coronacoördinatieteam. Dat is net een laag daaronder, met allerlei afdelingshoofden van diverse disciplines. Dat team draagt eigenlijk vooral zorg voor de capaciteit en de communicatie. Het stuurt de andere teams aan. Dan hebben we een Outbreak Management Team. Dat is vooral medisch, met artsen en verpleging. Daar ben ik de voorzitter van. Ook is er een hoofdenoverleg. Daarin zitten de apotheek, de beveiliging et cetera. Als het echt nodig wordt, dus als er meer patiënten per dag komen, gaan we ook een triageteam inrichten. En uiteraard is er het behandelteam. Wat gebeurt er momenteel in ons ziekenhuis en in vele andere ziekenhuizen met patiënten met een luchtweginfectie? Wie worden er getest? Wij volgen daarin het RIVM-advies. In principe zijn dat uiteraard de patiënten met een verdenking op CoV. Dat zijn patiënten met luchtwegklachten en koorts die uit een gebied komen waar veel overdracht is. Daarnaast testen we ook al enige weken andere patiënten met luchtwegklachten die worden opgenomen en die geen relatie hebben met een gebied waar Covid-19 voorkomt. Bij dergelijke patiënten doen we altijd al een test op influenza, op griep, en nu testen we dus ook corona 2019 mee. We doen dit vooral om te voorkomen dat patiënten op afdelingen ontdekt worden en daar dus verspreiding naar andere patiënten en personeel kunnen veroorzaken.

Wie worden er opgenomen? Eigenlijk zijn dat alleen maar mensen die zuurstof, infusen of andere zorg nodig hebben. Andere mensen kunnen gewoon naar huis. Waar nemen we ze op? In fase één dus op de aangewezen afdelingen met isolatieboxen. In fase twee gaan we een cohort maken op een vleugel. En in fase drie moeten de cohorten worden uitgebreid.

Voor de diagnostiek is uitbreiding van de capaciteit nodig. In ons ziekenhuis – maar dat geldt ook voor de andere academische ziekenhuizen – worden niet alleen patiënten van het eigen ziekenhuis getest die op de eerste hulp komen, maar ook de patiënten van de ziekenhuizen in de regio totdat die capaciteit kan worden uitgebreid. Wij zijn zelf begonnen met een pilot om personeel te testen bij klachten. Het Maasstad Ziekenhuis ook, heb ik gelezen. Op die manier kunnen we ervoor zorgen dat we het personeel zo snel mogelijk weer aan het werk hebben. In ons lab zijn in twee weken tijd 650 patiënten uit de regio getest voor de verschillende ziekenhuizen. Dit zijn dus geen tests van mensen thuis. 180 patiënten waren van ons eigen ziekenhuis. Zoals in de media duidelijk is gepubliceerd, zijn er drie patiënten van een aantal ziekenhuizen positief getest. In ons eigen ziekenhuis is dat nog bij niemand het geval.

Dit is de centrale afnamelocatie die is ingericht voor onze eigen werknemers op de nullaag van onze garage die daarvoor is vrijgespeeld. We kijken eerst of het echt nodig is of personeel een test moet krijgen. Als dat het geval is, kunnen zij met de auto aankomen, het raampje openen, de mond openen en dan getest worden. Ik denk dat dit een goede manier is om ons alvast voor te bereiden op de fase waarin dat echt nodig lijkt. Wat doen we landelijk? Wij delen draaiboeken. Met de landelijke vereniging voor infectiologen maken we momenteel een generiek format voor het draaiboek. Dat is gebaseerd op de fases die ik net heb laten zien. Dat delen we dan met iedereen. We moeten ook triagecriteria voor opname uitwerken voor als er heel veel patiënten komen. Wie neem je op? Wie kan misschien toch naar huis of naar een andere faciliteit? Ook is het medisch behandelprotocol landelijk uitgewerkt, mogelijk met virusremmers die we eventueel kunnen inzetten. We hebben verder afgesproken om een landelijke patiëntenregistratie te gaan doen. Daar kunnen we dan achteraf goed naar kijken. Bovendien zijn er afspraken over de uitwisseling van materialen, zoals beschermingsmiddelen, omdat de aantallen per ziekenhuis kunnen wisselen.

Over de criteria had ik al gesproken.

Dan zeg ik iets over de intensive care, over de ic-capaciteit in Nederland. Er zijn ongeveer 1.000 bedden met verpleging. Er zijn meer bedden, maar we hebben het altijd over bedden met verpleging. Voor het geval dat er opgeschaald moet worden, worden er plannen gemaakt zodat ook daar gecohorteerd zou kunnen worden en dat er beadingsmachines en personeel van andere afdelingen komen, zoals van de operatieafdelingen en wellicht van extern. Dit alles is gebundeld in een Taskforce Infectieuze Bedreigingen in Nederland. Die werkt een aantal zaken uit. Zij maken ook gebruik van bestaande verwijstructuren, regionaal en nationaal, voor het geval dat er patiënten in een andere ic andere zorg kunnen krijgen. Zij hebben ook Europese verbanden. Dat is het in het kort over de intensive care.

Dit was eigenlijk wat ik wilde vertellen.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Ik kijk nu in de richting van mevrouw De Boer. Gaat uw gang!

Mevrouw De Boer:

Dank u. Ik heb een heel ander verhaal, niet vanuit een ziekenhuis of intensive care. Ik ben directeur van een GGD voor 1 miljoen inwoners. Wij hebben op dit moment tien besmettingen en zijn dus een soort gemid-

delde regio op het kaartje van Nederland dat de heer Van Dissel liet zien. Bij ons gebeurt er eigenlijk nog niet zo heel veel. Tien mensen zijn besmet en twee van hen zijn intussen alweer beter. Eén van hen ligt in het ziekenhuis.

Je zou dus denken: waar ben je dan druk mee? Wij hebben het echt verschrikkelijk druk, omdat rond al die patiënten contactonderzoeken gedaan moeten worden. Die contactonderzoeken zijn ontzettend bewerkelijk, want elke keer moet uitgevraagd worden waar iemand geweest is en welke type contact hij heeft gehad. Dat vergt gewoon heel erg veel capaciteit.

Daarnaast bellen er per dag honderden mensen naar een GGD als de onze. Ze hebben vragen die beantwoord moeten worden. We hebben dus niet alleen de capaciteit aan het werk die er gewoonlijk voor infectieziektebestrijding is, maar er zijn daarnaast ook mensen aangehaakt die we eerst hebben getraind en geschoold en die normaal gesproken reizigersvaccinaties doen of de soa-poli's bemensen. In de telefoonteam hebben we mensen die allerlei andere activiteiten doen, van beleidsmedewerkers tot secretaresses. Alle mensen die standaardantwoorden kunnen geven, hebben we in een soort voorwachtfunctie gezet. Daarnaast is er een achterwachtfunctie die bemenst wordt door verpleegkundigen en artsen. De werklast is dus ook bij een GGD in een regio waar het nog redelijk rustig is, bijzonder hoog.

We zijn blij met de maatregelen en richtlijnen die uitgevaardigd worden om de contactonderzoeken in te perken. Wij zijn blij met alles wat al met thuisisolatie kan worden opgevangen. Het contactonderzoek daarvan wordt eenvoudiger, omdat iemand dan niet heel veel contacten meer heeft gehad vanwege het feit dat hij preventief, voordat hij echt ziek is geworden, thuis is gebleven. Dat helpt. Desondanks is de werklast enorm hoog.

Bij onze GGD is die dus al hoog. Mensen werken in het weekend en in de avonden door. En dat zijn allemaal mensen die daarvoor normaal gesproken niet ingeroosterd zijn. Over de vergoeding moeten we het nog hebben, want deze mensen vervullen normaal gesproken dat soort functies niet. Zij doen dat nu wel uit betrokkenheid en vanwege hun verantwoordelijkheid voor wat er speelt. Dat doen ze graag, omdat ze graag voor de volksgezondheid werken, maar het eist wel zijn tol en we zijn nog maar aan het begin, denk ik. Dit is dus echt een serieuze kwestie. Nu houden we dit nog wel allemaal vol – dat gaat – maar op een gegeven moment zal de balans tussen de extra inzet en de hoeveelheid werk en de mate van circulatie van het virus die gaat plaatsvinden omdat we de contactonderzoeken en het hele stringente beleid niet meer volhouden, anders uitwerken. Op een gegeven moment hou je het dus allemaal niet meer zo gaande als GGD. Dan kunnen we dat niet meer helemaal redden, ook al hebben we ook mensen van andere organisaties ingehuurd en erbij geplaatst en hebben we intern alles anders georganiseerd. Dan nog krijg je op een gegeven moment dat het niet meer helemaal werkt en daardoor zou de verspreiding van het virus toch niet meer zo goed opgevolgd kunnen worden als nu gebeurt. Dat vind ik een hele reële zorg, die ik u niet wil onthouden. Dat is de GGD-kant van het werk waar ik verantwoordelijk voor ben.

Aan de andere kant ben ik als directeur binnen de veiligheidsregio verantwoordelijk voor de geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio. Daarin organiseren wij met de andere hulpdiensten, dus politie, brandweer en bevolkingszorg, hoe we ons kunnen voorbereiden voor als deze crisis groter zou worden en bijvoorbeeld zou leiden tot maatschappelijke onrust of tot incidenten na afgelasting van een groot incident of wat dies meer zij. Een onderdeel daarvan is dat wij samen met het ROAZ, het Regionaal Orgaan Acute Zorg, persoonsbeschermende middelen inventariseren bij alle zorginstellingen, om te komen tot een herverdeling, aangevuld met een landelijke inkoop van die middelen. In de regio

betekent dat ook zoiets concreets als dat er dus ergens een voorraad moet liggen, die beveiligd moet worden. Dat is ook iets wat gewoon uitgedacht en concreet geregeld moet worden. Er zit dus heel veel regelwerk aan. Dat vergt niet alleen capaciteit van de GGD maar dus ook breder, van de andere betrokken hulpdiensten in een veiligheidsregio. Ik denk dat dat u voor nu een beetje inzicht geeft in het type drukte dat wij ervaren.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan kijk ik nu in de richting van de Kamerleden. Ik zou willen voorstellen om, net als bij de vorige briefing, eerst de eerste vijf en daarna de tweede vier vragen te inventariseren. Daarbij merkt u dat ik de vragen per fractie toedeel. Dat zijn twee korte vragen of één wat langere vraag. Ik begin met de heer Hijink namens de SP. Gaat uw gang.

De heer Hijink (SP):

Dank, voorzitter. En net als de vorige keer wil ik ook onze gasten heel hartelijk danken voor hun komst. Het is voor ons namelijk heel waardevol dat zij iedere keer maar weer komen opdruven om ons te informeren. We zijn erg blij dat zij dat doen, en ik denk dat ik nu voor iedereen spreek. Ik heb twee vragen.

De eerste vraag gaat over de situatie in Noord-Brabant. Uit het onderzoek onder de zorgverleners blijkt dat 4% besmet is. Ik zou graag van de heer Van Dissel willen weten welke conclusie wij daar nu uit moeten trekken. Moeten we die lijn doortrekken naar de rest van de bevolking in Brabant? Of zegt dit vooral iets over de zorgverleners? En als we dus een lokale verspreiding van het virus zien in Noord-Brabant, welke gevolgen heeft dat dan voor mensen die de provincie in- en uitreizen? De maatregelen die nu worden genomen, zijn namelijk binnen Noord-Brabant gericht, maar er zijn natuurlijk ook heel veel mensen die in contact staan met mensen daar, en de provincie in- en uitreizen.

Mijn tweede vraag is voor mevrouw De Boer van de GGD. Zij stelt dat het mogelijk niet vol te houden is wat we nu aan het doen zijn. Ik zou graag willen weten of er al GGD-regio's zijn waar dit al aan de hand is, waar we dus feitelijk moeten vaststellen: we moeten hier zo veel contactonderzoeken doen dat het eigenlijk niet meer vol te houden is.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg, CDA.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Mijn vragen zijn voor meneer Van Dissel. Wat ik mij afvraag, is wanneer mensen nu precies getest worden. In ziekenhuizen is er intussen de instructie dat er, als het onduidelijk is maar iemand wel longklachten heeft, toch getest wordt. Het is voor mij onduidelijk, en ik hoor daar ook verschillende berichten over, dat de ene huisarts bij wijze van spreken eerder laat testen dan de andere huisarts. Daar wil ik dus graag meer duidelijkheid over hebben.

Ten aanzien van Brabant heb ik de volgende vraag. Op uw allereerste sheet merkte u op dat er nog asymptomatische verspreidingonzekerheid is en dat het virus zich vermeerdert, maar wel met fouten. Ik zat aan de Q-koorts te denken. Is er een reden waarom men in Brabant gevoeliger is, of het virus zich in elk geval anders verspreidt dan elders?

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Jansen, PVV.

De heer Jansen (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Mijn eerste vraag is de volgende. Het RIVM houdt geen cijfers bij over genezingen, omdat daar in Nederland geen meldings-

plicht voor bestaat. Doen we dat dan helemaal niet, of is het misschien toch handig om dit soort cijfers wel te hebben? Dan kun je namelijk ook zien in hoeverre mensen die besmet raken, genezen, en wat de kans is op genezing. Dat is misschien ook geruststellend voor veel mensen. Mijn tweede vraag gaat eigenlijk over het punt waar de SP ook naar vroeg, namelijk de resultaten van de steekproef onder de medewerkers. Hoe moeten we die duiden? En zitten de 28 medewerkers die daarin zitten, ook in het cijfer van die 382 van vandaag? Ik neem aan van wel, omdat de datum en de tijd ongeveer hetzelfde zijn, maar ik krijg graag een verduidelijking.

De voorzitter:

Dank u. Mevrouw Diertens, D66.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Ja, dank u opnieuw voor deze briefing. We hebben ook weer een hele mooie hand-out gekregen, maar ik vraag me wel af waar de statistieken zijn gebleven. Ik heb daar een vraag over, omdat dat zo vaak in gesprekken wordt genoemd: ja, maar als we naar Italië kijken, dan ... Vorige keer hadden we statistieken, om toch een beetje een beeld te krijgen van hoe die ontwikkeling in Italië is ten opzichte van wat wij hier in Nederland willen, en hoe de organisatie van de zorg is in vergelijking met Nederland. En op welke wijze hebben wij geleerd van eerdere infectieziekten? Wordt dat ook meegenomen?

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Veldman, VVD.

De heer **Veldman** (VVD):

Voorzitter, dank. En dank aan de gasten voor opnieuw een heldere uiteenzetting van waar we op dit moment staan. Ik heb twee vragen. Er zijn nu 382 mensen getest besmet. Nu heb ik begrepen dat gezinsleden van mensen die getest besmet zijn, gezien worden als positief. Moet ik het zo zien dat die gezinsleden nu onderdeel uitmaken van die 382? Of wordt het vooral zo benaderd vanuit het idee dat ook die mensen dan het advies krijgen om vervolgens thuis te blijven en thuis uit te zieken? Mijn tweede vraag gaat ook over die 382. Dat aantal is de afgelopen dagen natuurlijk gegroeid. Ik begreep uit de media, en ook de heer Van Dissel zelf gaf dat aan, dat deze stijging een verwachte stijging was op basis van de eerste signalen die we hadden. Ik ga nu misschien een onmogelijke vraag stellen, maar wat is de verwachting van het aantal op basis van de situatie die we nu zien? Het zal vast nog verder stijgen, maar vanaf welk aantal zal naar uw gevoel gezegd kunnen worden: dit is een aantal dat we niet hadden voorzien?

De voorzitter:

Dank u wel. Mag ik als eerste kijken in de richting van de heer Van Dissel voor de beantwoording? Gaat uw gang.

De heer **Van Dissel:**

Ik zal zo goed mogelijk proberen te antwoorden. Misschien kan ik even een aantal vragen samennemen die gaan over de teller. Ik heb ook suggesties gehoord, die we natuurlijk gaan meenemen. Ik wilde u nog even meenemen naar de tijd van de Mexicaanse griep. Toen zijn we op een gegeven moment ook gestopt met het rapporteren van de aantallen. Toen hadden we één keer per week een teller. Nu is de druk zo groot dat we dagelijks een teller hebben. Die proberen we natuurlijk zo goed mogelijk te updaten, maar u moet zich realiseren dat daar natuurlijk iets arbitrairs in zit, en ook in het feit dat je het om 14.00 uur doet. Het betekent dat iemand die later wordt gerapporteerd, er bij de volgende dag

bij komt. Ik wil dus een beetje waken voor een overinterpretatie van die teller. Die geeft natuurlijk wel een belangrijke indruk, maar die geeft een trend weer. Ik merk het ook aan de media. Die gaan dan zeggen: god, vandaag zijn het er minder dan gister, dus we zijn op de terugtoer. Dat moeten we niet uit die teller proberen te halen. Die geeft een trend weer en je moet het echt over meerdere dagen doen.

Dan twee belangrijke punten daarbij. U heeft terecht genoemd de gevallen die genezen zijn. We zouden niets liever doen dan die ook op een teller zetten, een aparte uiteraard, want we realiseren ons hoe belangrijk het is. Dokter De Boer zegt hier bijvoorbeeld dat twee van de tien in Den Haag al genezen zijn en gewoon weer aan de slag kunnen. Ik wil niet zeggen dat geeft de burger moed in deze moeilijke tijden, maar het is natuurlijk toch een belangrijk signaal dat mensen doormaken, genezen en gewoon weer doorkunnen. We zullen het dus zeker proberen, maar het volgt momenteel niet automatisch uit onze rapportagesystemen. Dat betekent dat we daar extra moeite voor doen, maar we zijn er wel echt naar aan het kijken om dat voor elkaar te krijgen.

Hetzelfde geldt voor het aantal testen; dat heeft u nog niet genoemd. Eigenlijk zou je dat ook wel willen weten, ook om een gevoel te krijgen van de verhouding: we hebben er nu 382; is dat nou op 382 testen of is dat op 10.000 testen? Het antwoord is dat je meer in die laatste regio zit dan bij die 382. Het zullen er misschien geen 10.000 zijn, maar we hebben duizenden testen gedaan. Dat geeft dan iedereen misschien ook een veel beter idee. Nu is het: kijk, er wordt breed getest en dit aantal wordt positief bevonden. Dat daar een surplus tussen zit die allemaal negatief is, is natuurlijk ook belangrijke informatie. Dat realiseren we ons allemaal en daar willen we graag aan voldoen, maar dat vereist gewoon nog meer werk. En u mag ervan uitgaan dat het ook op het RIVM druk is, maar we proberen het allemaal voor elkaar te krijgen.

Er werd ook een hele terechte vraag gesteld over de gezinnen. Als we nu een bewezen index hebben en er binnen dat gezin meerdere mensen klachten zouden krijgen, dan gaan we die niet meer allemaal testen. Dat heb ik al aangegeven. Dat doen we om testcapaciteit te behouden voor bijvoorbeeld het testen van zorgmedewerkers. We vinden het namelijk noodzakelijk dat die aan de slag kunnen, met name de kritischezorgmedewerkers. Dat betekent dat mensen die nu niet meer getest worden, ook niet meer toegevoegd worden aan de teller. Ook daarvoor willen we natuurlijk een oplossing vinden, omdat we de teller niet omlaag willen hebben door er een aantal niet meer te gaan testen. Ik wil wel benadrukken dat dit iets is wat pas net besloten is. We willen dus een systeem hebben waarbij we hopelijk vanuit de GGD's, die de informatie moeten aanleveren aangezien ze de gezinnen al monitoren vanwege de positieve persoon daarin, ook getallen krijgen waarbij we weliswaar niet getest hebben maar die we wel als positief beschouwen. We willen die teller dus verfijnen – daar komt het op neer – en het liefst met genezen personen en met een indruk van hoeveel mensen er getest zijn, en het liefst ook met nadere informatie over personen die niet meer getest zijn maar in feite wel gerekend moeten worden tot de uitbraak.

Dan was er de vraag over de getallen van vandaag. Zitten daar ook alle gevallen in die uit het onderzoek komen? Daar kan ik nog niet helemaal antwoord op geven, domweg omdat we maar voor sommige confirmaties hebben. Dan krijg je weer dat daar een delay in kan zitten. Ik weet werkelijk niet of die vandaag al allemaal zijn toegevoegd, maar dat zou zeker betekenen dat die er morgen bij zitten. Dat bedoel ik als ik zeg dat we niet elke dag nauwkeurig kunnen zeggen of het plus of min één is ten opzichte van gisteren. Soms gaat er een klein groepje door naar de dag erna. We hebben ook een aantal keren gehad dat het getal naar beneden moest worden gecorrigeerd, en ook dan doen we dat pas later. Dus als het er niet nu bij zit, volgt het zeker morgen. Ik weet dus niet 100% zeker of ze er nu allemaal bij zitten. Van een deel weet ik het wel zeker.

Nog even doorgaand over de teller, was er de vraag over de statistieken in Italië. Dat is heel complex. We krijgen een getal, dat u ongetwijfeld ook in de media leest, van inmiddels duizenden gevallen en een aantal overlijdens in Italië. Daarbij doet zich het volgende probleem voor. We hebben binnen Europa en binnen het ECDC, dus Europees centrum voor infectieziektecontrole in Stockholm, rapportagetools gemaakt waar wij braaf onze getallen in zetten, zodat Europa op de hoogte is. En helaas moeten we constateren – dat zal ongetwijfeld zijn omdat men het in Italië razend druk heeft – dat dat vanuit Italië niet gebeurt. Dus waar we in de krant lezen dat er duizenden en duizenden gevallen zijn, weten we officieel via onze Europese rapportagetool van twee gevallen. Dat is natuurlijk niet reëel; dat begrijpen we allemaal. Daarbij is dus een probleem ontstaan in Italië, en als u van mij wilt horen hoe ik dat interpreteer, zeg ik dat ik daar gewoon grote problemen zie. Dat krijgen we ook terug van collegae. Ik denk dat dat voor collega's van dr. Ellerbroek idem dito geldt. We krijgen brieven van ic-artsen in Italië over wat er allemaal aan de hand is. Daar spelen dus echt grote problemen, maar ik durf mijn hand niet in het vuur te steken voor de exacte aantallen. Dat neemt niet weg dat daar natuurlijk grote problemen zijn; dat zien we allemaal. Ik zie dat er iemand wil interrumpen.

De voorzitter:

Nee, het spijt me. We zitten krap in de tijd en ik wil iedereen de gelegenheid geven om een vraag te kunnen stellen. Wellicht als we tijd over hebben in de tweede ronde.

De heer Van Dissel:

We weten niet 100% zeker wat er in Italië aan de hand is. Dat er een groot probleem is, staat denk ik wel vast. Voor de duidelijkheid: we hebben natuurlijk contacten met onze collegae in de gezondheidsinstituten in Italië, maar ook daar krijgen we geen 100% zekere getallen van. We hopen uiteraard dat dat voor de rest van Europa wel geldt. Er is gezegd dat we dat nou niet geüpdatet hebben. Ik heb het nu niet op de slides overgenomen, maar er zijn een aantal uitstekende websites, onder andere van Johns Hopkins, die ik u kan aanbevelen. Die geeft per dag grafieken voor alles wat u aanklikt, apart en ook tezamen. Dat zijn ook websites die wij gebruiken, want die verzamelen dat soort dingen uit de gegevens. Dan zie je ook de getallen van België, Duitsland en de landen om ons heen, die natuurlijk in belangrijke mate ook bepalen hoe wij ermee om kunnen gaan.

Er is ook gevraagd of we geleerd hebben van eerdere infecties die ons getroffen hebben. Ik denk dat dat zeker zo is. We hebben al een keer eerder – ik denk twee keer terug, misschien drie keer; ik weet het niet meer – geïllustreerd dat we een systeem hebben opgezet naar aanleiding van de SARS-uitbraak. We hebben toen de IHR genoemd, het systeem van de International Health Regulations, dat zich vertaalde in een nieuwe publiekegezondheidswet. Er is toen een heleboel geleerd. Je ziet nu dat die systemen wel onder druk kunnen komen te staan. Ik denk dat wat dr. De Boer heeft gezegd dat ook weer illustreert. Overigens heb ik het gevoel dat we in Nederland buitengewoon goed samenwerken. Dat wil ik echt benadrukken. Maar goed, dat moet u natuurlijk ook van anderen horen en niet alleen van mij. Het kan altijd beter. Een wrifpunt is altijd communicatie. Als er een maatregel wordt verkondigd, zijn er binnen groepen altijd uitzonderingen die zo'n groep treffen die je nou eenmaal niet in de algemene maatregel kan meenemen. Het vereist dus altijd weer aanvullend overleg. Daarvoor hebben we in Nederland de structuur van het BAO, het bestuurlijk afstemmingsoverleg, dat altijd volgt op een bijeenkomst van het Outbreak Management Team. In het BAO moeten al die knelpunten in ieder geval worden benoemd en opgelost, en hopelijk worden ze ook voorzien van goede communicatie.

Even zien. Over de cijfers hebben we het nu gehad. Er waren ook vragen met betrekking tot Brabant, het onderzoek in Brabant en hoe we dat nou moeten interpreteren. Voor het weekend kregen we signalen uit Brabant dat zorgverleners positief waren getest. Dat geeft natuurlijk altijd onrust. Bovendien was daar niet of in mindere mate duidelijk wat de infectieketen was. Dat hebben we ook gecommuniceerd. Waar we het in de rest van Nederland nog redelijk kunnen terugvoeren tot Noord-Italië en clusters, was dat in Brabant niet meer zo helder het geval. In het weekend wilden we graag onderzoek doen waarin je dat documenteert. Natuurlijk zou je dat het liefst doen in de bevolking. Maar u kunt zich voorstellen dat als wij vrijdag hadden gezegd morgenochtend gaan we samplen in de bevolking, dat een geweldige onrust zou hebben gegeven. Door te samplen in ziekenhuizen en bemonsteringen te doen bij medewerkers met lichte klachten, krijgen we getallen terug die het ziekenhuis weer helpen met betrekking tot de inzet van zorgpersoneel. Daar is dus uiteindelijk voor gekozen. Meer dan 1.000 zorgmedewerkers hebben meegedaan, echt een heel groot aantal, zoals u ziet eigenlijk in alle Brabantse ziekenhuizen en dat allemaal op afroep in een paar uur. Ik wil nogmaals benadrukken hoe dankbaar wij zijn voor die samenwerking. Dat is toch echt redelijk uniek, want ik heb nog niet gehoord dat men dat elders zo snel kon doen. Daar komt dan een beeld uit dat natuurlijk wat wisselt tussen ziekenhuizen, maar dat overal aangeeft dat er toch een percentage positieve medewerkers is.

Zoals helaas met elk onderzoek, moet ik zeggen als medewerker, heb je dan een onderzoek dat natuurlijk weer een heleboel nieuwe vragen oplevert. Die zou je allemaal graag beantwoord willen hebben, maar zo gaat dat nou eenmaal niet in real life. Bovendien staat er nu ook een geweldige druk op. Wat weten we bijvoorbeeld van de klachten van zorgmedewerkers? We weten dat ze altijd meer klachten hebben dan personen in de samenleving. Dat is natuurlijk heel begrijpelijk, want ze werken in het ziekenhuis en daar worden die personen geconcentreerd. Als er in een ziekenhuis bijvoorbeeld een bepaald percentage met griep wordt gevonden, dan weet je dat het buiten het ziekenhuis altijd lager is. Dus wat zeggen die getallen exact over wat er gaande is in Noord-Brabant? Naar ons idee moeten we dat in ieder geval uitbreiden met het genetisch onderzoek dat ik net noemde. Als dat aantoont dat het in wezen allemaal aparte introducties zijn doordat het virus bijvoorbeeld sterk verschilt of als het clusters blijken te zijn van één type, dan kunt u zich wel voorstellen dat dat ons alweer geweldig verder helpt. Dat onderzoek kan hopelijk de komende dagen bij Marion Koopmans in het Erasmus Medisch Centrum gedaan worden.

Wat we in ieder geval al zien met de gegevens die we nu hebben, is dat er sprake is van meerdere aparte virussen, dus aparte introducties. We kunnen in ieder geval zeggen dat die medewerkers bijvoorbeeld in één ziekenhuis of in alle ziekenhuizen niet allemaal exact hetzelfde type hebben, wat suggereert dat ze in ieder geval niet elkaar hebben besmet, maar dat het aparte introducties zijn en dat er bijvoorbeeld ook niet één gebeurtenis is geweest waarbij het allemaal verspreid is, want dat zou natuurlijk ook kunnen. We weten natuurlijk dat ziekenhuismedewerkers ook door patiënten besmet kunnen worden. Daar hebben we in Brabant bekende gevallen van; die zijn natuurlijk meegeteld. We vinden dan bijvoorbeeld in dat genetisch onderzoek een identiek type bij een patiënt bij wie het vastgesteld is en bij een zorgmedewerker die blijkbaar in het proces besmet is geraakt. Ook dat speelt erdoorheen. Maar onze overallconclusie was toch dat dit erop duidt dat er in Brabant meer aan de hand is dan elders in het land. In feite is het een bevestiging van het vermoeden van vrijdag. We denken toch dat wat we vinden in de ziekenhuizen, ook al is het niet een-op-een, erop duidt dat er in gebieden een circulatie is, ook buiten het ziekenhuis.

Dat is eigenlijk de belangrijkste reden dat we vrijdag al zijn begonnen met extra maatregelen te treffen om te proberen de situatie zo veel mogelijk te bevroren in afwachting van een bevestiging, die we nu hebben, dat dat in zekere mate ook het geval is. Daar is gisteren al op geacteerd in het bestuurlijk afstemmingsoverleg. U heeft waarschijnlijk de brief van het OMT gekregen. Ik kijk even ... Ja, dat heeft u allemaal gelukkig. Daar ziet u al dat we het OMT-advies hebben uitgebreid met een lijst maatregelen waarvan wij van onze modellers weten dat ze effect gaan hebben op de contacten in Brabant en dus ook op de overdracht van het virus. Dat is besproken in het BAO. Een van de belangrijke dingen die daar bleven liggen, was natuurlijk: wat doe je nou met grootschalige evenementen en hoe moet je die daarin zien? Dat is apart opgeschreven. Daar is een beoordelingskader voor gemaakt waar ook een besluit over genomen is en dat uiteindelijk de burgemeesters moet helpen – daar ligt uiteindelijk de verantwoordelijkheid – om daar besluiten op te nemen. U heeft vanmiddag kunnen horen dat er ingrijpende maatregelen zijn genomen met betrekking tot evenementen die op korte termijn gepland stonden. Ik denk dat men in Brabant momenteel behoorlijk de riem aantrekt om te trachten het virus in te perken.

Als ik het even helemaal vanuit de andere zijde invlieg: we hebben het eerder gehad over het reproductiegetal. Laten we zeggen dat dat 2 is. Ik heb u, geloof ik, de vorige keer voorgerekend wat de formule was om uiteindelijk te kunnen begrijpen dat als we ongeveer 50%, 60% voorkomen, je dan een stabilisatie van het beeld krijgt. Daar wil je in ieder geval naartoe. We zullen de komende dagen moeten zien of dat ook gebeurt. We hebben daar een week voor uitgetrokken. Maar ik wil wel benadrukken dat het doel van deze maatregelen is ... Je kan altijd zeggen: waarom doe je dit niet en dat wel? Het is een pakket van maatregelen waarvan wij uiteindelijk verwachten: als de compliance goed is, met andere woorden, als men de bereidheid heeft om die uit te voeren ... Dat geldt dus met name voor het beperken van sociale contacten, zoals vanmiddag werd genoemd. Dat willen we natuurlijk helemaal voor mensen met klachten, omdat zij altijd meer zullen verspreiden. Dat trekt een hele zware wissel op Brabant, begrijp ik. Daarmee hopen we het reproductiegetal omlaag te kunnen drukken. Ik denk dat dat de filosofie achter Brabant is. Er zijn ook een heleboel evenementen afgelast, zoals u heeft kunnen horen. De burgemeesters hebben zelfs als het ware nog wat daarbovenop gedaan met betrekking tot wat het advies al was vanaf afgelopen vrijdag. Dus dat even ten aanzien van Brabant. Ik dacht dat ik de meeste vragen ... Ik weet niet of er nog vragen over zijn.

De voorzitter:

Even kijken. De vraag over de GGD gaat zo naar mevrouw De Boer. Wanneer beslist een zorgverlener te testen?

De heer Van Dissel:

De zorgverleners hebben daar natuurlijk een zekere vrijheid in. Wat wij adviseren op het RIVM, dat adviseren we. Dat betekent dat wij denken dat het belangrijk is om ons aan de case definition te houden. Voor de duidelijkheid: die verzinnen wij natuurlijk niet zelf. Dat is een afgemeten case definition die de WHO gebruikt, die het ECDC gebruikt en die de landen om ons heen gebruiken. Dus ook uit een oogpunt van vergelijken van gegevens kunnen we niet anders en willen we ook niet anders dan die definitie gebruiken. Dr. Ellerbroek heeft al genoemd dat we bij ziekenhuizen al langer het beleid hebben: jongens, test nou elke onbegrepen luchtweginfectie die niet meteen positief is voor influenza. Dat gebeurt ook, zoals u heeft gehoord. Sinds we dat hebben opgeschaald, kunnen huisartsen ook testen insturen. We kunnen natuurlijk niet van elke individuele test controleren waarom die exact gedaan wordt. Je hoopt uiteraard dat men zich aan de case definition houdt, want dat is uitein-

delijk ook belangrijk voor het vergelijken. Mocht een test positief worden, dan pakken we 'm altijd weer terug omdat de GGD er dan achteraan gaat. Er zal een zekere bandbreedte zijn wanneer men wel of niet test. Daar hebben wij uiteraard niet helemaal zicht op.

De voorzitter:

En er was nog de vraag van de heer Veldman: wat is de te verwachten stijging en wat is niet voorzien bij welke groep? Kunt u daar iets over zeggen?

De heer Van Dissel:

Als ik de toekomst kon voorspellen, dan had ik de Staatsloterij waarschijnlijk gewonnen. Nee, dat weten we natuurlijk gewoon niet. We hopen uiteraard dat we het kunnen beperken, maar we zijn natuurlijk ook afhankelijk van wat er in de landen om ons heen gebeurt. Nu is het nog helder dat er een link is met Italië. Als het in Duitsland, België en Frankrijk geweldig stijgt, dan wordt het natuurlijk ook voor ons steeds moeilijker, wat we ook doen.

De voorzitter:

Dank u wel. Er was nog een vraag voor mevrouw De Boer over de GGD's.

Mevrouw De Boer:

De vraag was of er al GGD's zijn die het mogelijk niet volhouden. Op dit moment kunnen de GGD's het nog aan. Dat doen ze door capaciteit te herschikken. Veel gaat nu naar de contactonderzoeken, het beantwoorden van vragen, bemonstering en zo. Er vindt inhuur plaats en GGD's steunen elkaar nu nog onderling. De capaciteit van de ene GGD wordt gebruikt bij een andere GGD. Zo werken we als één geheel samen, hoewel allemaal onder een ander bestuur.

Ik wil nog een aanvulling geven: hebben wij geleerd van eerdere uitbraken? Dat is zeker het geval. De generieke draaiboeken infectieziektebestrijding hebben hun basis gehad in de Mexicaanse griep van 2009. Op grond daarvan is het nu goed mogelijk om draaiboeken en plannen te maken.

Ook wil ik nog een aanvulling geven over het bestuurlijk afwegingskader voor evenementen. In Brabant is dat nu heel duidelijk geïmplementeerd en hebben de burgemeesters er een schepje bovenop gedaan. Maar ook in de andere regio's is dat leidend bij het nadenken over welke evenementen wel of niet doorgaan. Het wordt gebruikt door de geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio, gevoed vanuit de GGD, om de burgemeesters te adviseren over het wel of niet laten doorgaan van evenementen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan ga ik verder met het inventariseren van vragen. Mevrouw Sazias of de heer Van Otterloo, wie van u neemt het woord? Mevrouw Sazias, gaat uw gang.

Mevrouw Sazias (50PLUS):

Ik heb een paar vragen. Dat genetisch onderzoek vind ik heel erg interessant. Heb ik u, meneer Van Dissel, nou horen zeggen dat u vermoedt dat het mogelijk is dat het virus in Italië anders is dan het virus in China? Sowieso heb ik u al horen zeggen dat er een aantal verschillende typen zijn.

Dan een vraag waarvan ik niet weet of meneer Van Dissel of mevrouw De Boer die moet beantwoorden. We horen dat het aantal testkits beperkt is. Als wij op de manier doortesten zoals we nu doen, voor hoeveel weken hebben we dan nog genoeg kits? Of verwacht u daar problemen? Voor meneer Van Dissel ...

De **voorzitter**:

Dat waren volgens mij twee vragen, als ik goed geteld heb.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Mag ik maar twee vragen stellen? Dat kan écht niet.

De **voorzitter**:

We doen het allemaal, mevrouw Sazias. U sprak namens 50PLUS. We kijken straks of we nog ...

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Mag ik toch nog één vraag stellen?

De **voorzitter**:

Nee, eigenlijk niet.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Had ik het geweten, dan had ik namelijk mijn belangrijkste vraag het eerst gesteld.

De **voorzitter**:

Heel snel.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Omdat niet iedereen getest wordt, ben ik benieuwd of u een idee heeft van het werkelijke aantal besmettingen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. U sprak namens 50PLUS. Dan geef ik het woord aan de heer Van der Staaij, SGP. Gaat uw gang.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik heb een vraag over de evenementen, allereerst hoe ik het addendum moet lezen bij de brief van 8 maart. Daarin worden mogelijke beleidsmaatregelen genoemd om de uitbraak in te dammen. De mogelijkheid wordt ook genoemd om geen bijeenkomsten te houden met een groot aantal personen. Hoe moet ik dat precies lezen?

Mijn tweede vraag over de evenementen is in hoeverre het beleidskader ook beschikbaar is voor particuliere organisaties. Hoe een gemeente erop reageert of maatregelen wil nemen, is toch echt iets anders dan dat een organisatie een eigen afweging maakt aan de hand van zo'n kader. Is dat ook beschikbaar?

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Ploumen, Partij van de Arbeid.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Voorzitter. Ik heb één vraag die mij heel veel gesteld wordt door mensen die mij aanspreken. Voor hen doen we toch ook deze technische briefing, lijkt me. De vraag gaat over de procedure van de testen. Ik zou mevrouw De Boer of de heer Van Dissel willen vragen: hoe gaat dat nu precies in z'n werk? Klopt het dat het een tweetrapsraket is? Afijn, als u dat nog eens zou willen toelichten, dan zou u veel mensen daarmee informeren, denk ik.

Mijn tweede vraag gaat over de capaciteit in ziekenhuizen. We hebben gisteren een brief kunnen inzien, een openbare brief van de voorzitter van de vereniging van intensivisten. Ik vond die alarmerender van toon en in consequentie dan de presentatie die u heeft gegeven. Het gaat me niet over de emotie die daarachter zit, maar om: welke data gebruikt die voorzitter die leiden tot een conclusie dat we vrij snel naar een tekort

gaan? Deelt u die analyse voor de intensievecareziekenhuizen in Nederland?

De voorzitter:

Dank u wel. Dan de heer Renkema, GroenLinks. Gaat uw gang.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Allereerst had ik nog een vraag doorgeleid via de Griffie. Ik heb daar nog geen antwoord op gekregen, maar hoop dat dat nog komt. Er was verzocht of we vragen schriftelijk konden aanbieden en dat heb ik gedaan.

Ik heb daarnaast nog twee vragen. Vorige week in het debat zei de Minister vrij nadrukkelijk dat er sprake kan zijn van een kantelpunt. Op dat moment noemde hij daar twee redenen voor: als er heel veel meer extra risicogebieden komen en als het niet meer lukt om het bron- en contact-onderzoek goed uit te voeren. Ik heb goed geluisterd naar de bijdrage van met name mevrouw De Boer. Het is toch wel zorgelijk dat de GGD's zeggen dat het allemaal nog net lukt. Temeer daar de heer Van Dissel zegt dat de logische verbanden in Brabant eigenlijk niet altijd te vinden zijn, vraag ik me af of wij inmiddels bij dat kantelpunt zijn aangekomen. De tweede vraag krijg ik heel veel, dus ik stel die hier ook namens heel veel mensen die mij hierover benaderen. Zij zeggen dat er niet altijd meer wordt bemonsterd. Kinderen die ziek worden in een gezin waar iemand corona heeft, beschouwen we eigenlijk automatisch al als positief. Tegelijkertijd is er ook nog steeds heel veel influenza. Met name heel veel scholen en andere organisaties zeggen: hoe moet ik nu omgaan met ziekmeldingen van leerlingen, maar ook ziekmeldingen van leerkrachten? Moet ik nu zeggen better safe than sorry en ga ik vrij stevig zeggen: nou, kom maar niet? Of is dat nou niet nodig? Die vraag krijg ik heel veel, maar die kan ik niet beantwoorden.

De voorzitter:

Een heldere vraag. Dank u wel. We hebben inderdaad een inventarisatie gedaan en doorgeleid, zodat er in de presentatie rekening mee kon worden gehouden. We zullen straks even kijken of ze helemaal een-op-een beantwoord zijn. Ik geef als eerste weer het woord aan de heer Van Dissel.

De heer **Van Dissel:**

Ik loop de vragen af: genetisch onderzoek, Italië en China. Ik probeerde te illustreren dat er kleine, subtiele veranderingen in het virus zijn. Die maken niet dat het virus zich anders gedraagt, maar je kan het volgen. Het zijn dus als het ware kleine vlaggetjes die men in het laboratorium gebruikt om virussen aan elkaar te relateren. In die zin is het virus in Italië, zelfs het virus in Noord-Italië te onderscheiden van een virus elders in Italië en ook zeker te onderscheiden van China. Je verwacht eigenlijk dat naarmate er meer vermenigvuldigingen zijn, dus meer patiënten, zo'n virus langzaam wegloopt en dat je dat kan zien. Het zou dus kunnen dat je in de toekomst ook een virus aan Duitsland of zelfs aan Nederland ... Dus dat gaat eigenlijk steeds door. Dat is informatief, maar voor de duidelijkheid, het betekent niet dat we plots een heel ander virus hebben dat zich totaal anders gedraagt. Zo is het nog niet.

U had een vraag met betrekking tot het testen. Met betrekking tot de testen wil ik eigenlijk het liefst verwijzen naar het feit dat we een werkgroep van de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie en Virologie aan de slag hebben gezet om met creatieve oplossingen te komen. Daar zijn ze druk mee bezig. De inzet daarvan is natuurlijk steeds dat de testen gewoon beschikbaar blijven en dat we de indexgevallen kunnen testen en ook de zorgmedewerkers. Om de zorg in stand te houden, willen we zo min mogelijk dat iemand niet meer kan werken omdat er onzekerheid is of het coronavirus er al of niet is. De testen

worden daarop ingezet en de beroepsvereniging is bezig om dat op de juiste wijze op te lossen.

Het beoordelingskader voor evenementen is genoemd. Ik kijk even opzij naar de medewerker van VWS: dat is beschikbaar. Het zal ook beschikbaar zijn voor particulieren. Het geeft aan de hand van een aantal vragen een indruk van wat de risico's zijn in een situatie als deze.

U refereerde ook aan de OMT-brief. Alleen ter illustratie – het is in het BAO uitvoeriger besproken – noem ik een aantal maatregelen waar een grote groep modelleers bij het RIVM mee bezig is om te kijken: wat is nou de slimste maatregel om te nemen waarmee je bij wijze van spreken het grootste effect hebt op de verspreiding en het minste effect op het ontregelen van de samenleving? Als je een maatregel onderzoekt zoals grijp in in het openbaar vervoer – ik noem maar een maatregel – dan kan je je voorstellen dat dat effect zal hebben. Maar dat heeft ook een heleboel effect op de samenleving. Een maatregel als geen handen schudden is als het ware laaghangend fruit, want dan denken we: nou, dat lukt wel en dat heeft ook effect. Zo is die lijst opgesteld. Grote evenementen hebben aparte risico's, dus daar is een apart afwegingskader voor gemaakt. De bijeenkomst die hier genoemd staat was een voorbeeld. Waarop gemodelleerd wordt, waren bijeenkomsten van werk. Als iemand in een industrie of bij een bedrijf werkt en men bijvoorbeeld een scholingscursus organiseert waar 10 mensen of 50 mensen zijn, kan je uitrekenen wat het effect is als je dat soort dingen niet meer organiseert. Daar ging de regel over groepen van 10, 50 of 25 over. Dat is wat anders dan evenementen, die we echt apart zien. Voor de duidelijkheid: zo'n bijeenkomst wordt ook anders gemodelleerd dan bijvoorbeeld een schoolklas, waar ook 10 of 50 mensen – nou, 50 niet hoop ik – maar in ieder geval 10 of 30 aanwezig kunnen zijn. Dat even met betrekking tot de lijst, de evenementen en het afwegingskader.

De procedure voor testen zal Annette De Boer zo toelichten en voor de ic dr. Ellerbroek.

Dan de vraag met betrekking tot het kantelpunt. Eerder is genoemd dat een kantelpunt bereikt wordt op grond van twee gebeurtenissen. Het kan zijn dat we overweldigd worden en dat, ook al begrijpen we het, we het gewoon niet meer onder controle hebben en kunnen hebben. Dat heeft vooral te maken met de capaciteit van de GGD. De tweede gebeurtenis is natuurlijk het aantal infecties, waarvan we niet meer begrijpen hoe die kunnen worden teruggevoerd en hoe die ontstaan zijn. Bij het laatste is natuurlijk van belang dat je ook de tijd moet hebben om het te kunnen uitzoeken. Soms, als je de details ingaat, wordt het plotseling wel helder. Je kan je voorstellen dat als daar druk op komt en er steeds weer nieuwe bij komen, je dat allemaal niet meer voor elkaar gaat spelen en voor elkaar gaat boksen. Dan wordt bijvoorbeeld de genetische aanpak, het kijken naar het erfelijk materiaal van het virus belangrijker, want dat geeft je hele harde data over waar je het wel of niet aan moet relateren.

Wij proberen dat kantelpunt zo lang mogelijk voor ons uit te duwen. We hopen dat naarmate we meer bij de zomer komen, het virus zich ook wat aantrekt van de weersverandering en het uv-licht en dat het rustiger wordt. Dan zien we eind van het jaar wel weer wat er gebeurt. Het uitstellen heeft altijd zin. Om die reden hebben we ook de veranderingen aangebracht in de wijze waarop de GGD betrokken is bij gevallen, waardoor we het erg versimpeld hebben. Hopelijk kunnen we als het ware, ook al is de GGD druk, toch meer gevallen inventariseren, in minder detail dan nu, maar in voldoende detail om nog steeds van dat kantelpunt weg te blijven. Dat is wel belangrijk. We proberen het nog steeds te onderdrukken. Ook de burgemeesters in Brabant hebben dat terecht gezegd. We gaan alles op alles zetten om de komende week te kijken of dat lukt.

Maar er is natuurlijk een kantelpunt, als we het niet meer aankunnen en als er te veel introducties zijn. Nogmaals, je bent geweldig afhankelijk van

het buitenland. Niet alleen wat wij doen is belangrijk. Als landen om ons heen zeggen we doen het niet meer – u heeft het in de media kunnen lezen: dat zijn er verschillende – dan geeft dat uiteindelijk onherroepelijk meer belasting bij ons, omdat we nou eenmaal een land zijn met talloze contacten. Dat realiseren we ons, maar desalniettemin denken we: elke week winst is een week winst.

De bemonstering met betrekking tot influenza is nog genoemd. We hebben geconstateerd, ook vanwege dit extra onderzoek, dat er nog behoorlijk wat influenza-activiteit in het zuiden des lands is, maar we zien dat afnemen. We verwachten dat dat verder afneemt. Dat wordt ook apart bemonsterd in bijvoorbeeld de NIVEL-peilstations. Ik verwacht dat we dat verder omlaag zien gaan. Dat betekent dat als er activiteit komt en we daar het coronavirus in meten, er dan een kruising is van de voorafkansen op corona of op influenza.

Ik denk dat ik het meeste gehad heb.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw De Boer, en ik kom zo meteen bij mevrouw Ellerbroek.

Mevrouw De Boer:

Gevraagd is nog hoe het nou eigenlijk gaat als er getest wordt. Om te beginnen moet er dan een contact zijn van de huisarts met de GGD. Er moet een aanvraag gedaan worden. Dan is er overleg tussen de huisarts en de GGD dat er inderdaad een verdenking is, even ervan uitgaande dat de patiënt thuis is. Bij een patiënt in het ziekenhuis is het testbeleid anders. Ik vertel het nu vanuit de thuissituatie. Als de GGD op dat moment weet dat er iemand bemonsterd moet worden, gaat er een team heen ...

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Sorry, bemonsterd is getest, toch?

Mevrouw De Boer:

Eerst moet een monster afgenomen worden. Een team, volledig beschermd, gaat naar die persoon toe en neemt een neusswab en een keelwab af. Een beetje materiaal uit de neus en de keel gaat in een buisje en wordt opgestuurd naar het RIVM, naar het EMCR of intussen ook naar een ander lab. Of het nou een tweetrapstest is of niet, omdat het RIVM en het EMCR nu een hele stabiele test hebben, is de test tegenwoordig in één keer zodanig dat die een goede uitslag geeft en dat er dus maar één testuitslag nodig is. Bij de laboratoria die nog niet zo heel veel ervaring hebben opgebouwd als het RIVM en het EMCR komt er dan nog een bevestigingstest uit. Maar dat is steeds minder het geval, omdat steeds meer laboratoria deze test solide, betrouwbaar en valide kunnen uitvoeren. Tegenwoordig is er bij de meeste patiënten nog maar één testuitslag nodig.

De voorzitter:

Mevrouw Ellerbroek, gaat uw gang.

Mevrouw Ellerbroek:

De vraag over de ic-capaciteit is een hele terechte. De ic zal sneller door de fases 1 tot en met 3 gaan dan de niet-ic-afdelingen. Er is capaciteit te winnen door personeel en beademingsmachines – daar gaat het vooral om – van de operatieafdelingen te halen en in te zetten. Als grote operaties, die vaak door een ic-bezoek gevolgd worden of ingrijpende behandelingen uitgesteld kunnen worden, geeft dat mogelijk ook wat capaciteitswinst. Maar uiteindelijk klopt het dat het heel belangrijk is dat de epidemie geleidelijk verloopt en niet heel snel, zodat je minder opnames in een bepaald tijdsbestek krijgt. Het klopt wat u zegt. In fase 1

en 2 zoals we die nu hebben weergegeven, is het behapbaar en kan er waarschijnlijk ook nog wel iets meer. Maar als alle mensen tegelijk ziek worden, dan wordt het heel moeilijk. Maar dan wordt het voor iedereen heel moeilijk, denk ik.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Daarmee zijn alle vragen in de eerste ronde beantwoord. Ik zie dat mevrouw Sazias alsnog een vraag wil stellen.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Eén!

De voorzitter:

Ik ga ervan uit dat als ik u het woord geef, niet alle anderen weer een vraag stellen. Een heel korte vraag.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

De vraag is voor mevrouw Ellerbroek. U heeft het in uw presentatie een aantal keren over cohorten en cohortzones. Op basis waarvan maakt u die cohorten?

Mevrouw **Ellerbroek:**

Kunt u uw vraag nog even toelichten?

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

U heeft het in uw blaadje over de verschillende fases. U heeft het over cohortverpleging en cohortzones. Cohorten zijn verschillende groepen. Op basis waarvan maakt u die?

Mevrouw **Ellerbroek:**

Ja, oké. We zijn het volgende van plan. Mensen die met hetzelfde virus besmet zijn, kun je samen verplegen in tegenstelling tot wat we nu doen. Nu zetten we ze alleen in een kamer. Dat heet isoleren en dat kunnen we nu doen. Maar dat kost veel meer capaciteit en op een gegeven moment kunnen we niet meer als ziekenhuis. Als je heel veel patiënten hebt met hetzelfde virus, kun je ervoor kiezen om ze niet allemaal apart in een kamer, maar samen in een zaal te verplegen. De meeste ziekenhuizen kiezen er dan voor om dat in een bepaalde verpleegvleugel te doen waar je meerdere grote kamers hebt, maar ook nog isolatiekamers, waar ze de patiënten verzorgen. Dat kan gedaan worden met minder personeel dan als je allerlei boxen door het ziekenhuis hebt. Dat noemen wij cohorteren, het samen verplegen.

De voorzitter:

Dank u wel voor deze toelichting. Ik noem even dat donderdag 12 maart aanstaande vanaf 14.00 uur het plenaire debat zal plaatsvinden over de bestrijding van het coronavirus, dus dat is deze week. Meneer Van Dissel, mevrouw De Boer en mevrouw Ellerbroek, ik dank u zeer hartelijk voor uw tijd, uw komst, uw toelichting en de beantwoording van de vragen in een voor u enorm drukke tijd. Wij waarderen dat zeer; het was al door een aantal leden aangegeven. Nogmaals dank voor uw tijd. Dank aan de Kamerleden. Dank aan de mensen hier en de mensen die thuis of op een andere plaats deze technische briefing gevolgd hebben. Dank voor uw belangstelling. Daarmee sluit ik deze bijeenkomst.

Sluiting 19.48 uur.