

Vergaderjaar 2019–2020

**25 295**

**Infectieziektenbestrijding**

**Nr. 246**

**VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING**

Vastgesteld 14 april 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 18 maart 2020 gesprekken gevoerd over **ontwikkelingen rondom het 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: Post**

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

Aanvang 10.02 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. Hartelijk welkom bij de technische briefing van vandaag over de ontwikkelingen rondom het coronavirus. Een bijzonder welkom aan de genodigden van deze briefing vandaag. Dat is allereerst de heer Jaap van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM, en de heer Diederik Gommers, anesthesioloog-intensivist, verbonden aan het Erasmus MC en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care. En als ondersteuning van de heer Van Dissel de heer Menno de Jong, Professor of Clinical Virology van het AMC.

Uiteraard wens ik de aanwezige leden van harte welkom, alsmede iedereen die deze briefing volgt. We maken vandaag zoals vaker gebruik van een powerpointpresentatie. Voor iedereen die van een afstand meekijkt is deze helaas niet te zien via de beeldverbinding. Daarom is deze beschikbaar via de website van de Tweede Kamer.

Mensen die vaker met ons meekijken of in deze zaal zijn geweest, zullen opmerken dat we de briefing in een bijzondere setting houden. We zitten namelijk op grotere afstand van elkaar. Aangezien wij het voorschrift van het RIVM met betrekking tot de afstand tussen personen willen hanteren, is dit de setting zoals we die vandaag gebruiken. Ik stel voor om de technische briefing als volgt in te delen. De presentaties worden ook hier aan de aanwezige Kamerleden uitgedeeld.

Ik zou graag als eerste de heer Jaap van Dissel het woord willen geven voor zijn presentatie. Die zal ongeveer 20 à 30 minuten in beslag nemen, maar we nemen zoveel tijd als nodig. Daarna wil ik de vragen inventariseren. Ik zal dat in blokjes van vijf vragen doen, één vraag per aanwezige. Dan begin ik aan de linkerzijde, dan de tweede rij van de rechterzijde en de tweede rij. Als deze vragen allemaal beantwoord zijn, zullen we de tweede spreker, de heer Diederik Gommers, uitnodigen om aan tafel plaats te nemen. Mochten er nog vragen zijn die doorverwezen worden naar de ondersteuning van de heer Van Dissel, dan zullen we dat naar bevind van zaken doen.

Dan geef ik nu graag als eerste het woord aan de heer Van Dissel, met nogmaals het verzoek aan de Kamerleden om de vragen te bewaren tot de inventarisatieronde. De heer Van Dissel, mag ik u het woord geven?

**De heer Van Dissel:**

Dank u wel. Ik wil u meenemen op een aantal punten. Allereerst weer even een kort overzicht van waar het ook alweer om gaat en wat de karakteristieken zijn van het nieuwe coronavirus en de infectie die het veroorzaakt. Dan wilde ik u meenemen naar de situatie in Nederland op dit moment en een aantal kenmerken tonen van wat wij waarnemen aan de gevallen binnen Nederland, ook de verspreiding binnen Nederland.

Ik denk dat het dan heel belangrijk is om in te gaan op de verschillende scenario's, scenario's waar keuzes in gemaakt moeten worden, met name met betrekking tot de bestrijding. Ik wilde u illustreren wat de consequenties van de verschillende scenario's zijn en waar ook keuzes op gebaseerd kunnen worden. En ten slotte zal ik afsluiten met een aantal scenario's die ook wel worden gesuggereerd, maar die misschien in Nederland op dit moment eigenlijk niet goed te realiseren zijn.

Allereerst dus algemene informatie over het nieuwe coronavirus. We hebben het hier natuurlijk vaker besproken; ik ga er wat snel doorheen. Het is een nieuwe infectie, veroorzaakt door een nieuw geïdentificeerd virus, met een relatief korte incubatietijd van minder dan een week. Het geeft een beeld van een bovensteluchtweginfectie. Het kan een ernstig beeld geven met een longontsteking, gevolgd door een shocklong. Een shocklong, ARDS genoemd in medische termen, is een ernstige klinische conditie waarbij een belangrijk aantal/percentage komt te overlijden, tot circa de helft.

De oorzaak is geïdentificeerd. We hebben ook testen om vast te stellen of iemand de infectie heeft. We weten dat het een virus is dat zich verspreidt via de luchtwegen, via druppel en contact, met de opmerking dat in het ziekenhuis door verschillende ingrepen die daar gebeuren, zoals het uitzuigen van een benauwde patiënt, ook aerosolen kunnen ontstaan na intubatie. Dat maakt dat je daar extra maatregelen moet nemen om verspreiding tegen te gaan.

Er is discussie over de zogenaamde presymptomatische verspreiding van het virus. Daar kunnen we eventueel wat over zeggen, maar daar hebben we het eerder ook over gehad. We hebben een reproductiegetal, dat is het aantal personen dat één geïnfecteerd iemand zelf infecteert. Dat is eigenlijk de voortgang van de keten van infectie. Die lag aan het begin in Wuhan rond de 3, die is in Nederland zo rond de 1.7 tot 2. We hebben een verdubbelingstijd van zo'n vijf tot zeven dagen. Dat zijn eigenlijk belangrijke zogenaamde epidemiologische karakteristieken, waarmee we ook kunnen modelleren.

Wat kunnen we eraan doen? We hebben helaas geen vaccin. We hebben helaas geen behandeling waarvan we zeker weten dat het effectief is. Dat betekent dat we de infectie als een patiënt die heeft in feite moeten laten uitgriepen, uitzieken. We kunnen de patiënt daarbij helpen door bijvoorbeeld vocht te geven, door bijvoorbeeld extra zuurstof te geven, mochten de longen zijn aangedaan en er onvoldoende zuurstoftransport zijn. Maar het belangrijkste is dat de patiënt uiteindelijk zelf de infectie moet overwinnen en daarmee immuniteit opbouwt.

Wat we natuurlijk wel kunnen doen is voorkomen dat te veel mensen de infectie krijgen, zeker tegelijk. We weten dat preventieve handelingen zoals met name handen wassen helpen. Ik zie vele handalcoholstandjes hier in het Kamergebouw staan, dat past daarbij, frequent je handen wassen is een belangrijk onderdeel van het voorkomen van doorgifte. Daarnaast helpen ook acties tegen druppelinfectie. Het feit dat we hier op ongeveer anderhalve meter afstand zitten is daar ook een uiting van, want we weten dat die druppels tot ongeveer die afstand komen en dat er als iemand verder weg is, eigenlijk geen infectierisico is. Dat zijn maatregelen die eigenlijk iedereen kan nemen, in het ziekenhuis ook vanwege die aerosolgenererende procedures. Met aerosol willen we zeggen dat er een soort mist in de kamer ontstaat waar het virus zich in bevindt. Daar moeten we meer voor doen. Dat betekent dat we in het ziekenhuis bij voorkeur patiënten opnemen in kamers waar een sluis is tot de kamer. Die sluis heeft onderdruk. Dat voorkomt dat het virus van de patiënt in de kamer richting sluis naar de andere patiënten in het ziekenhuis gaat. Dus dat is een extra maatregel ter voorkoming van besmetting in het ziekenhuis.

Verder kan het virus behalve via de mondslijmvliezen ook via oogslimvliezen naar binnen treden. Dat betekent dat zeker in een ziekenhuissetting

ook oogbescherming van belang is. Dat was ook een van de redenen waarom we niet heel enthousiast waren dat iedereen mondkapjes gebruikte zonder oogbescherming, want dan heb je maar een heel relatieve bescherming en in feite schijnveiligheid. Mondkapjes zijn natuurlijk belangrijk in de zorg, omdat verpleegkundigen zeer nauw contact met de patiënt hebben, daar overheen buigen en zich in feite midden in die druppels gaan bevinden. In de zorg hebben mondkapjes dus een hele belangrijke rol, naast oogbescherming.

Dan even een vergelijking met een aantal bekende virussen waar we ook in Nederland geregeld mee te maken hebben. Bijvoorbeeld mazelen, in dit geval measles, de Engelse term. Daarvan ziet u dat het reproductiegetal dat op de x-as staat ongeveer 15 bedraagt, 15 tot 20. Dat betekent dat mazelen een hele besmettelijke infectie is. We zeggen weleens dat die dwars door de muur gaat in het ziekenhuis. Dus bij mazelen kan één geval in principe vijftien tot twintig nieuwe gevallen veroorzaken.

U ziet ook dat bijvoorbeeld de seizoensgriep ongeveer net boven de één zit, dus dat eigenlijk maar heel matig doet. Dat is natuurlijk ook een bekende ziekte. We zien ook de common cold, dat is de neusverkoudheid. Die wordt vooral via de handen overgedragen, dus via contact.

U ziet in het oranje vlak dat we nog niet exact weten waar het nieuwe coronavirus zich bevindt, maar dat het zich ergens tussen mazelen en wat besmettelijker bevindt en dat de mortaliteit, dus het percentage dat komt te overlijden door de infectie, zich ook bevindt ergens tussen de seizoensgriep en wat ernstiger beelden. Daar is nog enige onzekerheid over.

U kunt zich ook voorstellen dat dat ook afhangt van de condities in een bepaald land, dat het voor het ene land niet zonder meer identiek is aan het andere land, domweg omdat zich in sommige landen – neem bijvoorbeeld China – waarschijnlijk gemiddeld meer personen in één kamer zullen bevinden dan in Nederland. Al dat soort factoren bepaalt natuurlijk mede het gemak van de overdracht.

Dan valt hier helaas wat weg. Ik weet niet of we daar wat aan kunnen doen. Maar de essentie is hier dat we hebben gesproken over de piramide. Kan daar iemand iets aan de techniek doen? We missen een kwart van de dia op deze manier.

Maar waar het hier om gaat is dat elke ziekte een piek kent, in de zin van ernstig zieke patiënten, en dat elke ziekte een plateau heeft aan de onderzijde, waar de mensen vaak veel minder ziek zijn. Dat ziet u ook hier geïllustreerd, met de getallen/percentages van de verschillende groottes van de piramidedelen aan de rechterzijde. Die getallen komen uit China. Die zijn gebaseerd op zo'n 70.000 patiënten die men daar heeft geïnventariseerd. Wat je eigenlijk ziet is dat de overgrote meerderheid van de personen die de ziekte doormaken volgens de case definition – dat is wel belangrijk, dus de definitie die in China was gehanteerd, waarbij men bijvoorbeeld koorts moest hebben – namelijk 81% van die mensen, eigenlijk relatief weinig ziek was en ook niet in het ziekenhuis werd opgenomen, en dus thuis letterlijk kon uitzielen. De groep van 14% was voldoende ziek om te worden opgenomen in het ziekenhuis. Die hadden over het algemeen een longontsteking, soms zelfs aan beide longen, en moesten in het ziekenhuis genezen. Maar het is misschien van belang om te weten dat bij 80.000 patiënten in China geen enkele sterfte was, zelfs niet in de groep die in het ziekenhuis werd opgenomen.

Dan hebben we een kleine groep die in China rond de 5% bedroeg. Dat is een groep die naar de intensivecareafdeling moest worden overgeplaatst, soms voor beademing, soms voor andere ondersteuning. Daar was natuurlijk wel sterfte aanwezig. Maar van belang is dat de sterfte zich concentreert in de top van de piramide en dat de piramide aan de onderzijde breed is. Dat was in China al zo. Op grond van onderzoek dat we met het RIVM en de ziekenhuizen vorige week in Brabant hebben uitgevoerd, denken we dat de onderzijde van de piramide in Nederland in feite nog veel breder is dan hier gesuggereerd, omdat we ook hebben

geconstateerd dat zelfs patiënten met relatief geringe klachten, bijvoorbeeld neusverkoudheid en hele milde bovensteluchtweginfectieklachten, uiteindelijk ook dit virus konden dragen, als verwekker van die infectie. U ziet aan de rechterzijde dat we ons tegelijkertijd moeten realiseren dat de inspanning die we moeten doen om een uitbraak te beheersen, in feite dezelfde piramide volgt. Als iedereen heel ernstig ziek wordt en snel naar het ziekenhuis moet, is het relatief eenvoudig om een infectie te beheersen. Denkt u aan SARS, want dat was een voorbeeld daarvan. U kunt zich voorstellen dat het steeds moeilijker wordt om een uitbraak te beheersen als de infectie zich met name verspreidt door personen die heel weinig klachten hebben en toch al besmettelijk kunnen zijn, omdat het grootste deel van deze patiënten zich dan onttrekt aan de medische waarneming. Die zullen vaak niet eens de huisarts consulteren. Dan is het heel erg afhankelijk van het gedrag van de personen en hoe ze bijvoorbeeld omgaan met het advies «als u geringe klachten heeft, blijf dan thuis», wat we natuurlijk al geruime tijd zeggen. Dat is dan van belang of de uitbraak al of niet te beheersen is. Gedrag is een belangrijke component van de bestrijding.

Dan wilde ik u nu meenemen naar de actuele situatie in Nederland. De getallen zijn natuurlijk van gisteren. Misschien verschillen ze zelfs nog iets van de getallen op onze website. Dat komt doordat we dit op verschillende momenten samenstellen. Ik wil u laten zien dat we allereerst drie verschillende manieren hebben om na te gaan wat de verspreiding van het virus is. Het zogenaamde Osiris-systeem is een rapportagesysteem van patiënten met bijvoorbeeld meldingsplichtige ziekten, zoals ook geldt voor een coronavirusinfectie. Daar vinden we inmiddels 1705 patiënten. Dat is ook het getal dat u terugvindt op onze website. Er waren ongeveer 314 opgenomen en het totaal aantal overleden patiënten was inmiddels 43. Dan hebben we nog een tweede systeem in Nederland, dat we eigenlijk al een paar weken geleden hebben geïnitieerd. Dat zijn de zogenaamde NIVEL/RIVM-peilstations bij huisartsen. We hebben in Nederland een huisartseninfrastructuur waarbij huisartsen door het hele land, met een dekking van ongeveer 0,8% van Nederland – dat zijn zo'n 40 plus huisartsenpraktijken – aan het RIVM en het NIVEL-systeem doorgeven hoeveel patiënten met griepachtige klachten er zijn gekomen. Dat zijn dus in feite klachten die eventueel passen bij een infectie door het coronavirus. Van die patiënten wordt bij een deel bemonsterd. Die monsters worden op het RIVM bepaald om te zien wat voor infecties er spelen. Normaal kijken we natuurlijk naar het influenzavirus, want dit is het systeem om vast te stellen of we een influenzauitbraak hebben, maar we zijn enkele weken geleden al begonnen om ook het coronavirus hierin te bepalen. Dat was tot voor kort allemaal negatief. Inmiddels hebben we vanaf 4 februari cumulatief tien positieve monsters. Als u naar het kaartje kijkt, ziet u overigens dat die zich vooral bevinden in de gebieden waar sprake is van concentratie. Dat zijn de gebieden met roodkleuring, waar de meeste gevallen zijn. Dat geeft aan dat wanneer patiënten met griepachtige klachten naar de huisarts gaan, een bepaald percentage daarvan positief is voor het coronavirus. Dat geeft ons natuurlijk weer informatie of het coronavirus al dan niet circuleert in de bevolking. Dan hebben we nog een derde maat, die ook van belang is. Dat zijn de zogenaamde virologische weekstaten. Daarin krijgen we informatie van de meeste virologische laboratoria met betrekking tot het aantal monsters dat ze getest hebben en het aantal positieve monsters. U ziet hier, heel grof aangegeven, dat er bijvoorbeeld op dit moment al meer dan 12.000 bemonsteringen hebben plaatsgevonden, waarvan 7,8% positief is bevonden. Als dat niet precies klopt met de getallen daarboven, dan kan dat zeker het geval zijn. Dat komt omdat sommige monsters vaker of sequentieel worden bepaald, of dat er bijvoorbeeld daarna een negatief monster wordt gevraagd. Maar dit is het totale aantal testen dat in Nederland is uitgevoerd.

U ziet u op de kaart rechts in kleurencodering de intensiteit van het aantal gevallen per gemeente in Nederland aangegeven op een zogenaamde hitemap, zoals wij dat noemen. Het is duidelijk dat er in Brabant een aantal gemeenten zijn die gevallen hebben. U ziet de gevallen rond Coevorden en u kunt misschien de gevallen rond Houten herkennen. U ziet ook delen van Nederland die nog zo goed als wit zijn. Dat wil zeggen dat ze nog geen gevallen hebben. Dat geldt met name voor de drie bovenste provincies. Vanaf Coevorden naar boven, in Drenthe, Groningen en Friesland, hebben we eigenlijk nog maar zeer geringe aantallen patiënten gezien, terwijl duidelijk is dat aan de onderzijde van Nederland, in Brabant en Limburg, sprake is van veel patiënten. We denken dat die verschillen te maken hebben met de verschillen in vakantieperiode voor de regio's. U kunt zich ook voorstellen dat bepaalde evenementen verspreidingen kunnen geven, ook evenementen waar overigens veel buitenlandse bezoekers zijn. We denken dat dat in Brabant zeker heeft meegespeeld.

In het kleine grafiekje, dat misschien op afstand slecht te lezen is maar wel op uw sheets te lezen is, is aangegeven hoeveel van de gevallen we kunnen herleiden tot de bron. De bron is dan vaak, ongeveer 27% tot 28%, in het buitenland. We hebben natuurlijk vaak gezien dat vanuit die bron bij introductie in een gezin zich lokaal clusters ontwikkelen. Dat vindt u terug in de contacten. Ten slotte is er natuurlijk een toenemende groep «onbekend». Dat wil zeggen dat er in bepaalde gevallen gezocht is, maar niets is gevonden. Er zijn natuurlijk ook gevallen die nog in onderzoek zijn. Als het percentage «onbekend» toeneemt, dan betekent het eigenlijk dat er verspreiding in de bevolking plaatsvindt.

De drie indicatoren die ik hier noem, en dan ook nog de ic-bezetting, waar straks op in wordt gegaan, maken dat we besluiten nemen met betrekking tot voorspellingen van wat er gaat gebeuren en ook voorspellingen wat er gebeurt als er interventies plaatsvinden.

Ten slotte wilde ik u linksonder illustreren dat, net als eerder in China is gevonden, ook in Nederland geldt dat het opmerkelijk is dat het maar in zo'n 2% van alle gevallen kinderen betreft; in dit geval is de cesuur getrokken bij 15 jaar. Dat is iets wat we eerder terugvonden in de getallen in China. U ziet dat de overgrote meerderheid ouder is. De verdeling van leeftijd die we hier zien, heeft natuurlijk ook te maken met het feit hoe de verspreiding tot nu toe heeft plaatsgevonden. Je kan je voorstellen dat ouderen minder intensief hebben meegedaan aan bijvoorbeeld carnaval-festiviteiten. Dat soort dingen vind je, zeker initieel, terug in de leeftijds-verdeling die we op dit moment hebben. Je verwacht dat die zich uiteindelijk gaan bevinden – regressie naar het gemiddelde, zoals dat heet – in de cohorten die we ook in China terugvinden.

Misschien kan de presentatie nog ietsje worden aangepast?

**De voorzitter:**

Misschien kan de presentatie op de presentatiemodus gezet worden? Ik kijk even in de richting van de bode.

**De heer Van Dissel:**

Maar goed, zo kan het ook hoor. Het beeld staat er nu helemaal op. Ik wil u hier een paar dingen illustreren. Allereerst ziet u aan de linkerkzijde de epicurve, zoals dat heet. Dat zijn de gevallen tegen de tijd. Je kan gevallen tegen de tijd plotten op geleide van de datum van melding. Omdat het een A-ziekte is en het vermoeden van infectie gemeld wordt, ziet u linksonder de vrij actuele curve in Nederland. We zien een top, dan een toename en dan lijkt het weer even af te vlakken. Op zich kan je dat interpreteren, duiden wellicht, in de zin dat er bepaalde infecties zijn opgetreden tijdens evenementen in Brabant, als je twee weken teruggaat. Dat was trouwens op momenten dat er in Nederland nog geen enkel geval was. Linksboven ziet u dan het beeld als je het plot op de klachten. Dan

krijgt u een wat andere curve. Dat komt natuurlijk doordat de meeste patiënten een aantal dagen klachten hebben gehad voordat ze zich bij bijvoorbeeld de huisarts melden. U ziet dat het verschil initieel wat groter is en dat het dan meer naar elkaar toe loopt. Je ziet ook dat het wat afneemt, maar dat is een meldingsartefact. Dat wordt ingevuld naarmate we de komende dagen verder komen.

U ziet aan de rechterzijde de leeftijdsverdeling. Rechtsboven ziet u de leeftijdsverdeling van alle patiënten. Wat daar opnieuw opvalt, is dat in de hele jongere groep eigenlijk maar heel weinig patiënten zijn. U ziet dat het zich concentreert in de groep tussen de 40 en de 70 jaar. De middelste geeft de leeftijdsverdeling aan van de patiënten die worden opgenomen in het ziekenhuis. U ziet u dat de opnames, niet geheel bij toeval natuurlijk, zich met name concentreren in de oudere leeftijdsgroepen. De verklaring daarvoor is dat die bijkomende medische problemen hebben. Die maken dat ze minder goed in staat zijn om met het virus en de gevolgen van het virus om te gaan, bijvoorbeeld met de koorts. Als iemand koorts heeft, heeft elke graad ongeveer tien hartslagen nodig. Niet iedereen kan dat zomaar doen. Het is voor hen continu de trap op lopen. Je kan je voorstellen dat dat soms problemen geeft. De opnames concentreren zich dus in de oudere leeftijdscategorie. Helemaal aan de onderzijde, rechtsonder, ziet u de curve van de overleden patiënten. U ziet dat in dit geval, met de huidige situatie, de patiënten die komen te overlijden vooral 80-pluspatiënten zijn, die ook weer vanwege zogenaamde comorbiditeit, dus onderliggende medische problematiek, in de problemen komen en een ic-opname uiteindelijk toch niet redden. Ik moet erbij zeggen dat dit eigenlijk een beetje het beeld is dat we ook van de seizoensgriep kennen, die soms ook heel intens kan zijn. Ik roep de seizoensgriep van twee jaar terug nog even in herinnering. Toen zagen we dat uiteindelijk ongeveer 1 miljoen Nederlanders ziek werd en was er een oversterfte van 9.000 tot 10.000 personen. Eigenlijk geeft dat een curve zoals u hier ook ziet. Ook daar zien we dat er vooral oude patiënten worden opgenomen in het ziekenhuis, hoewel er ook jonge patiënten bij zaten. Ook bij de griep zien we een oversterfte die zich, achteraf kijkend, vooral concentreert in de oudste leeftijdsregionen. Dat zijn dan vaak personen met onderliggende medische problematiek. Wat dat betreft lijkt het coronavirus eigenlijk op die groepen, zij het natuurlijk – voor de duidelijkheid – dat het een andere infectie is en ook een infectie die we tot nu toe niet hadden.

Dan wil ik doorgaan naar de verschillende bestrijdingsscenario's. Ik heb bij de schriftelijke vragen die al waren ingediend natuurlijk veel vragen hierover gehad. Ik denk dat de framing van de bestrijding wel een belangrijke is. Ik denk ook dat de term «groepsimmunitet» daar nu misschien te veel aan gekoppeld is. Daar zal ik waarschijnlijk zelf schuldig aan zijn, maar ik wil hopelijk helderheid geven over wat we daar nou precies mee bedoelen en wat ons doel is van de bestrijding. Ik wil ook benadrukken dat wij binnen Europa natuurlijk veel contact hebben met andere collegae, ook via het ECDC in Stockholm. Er wordt in de pers veel gesproken over verschillen die er zouden zijn. Ik moet u eerlijk zeggen dat ik die verschillen eigenlijk nauwelijks zie. Die verschillen zijn er wel in de framing van de wijze van aanpak, maar als je kijkt wat men uiteindelijk doet, dan is er niet zo veel verschil tussen «werk thuis» of de opdracht «ga niet naar het werk, tenzij». Vaak wordt het in andere landen wat anders verklaard, maar als je kijkt naar wat men uiteindelijk bedoelt te bereiken, dan zie ik eerlijk gezegd niet zo veel verschil. Ik ga het u toelichten en ik zal straks ook aan de hand van curves de effecten daarvan toelichten. In feite zijn er drie grote scenario's mogelijk. Het eerste is: we doen helemaal niks en we gaan afwachten. Daarbij laten we het virus het virus. Dan krijgen we een situatie die niet verenigbaar is met het geven van zorg in Nederland. Voor de duidelijkheid, dat is dus een in wezen afwezige interventie waarvoor niet gekozen is en die we natuurlijk ook niet

adviseren vanuit onze medische achtergrond. Ik zal u zo ook laten zien waarom.

Dat betekent dat er nog twee belangrijke scenario's over zijn. Het tweede scenario vertegenwoordigt een grijs tussengebied in de zin van maximale controle, waarbij je je met name focust op de determinanten van overdracht van het virus. Daar kennen we er natuurlijk een heleboel van. Een deel daarvan kun je beïnvloeden met maatregelen zoals niet naar het werk en de kroeg gaan. Dat heeft allemaal invloed op de mogelijkheid van het virus om van de ene persoon op de andere overdragen te worden. Daar kun je keuzes in maken die uiteindelijk in verschillende effecten resulteren. Op die manier wordt naar dat soort interventies gekeken. Een derde mogelijkheid is een lockdown, waar overigens ook weer een heleboel vormen van zijn. Er wordt wel gezegd dat sommige landen in lockdown zijn, maar als je kijkt naar de maatregelen die ze nemen, dan zijn ze dat niet. Bij een lockdown is uiteindelijk het idee dat je probeert om contacten die mensen met elkaar maken zo veel mogelijk te beperken of zelfs te elimineren. Het virus kan alleen maar van de een naar de ander overgaan als je iemand er daadwerkelijk mee besmet. U kunt zich voorstellen dat het virus uiteindelijk geen kans meer heeft als je contacten tegengaat.

Wat zijn voor u uiteindelijk nou de doelen om keuzes te maken tussen deze verschillende interventies? Die keuzes hangen wat ons betreft samen met de kwetsbare groepen. Dat zijn de ouderen en patiënten met onderliggend lijden of afweerstoornissen door geneesmiddelengebruik. Wij vinden dat wij ons op die groepen moeten richten om hen te beschermen. Dat kunnen we doen door hen meer te onderwijzen over het kritisch contact houden. Maar we doen het ook om ervoor te zorgen dat we de zorg kunnen blijven bieden die nodig is. Die zorg zal nodig zijn voor de groep patiënten met het coronavirus die uiteindelijk toch zieker worden en naar het ziekenhuis komen, maar die is ook nodig voor bijvoorbeeld traumapatiënten en patiënten met kanker. Die moeten natuurlijk ook behandeld kunnen worden. Dus zorg kunnen blijven bieden is een belangrijke parameter waarop we sturen. We weten uit de getallen uit China, maar inmiddels ook uit ervaringen in Nederland, dat de patiënten die worden opgenomen in het ziekenhuis per definitie de patiënten zijn die zieker zijn, over het algemeen longontsteking hebben en problemen hebben met het zuurstoftransport dat normaal in de longen plaatsvindt. Om hen goed te kunnen behandelen, heb je voldoende ic-zorg nodig. Ic-zorg is binnen de zorg dus eigenlijk het belangrijkste punt waar je je op wilt richten. Binnen de ic-zorg heb je natuurlijk verschillende vormen van interventie, maar de beademing is daar natuurlijk een belangrijke van. Collega Gommers zal straks ingaan op hoe dat georganiseerd is en hoe de ic-deskundigen die zorg proberen te titreren naar de vraagbehoefte en hoe ze daar ruimte in kunnen scheppen of niet. Daar wil ik nu dus verder even niet op ingaan, maar het is duidelijk dat de ic-zorg een belangrijk ijkpunt is voor ons. De opbouw van de patiënten die dat nodig hebben, maakt dat we daar als het ware aan kunnen rekenen in de hoop dat te kunnen voorspellen en de interventies uiteindelijk daarop te richten.

Dan de groepsimmunitet. Ik wil hier benadrukken dat groepsimmunitet absoluut geen doel op zich is. Het is ook een beetje framing. Waar we gebruik van maken als gevolg van deze twee doelen binnen die scenario's is dat personen nou eenmaal geïnfecteerd zullen zijn. Dat gebeurt vandaag, dat gebeurt ook in landen waar lockdown is en ook in landen waar ze misschien nog wel veel minder doen, zoals het Verenigd Koninkrijk. Het leidt ertoe dat personen de infectie het hoofd moeten bieden. Mensen zullen geïnfecteerd worden en worden geïnfecteerd. De overgrote meerderheid zal de infectie zelf weten te bestrijden met het afweersysteem. Dat leidt ertoe dat er daarna afweer is tegen herinfectie, want anders zouden we het verloop in China niet kunnen verklaren. Die immunitet die je daarmee opbouwt kan natuurlijk een persoon betreffen,



maar kan ook een hele groep betreffen. Als het een hele groep betreft, spreek je over groepsimmunitet. Wat heeft dat voor voordeel? Het voordeel is dat alle doorgemaakte infecties die men krijgt, omdat het nou eenmaal de natuur is die zich roert, uiteindelijk leiden tot een groep personen die de infectie niet meer oplopen. Daardoor versterken ze het effect van de andere interventies. Dat is een belangrijk iets. Uiteindelijk gaat het er natuurlijk om dat we naar een vaccin moeten, waarmee we de hele bevolking, degenen die het nog niet gehad hebben, immuniteit kunnen geven.

Waarom is de versterking van het effect belangrijk? Dat is het verschil tussen een total lockdown – ik zal het u zo illustreren aan de hand van curves – en een aanpak waarbij je het zo goed mogelijk probeert te controleren en ervoor probeert te zorgen dat de ic-zorg gewoon mogelijk is. Het belang is namelijk dat als de immuniteit onder personen toeneemt, de maatregelen misschien wat kunnen worden teruggedraaid. De groepsimmunitet gaat ons namelijk helpen bij het bestrijden en het afschermen van kwetsbare groepen. Dat is een. Het tweede is het volgende. Misschien is het een ingewikkelde vergelijking, maar toch. Als ik een huis huur, dan betaal ik elke maand huur. Als ik de huur niet betaal, word ik mijn huis uitgezet en moet ik weer een nieuw huis hebben. Dat is eigenlijk de total lockdown. Je onderdrukt iets en daarvoor moet je inspanningen doen, maar het levert niks op. Als ik hetzelfde huis met een hypotheek aflos, dan ben ik op een gegeven moment eigenaar van het huis. Wat ik daarmee bedoel te zeggen, is dat je dan investeert in iets. Dat krijg je eigenlijk met die maximale controle en door het feit dat je dan immuniteit opbouwt. Wij denken dus dat het een belangrijke hulp is bij het titreren van maatregelen en het mogelijk maken van maatregelen. Het is ook een belangrijke hulp – niet een doel, maar een hulp en een gevolg – bij het ervoor zorgen dat we de kwetsbaren, ouderen en afweergestoorde patiënten uiteindelijk door een soort cordon sanitaire kunnen beschermen tegen dit virus. Nogmaals, het gaat er ons dus niet om dat we in heel Nederland groepsimmunitet hebben. Dat is iets wat zich wellicht ontwikkelt of wat we uiteindelijk door het vaccin tot stand brengen. Het gaat erom dat wat nu gebeurt wel bijdraagt aan de bestrijdingsmaatregelen.

Dan laat ik u nu de drie curves zien die spelen in deze scenario's. Voor de duidelijkheid: het staat op een beetje arbitraire assen, maar het gaat om de verschillen in de hoogtes, het effect van het uitsmeren en het effect van de lockdown, waar ik nog even op terugkom.

Allereerst is er het scenario van geen interventies. Dat is de rode lijn. Die laat een toename zien van het aantal geïnfecteerden. In Nederland weten we dan op grond van de transmissiekenmerken dat ongeveer 50% tot 60% van de bevolking het virus zal krijgen en moeten doormaken, soms met een heel mild ziektebeeld, maar soms ook een ernstig ziektebeeld, zoals we ook hebben gezien. Dat aantal zal dan weer dalen. Als zo'n scenario zich voordoet, zijn we ongeveer eind juli, begin augustus, van de infectie af, zeg ik om u een idee te geven van de tijdsduur. Voor de duidelijkheid: ik heb een stippellijn ingetekend. Die geeft het aantal beschikbare ic-bedden weer. Dat is arbitrair, maar dat wordt zo toegelicht. U ziet dat de rode curve daar natuurlijk ver boven komt. Dan zouden we een periode accepteren tussen nu en augustus waarin we de zorg helemaal zouden overrompelen met gevallen en we niet meer de ic-zorg kunnen bieden die we nodig achten voor deze patiënten en voor de noodzakelijke zorg die er nu eenmaal is.

Dan wil ik u meenemen naar de lockdown. Dat is de blauwe lijn. Die loopt initieel op dezelfde wijze op. Dat doen trouwens alle curves. Dat wil ik wel benadrukken, want op de televisie zie ik weleens illustraties die aangeven dat we exact Italië volgen en dat we in de rode lijn zitten. Maar u ziet heel duidelijk op de dia dat je, zelfs als je interventies doet, initieel gewoon op dezelfde curve loopt. Maar wat gebeurt er met de blauwe curve? U ziet dat

die op een gegeven moment afbuigt, omdat men op dat moment besluit om alles te bevriezen. Het komt er eigenlijk op neer dat je hele kleine units maakt van gezinnen die verder geen contacten meer mogen hebben met anderen. We kennen de situatie: je moet dan met toestemming de straat op. Soms mag je dan nog naar de supermarkt op bepaalde tijden. Maar dat is eigenlijk total lockdown: de hele maatschappij komt tot stilstand, met alle consequenties van dien. Dan kan het niet anders dan dat het virus gaat afnemen. Dat ziet u hier geïllustreerd.

Maar het grote punt is dat je op dat moment dus ook niks doet aan het opbouwen van eventuele weerstand. Ook blijf je er zeer gevoelig voor dat er toch haarden zijn waar het virus nog speelt, maar ook blijf je gevoelig voor introducties van buiten. We moeten niet de illusie hebben dat elk land op dezelfde wijze als Nederland of West-Europa dit virus zal kunnen bestrijden. Dat is gewoon de realiteit en het betekent dat je je tot in lengte van dagen zeer gevoelig maakt voor herintroducties en het weer opleven van het virus nadat je de maatregelen hebt gestopt. En dat zul je toch een keer moeten doen met een lockdown. Dan ziet u het gevolg: dan krijg je gewoon weer een uitbraak. De hoogte van de piek en de wijze waarop een en ander verloopt, is dan natuurlijk weer afhankelijk van wat je doet. Als je weer naar een lockdown zou gaan voor een bepaalde periode, zul je toch opnieuw een besluit moeten nemen om ermee te stoppen. Op het moment dat je weer begint met de open samenleving die we toch zijn, ben je weer compleet gevoelig voor elke introductie. Dus een lockdown heeft schijnbaar voordelen aan het begin, maar geeft grote kwetsbaarheden in het verloop.

Dan de groene curve. Dat is eigenlijk de curve die tot stand komt in de modellen wanneer je uitgaat van verschillen in intensiteit van social distancing, met andere woorden: sociale afstand bewaren. Dat is een meer algemene term. Maar u kunt zich natuurlijk voorstellen dat die curve gaat dalen als je de kans dat het virus wordt overgedragen terugbrengt van één op twee personen naar één op één persoon, dus als er sprake is van 50% reductie van overdracht. Het aantal gevallen zal afnemen. Het wordt dan ook uitgesmeerd en komt wat later, zoals u geïllustreerd ziet. De intensiteit van de maatregelen die je neemt, bepalen dan of je boven de ic-capaciteit zit of dat je daar uiteindelijk onder komt.

Dit zijn eigenlijk de drie basiscurves die spelen bij de bestrijding van de epidemie. Dit plaatje is gemaakt in samenwerking met Engelse collega's door de modellers van het RIVM. U kunt dit teruglezen in het Engelse taalige blad The Lancet van vorige week donderdag, waar ook een heel verhaal in staat over de consequenties van de verschillende aanpakken. Dus niks doen: een te grote piek boven de ic-capaciteit. Lockdown: op zich succes, maar er zijn geen infecties meer tot een bepaald niveau, en op het moment dat je stopt, ben je opnieuw weer net zo gevoelig als aan het begin. Proberen maximaal te controleren: daarbij probeer je te titreren tot onder de noodzakelijke ic-capaciteit, met uiteraard ruimte voor wat er aan ic-capaciteit sowieso nodig is.

Het moge duidelijk zijn dat dit modellen zijn. Die zijn overigens wel geijkt op infecties uit het verleden, maar u kunt zich voorstellen dat het model uiteindelijk net zo goed is als de aannames die erin gaan. Daar zijn onzekerheden over. Die onzekerheden proberen we natuurlijk steeds beter te ondervangen naarmate de uitbraak voortgaat, en we proberen het model steeds beter toe te spitsen op de realiteit. Dat is wat er gebeurt. Dat heeft te maken met besmettelijkheidsparameters. We hebben natuurlijk informatie nodig over ziekenhuisopnames en ic-opnames, over hoelang men daar blijft liggen en over het effect van maatregelen. Er zijn een aantal geneesmiddelen die in onderzoek zijn die dit misschien kunnen gaan beïnvloeden. Ik wil benadrukken dat met name het eerste begin van de uitbraak – en daar zitten we in feite toch nog in – heel erg gevoelig is voor toevalligheden, in de zin van: wat is de groep waar het virus zich initieel heeft verspreid? Dat zijn in Nederland natuurlijk toch vooral

personen die terugkwamen van vakantie in Italië of mogelijk bezoekers van evenementen in Nederland. Dat beïnvloedt op dit moment heel erg de curves met betrekking tot de vraag welke personen geïnfecteerd zijn geraakt en welke personen bijvoorbeeld naar het ziekenhuis zijn gekomen. Dan wil ik u nog twee scenario's noemen, die natuurlijk ook aandacht krijgen in de pers, en terecht, omdat ze in andere landen zijn toegepast. In de eerste plaats noem ik testen, testen, testen. Dat is ook iets wat de WHO recent weer als mogelijkheid noemde. Dat wil zeggen: zo veel mogelijk mensen testen en op grond van de uitslag van de test de zieken in isolatie nemen en contacten in quarantaine plaatsen. Dat is bijvoorbeeld de weg die Singapore gekozen heeft, in de zogenaamde «track and trace»-aanpak, die daar succesvol is gebleken. Een andere mogelijkheid is echt de total lockdown. Dat hebben we gezien aan de situatie rond de stad Wuhan in Hubei, waar men overigens nog steeds in lockdown is – zo wil ik benadrukken – en men nu dus met het probleem zit, maanden van lockdown verder: wat te doen? Uit de berichten die ons vandaag bereiken, is in ieder geval duidelijk dat de infectie nog niet tot rust is gekomen. Dan kun je je voorstellen welk dilemma men daar momenteel heeft. Als je de lockdown zou opheffen, is er een hele reële kans dat de infectie zich daar weer van voren af aan begint te verspreiden, met potentiële verspreiding in haarden binnen China.

Het «testen, testen, testen», dat eigenlijk gericht is op totale eliminatie van viruscirculatie – iets wat natuurlijk ook door de WHO wel wordt genoemd als belangrijke mogelijkheid – hangt wel helemaal af van de vraag of er voldoende testen aanwezig zijn. Dat kunt u zich voorstellen. Die testen zijn, in alle eerlijkheid, natuurlijk vooral opgekocht door landen als Singapore, die voorliepen in de uitbraak en die testen op dat moment nodig hadden. Hetzelfde geldt voor bijvoorbeeld Italië. Dus er is gewoon een schaarste aan testen. Niet alleen in Nederland, maar in de hele westerse wereld. Daardoor zal de testcapaciteit in Nederland gewoon nooit voldoende zijn om dat een realistisch scenario te maken op dit moment. Testen hebben foutpositieve en foutnegatieve uitslagen. Als een patiënt ziek is, zijn die van veel minder consequentie dan wanneer je gaat testen onder veel minder zieke mensen. Dat betekent dat je nooit in staat zult zijn om het 100% te doen. Dat betekent dat je testen weer moet gaan herhalen. U kunt snel een berekening maken van het aantal testen dat we dan in Nederland nodig zullen hebben. Dat betreft dan bij wijze van spreken de totale bevolking en dat maal drie of vier. Dan heb je ongeveer de testcapaciteit die je nodig hebt, om bij herhaling te testen en vast te stellen of de infectie inmiddels weg is.

Het probleem is dit. Als testen schijnbaar negatief zijn of negatief en je dus denkt dat je er bent, zullen er altijd mensen zijn die niet getest zijn. Dat is nu eenmaal de realiteit van de gedragscomponent in dit geheel. Op het moment dat je maatregelen loslaat, loop je natuurlijk de kans dat het weer van voren af aan begint en je weer moet gaan beginnen met testen. Het is een methode die zeker in bepaalde delen van de wereld werkt en gewerkt heeft. Singapore is daar natuurlijk een voorbeeld van. Maar een open samenleving als Nederland en bovendien de afwezigheid met name van voldoende testen momenteel maken dit op dit moment niet een realistisch scenario. We hebben ook steeds gezegd: de wetenschap staat niet stil. Misschien wordt er een test uitgevonden die heel makkelijk toepasbaar is en nog specifiek en gevoelig is om deze aanpak wel mogelijk te maken. Nou, dan is dat natuurlijk een moment om opnieuw te herevalueren wat je doet. Hetzelfde geldt uiteraard op het moment dat er een vaccin is.

Dit soort aanpakken blijven natuurlijk zeer kwetsbaar voor herintroductie van het virus, door import of door een resthaard die nog in het land aanwezig is, omdat we nou eenmaal weten dat nooit iedereen zich aan de regels houdt.

Ik wil nog wel benadrukken – en ik denk dat ik dan bij mijn laatste dia voor nu ben – dat gedrag een heel belangrijke component van dit geheel is. Het allereffectiefst bij de bestrijding van dit virus is als we patiënten kunnen isoleren en als we contacten in een vorm van quarantaine kunnen zetten. In feite is social distancing daar ook een vorm van. Als men zich daaraan houdt, ook met de oproep van inmiddels bijna twee weken geleden dat als iemand klachten had in gebieden waar het virus circuleert, diegene dan in social distancing gaat, heb je eigenlijk de meest gevoelige methode om op dat moment de verspreiding van het virus te gaan beperken. We kunnen ons voorstellen dat dat niet door iedereen als even urgent wordt gezien. Dus ik denk dat gedragscomponenten belangrijk zijn, dat we ons moeten realiseren dat het virus zich wat betreft ernstige consequenties toch concentreert in in feite maar een groep van de bevolking – dat heb ik ook geïllustreerd aan de hand van de sterfte die we tot nu toe in Nederland hebben – en dat we als rest van de bevolking daar gewoon solidair mee moeten zijn. Dat betekent dat niemand moet willen dat hij of zij de bron kan zijn van de besmetting van iemand anders. Dat klinkt simpel, maar dat is gewoon ingewikkeld. Want dat betekent gewoon dat als je klachten hebt, en je hebt een neusverkoudheid, je wat mij betreft gewoon moet doen wat geadviseerd wordt: in social distancing gaan. Dat betekent dat je nieuwe contacten vermijdt, bestaande contacten beperkt en dat je je beperkt tot nog maar een aantal interacties op het sociale gebied. De hond uitlaten is niet erg, want die hond zal het verder niet doorgeven. En noodzakelijke boodschappen doen is ook een onderdeel wat dan nog kan. Maar het belangrijkste is dat we ons realiseren wat onze verantwoordelijkheid is, dat we ons realiseren dat als we klachten hebben, we een bron kunnen zijn voor andere patiënten en dat we dat niet moeten willen. Dat lijkt me volkomen helder.

En dat geldt eigenlijk nog meer voor de kwetsbare groepen. Als we de kwetsbare groepen kunnen afschermen van mensen met infectie, dan hebben we natuurlijk minder problemen. En die afscherming heeft natuurlijk twee aspecten. Enerzijds heeft dat een aspect bij de kwetsbare groepen zelf. Die kunnen een heleboel doen om infectie te voorkomen. Dat zijn alle maatregelen die geadviseerd worden met betrekking tot hygiëne, met betrekking tot kritisch afstand houden. Maar het betekent niet alleen dat we het bij die groepen moeten laten; we moeten het ook zelf oppakken. Als we een geringe klacht hebben van een bovenstelucht-weginfectie, dan moeten we daar gewoon niet meer op bezoek gaan. Dat betekent voor verpleeghuizen dat die acties kunnen ondernemen in de zin van het beperken van bezoek. Ze kunnen bezoek zeer opmerkelijk maken van het feit dat ze er niet ziek naartoe moeten gaan. Dat moet ook gewoon niemand willen. Op die manier kunnen we die oudere, kwetsbare groep en ook patiënten met vanwege andere redenen afweerstoornissen afschermen van de infectie. Dat is een verantwoordelijkheid van ons allemaal. Natuurlijk van de groep zelf; die kan eraan bijdragen. Maar ik wil toch benadrukken dat het een verantwoordelijkheid is van ons allemaal, want wij doen dat door gedrag te tonen dat in lijn is met de adviezen. Dat wilde ik nog even zeggen.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Dan ga ik nu de vragen inventariseren. Als eerste geef ik het woord aan mevrouw Diertens voor één vraag namens de fractie van D66.

**Mevrouw Diertens (D66):**

Heel erg hartelijk dank weer voor deze heldere uiteenzetting en voor uw inzet – met al die zorgmedewerkers – om dit tijt te keren. Nogmaals dank daarvoor. Mijn vraag gaat over het onderzoek dat op Chinese cijfers is gebaseerd. Zijn er ook gegevens uit Zuid-Korea en Italië? En daaraan gekoppeld de vraag: wat is dan het effect in Europese landen die wel

kiezen voor een lockdown? Hoe zouden zij uiteindelijk alsnog onze kwetsbaren kunnen infecteren?

**De voorzitter:**  
Hartelijk dank.

**De heer Baudet (FvD):**

Ik heb een punt van orde. Kunnen we de vragen direct beantwoord krijgen in plaats van die te clusteren? Je krijgt een veel interessantere conversatie als je gewoon direct antwoord krijgt. Die handelwijze bij hoorzittingen hebben we ook in de wijziging van het Reglement van Orde van de Tweede Kamer opgenomen.

**De voorzitter:**

Ik heb aan het begin aangekondigd dat er vijf vragen zouden worden geïnventariseerd en dat die dan zouden worden beantwoord. Zo is het ook tijdens de andere briefings gegaan. Maar u kunt met elkaar bepalen dat er na iedere vraag een antwoord moet volgen. We hebben ruim voldoende tijd. Ik leg dit voorstel dus graag bij u neer. Ik kijk even rond. Ik zie dat men wil dat er per vraag beantwoord wordt. Dan geef ik graag het woord aan de heer Van Dissel.

**De heer Baudet (FvD):**

Zullen we dan ook de mogelijkheid van één follow-upvraag doen? Stel dat de vraag niet helemaal duidelijk is. Dan kan iemand die nog een keer aanscherpen. Ik wil namelijk dat we echt antwoord krijgen.

**De voorzitter:**

Ik denk dat de heer Van Dissel alles in het werk zal stellen om de antwoorden te geven. Maar op het moment dat ik uw voorstel volg, doe ik wellicht een aantal mensen tekort. We hebben tot 12.30 uur. Dat lijkt heel veel tijd. Maar we hebben twee gasten. Dus ik zou willen voorstellen om het te houden bij één vraag. Op het moment dat er tijd over is, is er altijd gelegenheid voor een aanvullende vraag.

**De heer Van Dissel:**

Ik probeer zo goed mogelijk antwoord te geven. Dus misschien mag ik dan ook vragen stellen aan uw gezelschap? Het gaat er dan natuurlijk met name om dat u van mij een antwoord verwacht dat betrekking heeft op datgene waar u het op toegespitst wilt hebben. Mevrouw Diertens vraagt of we onderzoeken uit China en onderzoeken uit Korea en gegevens daarvan meenemen. Het antwoord is «ja». Maar ik weet niet of u op een bepaald onderdeel doelt. Vandaar mijn vraag. Als u die vraag nog wilt aanvullen, prima. Maar het antwoord is dus dat we uitgaan van de totale database die er is. Voor China kan ik u nog aangeven dat we Chinees lezende personen bij het RIVM hebben aangesteld om ook alle Chinese media zelf te kunnen volgen. Daar onttrekken we ook data uit. We beperken ons dus niet alleen maar tot Engelstalige literatuur, maar we proberen ook de lokale gegevens uit de social media en de kranten in China te gebruiken als input voor onze modellen en voor onze interpretatie van wat daar gaande is.

Dan met betrekking tot de EU-lockdown. Het enige land dat naar mijn idee een lockdown heeft ingesteld op een moment dat de infectie eigenlijk al ver was gevorderd, is Italië. De andere landen nemen allemaal maatregelen die in meer of mindere mate gelijklopen met de maatregelen die ook Nederland treft en die allemaal gebaseerd zijn op de gedachte dat je de transmissieparameters wilt beïnvloeden. Zoals ik al eerder zei: dat is dan toch vooral ook een kwestie van framing. Dat geldt voor de Scandinavische landen, dat geldt voor Duitsland, dat geldt zelfs voor Frankrijk. De een noemt het dan «we gaan thuiswerken» en de ander zegt «we werken

niet, behalve in die en die en die sectoren». Hetzelfde geldt voor bijvoorbeeld winkelsluitingen. Het land dat momenteel nog het minste aan interventie doet, lijkt Engeland te zijn. Die zit dus weer aan de andere zijde. Maar eigenlijk ziet u, en ook binnen een redelijk tijdsframe, alle Europese landen bezig met het indammen van de uitbraak. En dat is ook wat Merkel in een rede al eerder heel duidelijk heeft gezegd. De infectie is er, we moeten het tegemoet treden en we moeten dat doen op een wijze die zo verantwoord mogelijk is ten aanzien van de zorg en de kwetsbaren in de samenleving. Dat is ook de aanpak die je via het ECDC vanuit alle Europese landen hoort. Details kunnen verschillen, de naam kan verschillen, maar uiteindelijk zijn die aanpakken allemaal gericht op plekken waar personen elkaar ontmoeten, op evenementen in kroegen, in restaurants. En het zijn maatregelen met betrekking tot social distancing.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. De heer Veldman namens de VVD.

**De heer Veldman (VVD):**

Voorzitter. Dank aan de heer Van Dissel voor opnieuw een hele heldere toelichting. Ik begrijp dat het primaire doel bij de keuze voor het scenario van maximale controle de bescherming van kwetsbare groepen is, en met name het ervoor zorgen dat de zorg het aankan. Het doel is dat waar mensen de uiteindelijke zorg nodig hebben in een ziekenhuis, we die ook in voldoende mate kunnen bieden. Ik kan me dan ook voorstellen dat de intensiteit van maatregelen zich aanpast aan de druk die er op de zorg is. Mijn vraag gaat over het gevolg van de aanpak: die groepsimmunitet. Ik kan me voorstellen dat ook die groepsimmunitet een effect heeft op de intensiteit van de maatregelen. Hoe meten we vervolgens hoe die groepsimmunitet zich ontwikkelt? Op basis waarvan bepaalt dat dan welke maatregelen nog nodig zijn of welke maatregelen op enig moment kunnen worden afgeschaald?

**De heer Van Dissel:**

We hebben vanaf het begin steeds aangegeven dat we ons willen laten leiden door wetenschappelijke gegevens en dat we, zoals al eerder aangekondigd, ook wetenschappelijke gegevens zullen verzamelen tijdens de uitbraak. Dat is deels gericht op de sluiting van de scholen en het nagaan wat de rol bij kinderen is. Het verzamelen van gegevens houdt onder andere in dat het RIVM en het Erasmus MC testen hebben ontwikkeld om na te kunnen gaan of iemand een infectie gehad heeft. Dan kun je vervolgens kijken of diegene misschien hele milde klachten heeft gehad of toch een periode van ziek zijn achter de rug heeft. We kunnen ons voorstellen dat een aantal personen inmiddels ook de infectie hebben doorgemaakt onder de waarneming van artsen en huisartsen. Dat kunnen we dan natuurlijk niet meer vaststellen met behulp van een moleculaire test van de neus en keel, want daar zul je het virus dan niet meer terugvinden. Maar er zijn inmiddels testen ontwikkeld die zijn gebaseerd op bloedbepalingen, waarbij we kijken naar antistoffen. Antistoffen zijn de soldaten van het afweersysteem om een infectie te bestrijden, zeg maar. Die zijn heel specifiek. Op het moment dat je specifiek kan testen of die aanwezig zijn in het bloed, heb je dus een indicatie of iemand een infectie heeft doorgemaakt. U kunt zich voorstellen dat we dit gaan gebruiken in het onderzoek dat we nu in Brabant gaan uitvoeren, waarbij we bloed verzamelen en dus deze testen al kunnen doen. Deze testen kun je ook doen met het plasma dat overblijft van de ziekenhuiszorg. Ook daar gaan onderzoeken starten.

Dat betekent dat we hopelijk op vrij korte termijn indrukken gaan krijgen van de hoeveelheid infectie en het aantal personen dat geïnfecteerd is geweest in Nederland en inmiddels de infectie heeft doorgemaakt. Dat zijn dan precies de personen die, net als na vaccinatie, aan de groepsimmu-

niteit bijdragen. Op het moment dat we dat weten, weten we ook hoeveel dat er zijn. Door te kijken naar de ontwikkeling van het aantal gevallen weten we dan ook wat wellicht de invloed is op de parameters die we al beïnvloeden en ook eerder al beïnvloedden zonder dat daar sprake van was. Op die manier kan je opnieuw modelleren wat nog de noodzaak is van bepaalde maatregelen. Dat is nu natuurlijk nog niet het geval, maar dat is voor de toekomst het beeld dat we willen volgen. Die maatregelen kunnen soms neerkomen op intensivering van wat we doen – dat wil ik ook benadrukken – maar wanneer de groepsimmunitet zich opbouwt, zou het ook kunnen gaan om een relatief loslaten van die maatregelen. Dat is het grote voordeel van dit scenario ten opzichte van de lockdown, want daarbij heb je die keuze niet. Dan weet je in ieder geval dat er geen immuniteit is opgebouwd, en op het moment dat je je duim eraf haalt, gaat het water misschien weer lopen.

De **voorzitter**:

De heer Van der Staaij, SGP.

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

Ook van mijn kant veel dank aan de heer Van Dissel en aan de mensen van het RIVM voor de tomeloze inzet die ze al zo lange tijd plegen. Mijn vraag gaat over de bescherming van ziekenhuispersoneel. Wij blijven verhalen horen over patiënten die een week in het ziekenhuis liggen voordat men erachter komt dat zij toch het virus hebben. Ik begrijp dat er een tekort is aan testmateriaal, maar zijn er nog alternatieve mogelijkheden, bijvoorbeeld met behulp van CT-scans, om bij luchtweginfecties al eerder te kijken of het niet corona is, zodat patiënten nog eerder geholpen kunnen worden en het personeel beter beschermd is?

De heer **Van Dissel**:

Ja, dat is natuurlijk een belangrijk punt. We willen de zorg in stand houden. Bescherming van personeel is daar natuurlijk een heel belangrijk onderdeel van, want je zou niet willen dat zij uitvallen door het virus zelf doordat er onvoldoende maatregelen mogelijk zijn. U noemde ook een interessant punt, namelijk dat er een aantal patiënten zijn geweest – inmiddels zien we dat overigens minder – waarbij de infectie pas later wordt vastgesteld, wanneer er al een periode van opname is geweest. Dat is toch wel een belangrijk punt dat ik nog niet genoemd heb: we zien ook dat er een geweldige heterogeniteit is, dus dat er veel verschillen zijn, in het aantal infecties dat iemand veroorzaakt. Soms is dat bij wijze van spreken nul, al zou je denken dat het er veel zouden zijn, en soms zijn het er veel, terwijl je denkt dat de risico's eigenlijk beperkt zijn. Dat maakt dat we niet altijd alles honderd procent kunnen duiden. Dat is duidelijk. Maar wat betreft de gevallen die u noemt: neem bijvoorbeeld dat eerste ziekenhuis, dat iemand al een week had opgenomen op de IC en ook een aantal handelingen had verricht die toch risicoverhogend zijn. Dat blijkt uiteindelijk eigenlijk geen secundaire gevallen te hebben opgeleverd. We moeten zo'n reproductiegetal van 1,7 dus ook echt zien als een gemiddelde.

Het beschermen van personeel is belangrijk. Momenteel zijn er in Nederland samen met het personeel en de ziekenhuizen protocollen ontwikkeld voor wat, afhankelijk van hoeveel de ziekte voorkomt, de beste aanpak is om het personeel te beschermen en ook om personeel te testen, mochten zij klachten krijgen. Voor de duidelijkheid: die protocollen zijn allemaal terug te vinden op de RIVM-website en voor iedereen toegankelijk. Die hangen dus af van de intensiteit van de circulatie van het virus op de plaats waar het ziekenhuis zich bevindt. U kunt zich voorstellen dat je in Groningen, waar nog heel weinig gevallen zijn, veel meer ruimte hebt om af te wachten of iemand thuis beter wordt dan in een zone in Brabant waar echt al geweldige druk op het personeel is. De wijze waarop

we omgaan met het testen van personeel hangt dus van de situatie af. Ik weet niet of dat voldoende antwoord op uw vraag is?

**De voorzitter:**

Voor nu hoop ik van wel. O nee, de heer Van der Staaij vroeg ook nog naar de CT-scan.

**De heer Van Dissel:**

O ja. Dat is inderdaad een interessante ontwikkeling. Uit de Chinese data blijkt al dat je soms specifieke beelden krijgt bij een CT-scan. De CT-scan is sowieso een wijze van röntgenonderzoek die gevoeliger is dan een gewone röntgenfoto. Dat betekent dat je daarmee gemakkelijker kleine haarden, die zouden kunnen passen bij corona, kunt oppikken. Ik denk dat dat zeker iets is wat we moeten gaan overwegen als we bijvoorbeeld niet kunnen testen. Het nadeel van een CT-scan is dat het stralingsbelasting geeft, wat voor grote groepen ook weer nadelen heeft. Het is ook een onderzoek dat in wezen tijdrovend is. Maar het zou kunnen worden ontwikkeld als we echt in de problemen komen met betrekking tot de mogelijkheid van diagnostiek.

**De voorzitter:**

De heer Asscher namens de Partij van de Arbeid. Gaat uw gang.

**De heer Asscher (PvdA):**

Veel dank voor al het werk dat u en uw collega's op dit moment verrichten voor ons allemaal. U relativeert hier eigenlijk de verschillen tussen die scenariokeuzes, zeker als het gaat om Europa. Dat lijkt me belangrijk, want het effect van de toespraak van de premier en die schijnbare keuze is dat heel veel Nederlanders toch het gevoel hebben gekregen onderdeel uit te maken van een soort groot experiment, waarbij sinds gisteravond ook getallen als 40.000 tot 80.000 doden rondgaan. Wat ik nu van u zou willen weten, is het volgende. Mag ik ervan uitgaan dat ieder scenario, iedere maatregel, erop gericht is om dat sterftecijfer in Nederland zo laag mogelijk te houden, en dat we dus niet meegaan in het idee dat dat nou eenmaal nodig is om groepsimmunitet op te bouwen, maar dat dat inderdaad een bijkomend gevolg kan zijn van het feit dat we nu eenmaal niet de hele samenleving kunnen afsluiten à la Wuhan? En hoort daarbij – dat is het probleem met het gebruik van het woord «lockdown» – dat Nederland voorbereid is en bereid is om over te gaan tot het verder afdwingen van sociale distantie als dat nodig is om de ic en de zorgcapaciteit overeind te houden? De zorg van heel veel Nederlanders, en ook die van de Partij van de Arbeid, concentreert zich nu namelijk op vragen als: zijn we op tijd? Zijn we voorzichtig genoeg? En blijft altijd vooropstaan dat de volksgezondheid zwaarder weegt dan andere belangen?

**De heer Van Dissel:**

Laten we nog even kijken naar de dia waar het om gaat, denk ik. Onze doelen zijn om uiteraard zo weinig mogelijk sterfte te zien bij kwetsbare groepen, zoals u ook zegt, en tegelijkertijd de zorg te kunnen bieden en de ic-capaciteit op een niveau te kunnen houden waarmee dat kan. Ik denk dat die toespraak erg geframed is in termen van die groepsimmunitet, terwijl we eigenlijk zeiden – ik heb dat hier hopelijk geïllustreerd – dat we toe willen naar een scenario van maximale controle. Die maximale controle houdt eigenlijk ook in dat je probeert om die kwetsbare groepen – daarom heb ik ze hier ook apart gezet – veel minder die infectie te laten doormaken dan de rest van Nederland. Want de infectie is er, en je kan bij die kwetsbare groepen in wezen meer naar een situatie van individuele lockdown. Het wordt nu misschien heel veel semantiek, maar die kan je naar een hoger niveau van sociale distantie brengen dan groepen in Nederland waarbij je verwacht dat de infectie eigenlijk niet meer is dan



een ernstige griep. Daar zijn de maatregelen op gericht. We proberen bij de ouderen en de afweergestoorden extra maatregelen te treffen om te zorgen dat de kans kleiner wordt dat zij geïnfecteerd worden. De sterfgetallen die u noemt, gelden als je het toch rond laat gaan in Nederland, los van dat soort maatregelen. We zien nu dat die sterfte bij ouderen er is. Als je van tevoren probeert om die ouderen meer af te schermen van degenen die de infectie hebben, dan kan je die differentiatie krijgen. Dan neem je opnieuw de ic-capaciteit als ijkpunt en kun je de maatregelen intensiveren als het nodig mocht zijn, als we zien dat we in de richting gaan dat we daaroverheen gaan. Ik denk dat collega Gommers daar zo ook wat over zal zeggen. In feite is dat precies de bedoeling. Ik denk dat de framing die ik daarna in de kranten heb gelezen, te veel was: we proberen meteen groepsimmunititeit te hebben. De tijd om totale groepsimmunititeit te hebben, hebben we waarschijnlijk niet. We moeten tijd kopen tot het vaccin komt. De groepsimmunititeit die we opbouwen, is vooral erop gericht om te fungeren als extra maatregel, die je de mogelijkheid geeft om de maatregelen die we al doen wat af te tunen.

De heer **Asscher** (PvdA):

En dat betekent dat u inderdaad de vinger op de knop heeft om sociale distantie verder af te dwingen als dat nodig is vanwege die lijn waar de heer Gommers over gaat?

De **voorzitter**:

Dat was het tweede deel van de vraag, inderdaad.

De heer **Van Dissel**:

Ja, absoluut. Dan is dat een volgende maatregel, ja.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Krol, 50PLUS.

De heer **Krol** (50PLUS):

Ook mijn dank. Er is waanzinnig veel behoefte aan informatie. Dat merk ik aan de e-mails, telefoontjes en ga zo maar door. Ook als er bepaalde informatie wegvalt – op dit moment is uw website infectieradar.nl al uren uit de lucht – krijg ik daar veel berichten over. Mensen reageerden vooral toen vanochtend bijvoorbeeld bekend werd dat in Engeland Britten van boven de 70 voor onbepaalde tijd afgezonderd moeten worden. Toen u eerder vanochtend zei dat u kwetsbare groepen wilde afschermen – u zei dat net ook weer in het antwoord op collega Asscher – zag ik meteen de mails binnenkomen. Heel veel ouderen vragen dan: wat moet ik me daarbij voorstellen en wat weten we straks op 6 april wat we nu niet weten?

De heer **Van Dissel**:

Ik kan me die vragen absoluut indenken. Er zijn gewoon veel zorgen. Dat is logisch. Er komt iets nieuws op ons af. We kennen het onvoldoende: hoe beheers je dit nou? Het is logisch dat dit zorgen en angst geeft. We proberen dat natuurlijk in te vullen door heldere informatie te verschaffen over wat we aan het doen zijn en waarom we het doen. Straks kunnen we hopelijk laten zien dat het werkt, want dat moet natuurlijk blijken. Voor de ouderen geldt dat sociale distantie gewoon een belangrijke parameter is. De infectie kan alleen maar overgaan als er contact is met iemand anders. Die contacten zijn helder. Die moeten binnen de anderhalve meter zijn als je hoest, of via letterlijk contact, via handen of voorwerpen die besmet zijn. Je wil de groep kwetsbaren momenteel nog meer in dat spectrum doen gaan dan de rest van Nederland. Je wil onder kwetsbare ouderen zo weinig mogelijk circulatie van het virus gaan zien. In Engeland kiest men vooralsnog voornamelijk voor deze maatregel, voor zover ik dat op dit

moment weet. Daar is dat nog belangrijker, omdat men weinig maatregelen neemt om contact buiten de kwetsbare groepen te beperken. U kunt zich voorstellen dat je, als je erin slaagt om die kwetsbare groepen relatief wat minder viruscirculatie – die viruscirculatie is er nu eenmaal – te geven dan de rest van Nederland, ruimte creëert bij de ic-capaciteit, ook weer voor die groepen mocht het toch misgaan. Ze zullen dus helaas wat apart moeten ten opzichte van anderen gedurende deze maanden, omdat je ze wil beschermen. Daar hebben ze zelf een rol in, maar natuurlijk ook degenen waarmee ze contact hebben. Ik denk dat naartig moet worden gezocht naar andere wijzen om ze op dezelfde wijze bij het maatschappelijk leven te blijven betrekken als nu het geval is.

De periode tot 6 april hebben we gekozen omdat die naar ons idee voldoende ruimte biedt om het effect van de interventies te zien. Als je maatregelen neemt tijdens een incubatieperiode zullen er nog dingen gebeuren ondanks het feit dat je een interventie hebt genomen. Aangezien die periode over het algemeen tussen de twee en twaalf dagen is, met een gemiddelde van zeven, willen we de huidige maatregelen even de tijd geven om hun effect te vertalen, maar ook om het onderzoek dat ik net al even noemde mogelijk te maken. Dat is inmiddels begonnen. We hopen dat daar zo snel mogelijk zo veel mogelijk mensen aan deelnemen, want dat is belangrijk om ons een heleboel inzicht te geven in hoe de verspreiding gaat in Nederland. Dat kan op details altijd weer anders zijn dan in China, Korea of Singapore.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Dik-Faber, ChristenUnie, gaat uw gang.

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

Dank u wel, en dank aan de heer Van Dissel en collega's voor hun enorme inzet en de presentatie hier. Ik heb begrepen dat het aantal testen heel beperkt is. Tegelijkertijd wordt ingezet op een strategie van maximale controle. Hoe kun je meten of die strategie effectief is als er zo weinig testen zijn? Er wordt als het gaat om de controle ook ingezet op social distancing. Ik denk dat dit goed is. Wij hanteren hier vandaag die anderhalve meter ook. Tegelijkertijd staat nog wel de boodschap vanuit de rijksoverheid dat een groep maximaal 100 personen mag kennen. Is het niet verstandig om die boodschap maar te laten varen en te zeggen: kom gewoon niet bij elkaar als het niet echt nodig is, en als het echt nodig is, hanteer dan die anderhalve meter? Dat zijn mijn vragen voor dit moment over de testen, de controle en de boodschap van social distancing.

**De heer Van Dissel:**

Ik wil benadrukken dat testen blijft gebeuren in ziekenhuizen. De testindicaties die we vinden, betreffen met name bijvoorbeeld de kwetsbare groepen. Dat betekent dat de parameters waar wij op sturen – ziekenhuisopnames, ic-opnames en beloop – gewoon getest zijn. Daar zijn we dus mee bekend. We willen in ieder geval minder testen inzetten voor personen die het zelf kunnen uitzieken, die heel weinig risico lopen of personen die het gewoon willen weten, want die zijn er natuurlijk ook altijd. Op zich begrijp ik heel goed dat men bij klachten meteen wil weten of dit speelt, maar voor een heel grote groep Nederlanders is dat veel minder relevant dan voor de kwetsbare groepen, voor die ziekenhuisgroepen. Daarom willen we het in die richting juist sturen, zodat we geen tekorten hebben.

U noemde de groepen van 100-plus en social distancing. We hebben als algemeen advies gegeven: houd nou gewoon die social distancing aan. Ik kan me voorstellen dat u denkt: wat moeten we dan met die 100? Dan krijg je feestjes van 99 en doen we het zogenaamd goed. Ik wil benadrukken dat we hopen dat iedereen zijn gezonde verstand blijft gebruiken. Ik noem een voorbeeld. Een van de maatregelen is om de

treinen en ander openbaar vervoer niet meer te laten rijden. Ik zie gebeuren, zonder dat je dat nodig hebt, dat er veel minder verkeer is op de wegen en in de treinen. In wezen denk ik dat men dan zijn gezonde verstand gebruikt. Dan hoeven wij niet meer te zeggen dat het openbaar vervoer stil moet, omdat men in wezen zelf al bedenkt dat het op dit moment niet zo slim is: ik doe het gewoon even niet en ga niet op bezoek. Dat is precies wat je wil, want daardoor maak je het nog mogelijk voor de mensen die het wel nodig hebben. Dat is een belangrijk iets. We nemen een aantal maatregelen, waarvan sommige essentieel zijn, zoals: bij klachten, blijf thuis. Daar is helemaal geen discussie over wat mij betreft. Je hoopt vooral dat men met de nuchterheid van de Nederlander en het verstand probeert om hierin een weg te vinden.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. De heer Jansen, PVV.

**De heer Jansen (PVV):**

Dank u wel, voorzitter. Ook dank aan de heer Van Dissel, die nu voor de vierde keer een technische briefing geeft. Dit keer was ik niet de oorzaak. Dat is ook weer eens een keer wat anders. Ik ben benieuwd naar het volgende. U heeft tijdens een eerdere technische briefing gezegd dat een aantal besmettingen, dat we op een gegeven moment in Nederland zagen toenemen, kwam door mensen uit Duitsland, en in iets mindere mate uit België. We hebben ook gehoord dat de EU-landen hebben besloten om de buitengrens te sluiten. Heeft u ooit overwogen om het advies te geven om ook de Nederlandse grenzen te sluiten voor mensen uit het buitenland, die eventueel een besmetting kunnen overbrengen? En is dat misschien alsnog een goed advies op dit moment?

**De heer Van Dissel:**

Even een verduidelijking. Misschien kunnen we het terugvinden in de notulen, of ik weet niet of dit allemaal wordt opgenomen, maar ik denk niet dat ik gezegd heb dat ze meteen hier kwamen en dan besmettingen veroorzaakten. Wat ik zeker heb gezegd, en me ook heel helder kan herinneren, is dat we per besmetting, zeker in de beginfase, probeerden terug te traceren waar die is opgelopen. Dat was natuurlijk met name Italië, en op een gegeven moment ook, met name voor de regio Zuid-Limburg, Duitsland. Ik denk dat dit het antwoord is. We moeten ons realiseren dat we een open samenleving zijn. We hebben een open Europa. Dat heeft consequenties. We hebben gezien dat introducties vanuit die landen gebeurd zijn. Nu zijn er in Oostenrijk een heleboel gevallen. Daar komen ook weer personen van terug. Dat zijn een beetje de consequenties van het personenverkeer, dat natuurlijk bijna altijd, ook even gezegd, Nederlanders betrof die daar op vakantie waren geweest. Zij namen ongewild die infectie mee terug naar Nederland, en kunnen dan wel het begin zijn van een cluster in Nederland. De grenzen dichtdoen voor personen en niet voor goederen – dat hoor ik zo nu en dan – lijkt, wat ik daarvan zie, vooral gericht op het feit dat men dan hamstert over de grens of andersom of dat bepaalde goederen plotseling niet meer worden doorgelaten. De invloed op de uitbraak valt op dit moment toch een beetje te betwijfelen, want de getallen in de verschillende Europese landen ontlopen elkaar niet zo veel. Zoals ik net ook al heb aangegeven, zijn de maatregelen, ook al liggen er zeker detailverschillen, uiteindelijk in wezen grotendeels gelijk, op dit moment misschien met uitzondering van Groot-Brittannië. Het nut en de eventuele noodzaak om het personenverkeer verder te beperken, zouden er natuurlijk met name zijn als je een gebied hebt waar de circulatie vele malen hoger is dan in Nederland en als personen vanuit zo'n gebied naar Nederland zouden komen. Dat zou een reden kunnen zijn om maatregelen op zo'n vlak te suggereren.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. De heer Kuzu namens DENK. Gaat uw gang.

**De heer Kuzu (DENK):**

Dank, voorzitter. Ook vanuit mijn fractie dank richting de heer Van Dissel, het RIVM en al die mensen die zich daar inzetten. Ik denk dat het belangrijk is dat de overheid een rol heeft in het wegnemen van onrust, onzekerheid en onduidelijkheid. Waar het precies om die drie punten gaat, denk ik dat we de afgelopen tijd niet voldoende hebben laten zien dat we die onrust, onduidelijkheid en onzekerheid kunnen wegnemen als er wordt gezegd dat we de scholen niet gaan sluiten en als we twee dagen later besluiten dat toch wel te doen.

Ik zie de grafieken die nu voorliggen met drie scenario's en ik hoor de heer Van Dissel ook zeggen dat het belangrijk is om tijd te kopen tot het vaccin komt. Ik zou heel veel vragen willen stellen, maar ik stel er maar één. Kunt u wat meer vertellen over de stand van zaken op het punt van de ontwikkeling van vaccins? Als u aangeeft dat het nodig is om meer tijd te kopen tot het vaccin komt, zie ik in de grafiek heel duidelijk dat de blauwe lijn ten opzichte van de groene lijn, de tijd sinds de aanvang van de epidemie, veel verder ligt. Is het dan niet verstandiger om over te gaan op het scenario van de blauwe lijn in plaats van de groene lijn, waardoor er meer tijd gekocht wordt?

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Het eerste deel van uw vraag is echt voor het debat van vanmiddag. Voor het tweede deel, over de vaccins, geef ik het woord aan de heer Van Dissel. Gaat uw gang.

**De heer Van Dissel:**

Wat de vaccins betreft houden we natuurlijk vooral aan wat de WHO, die daar actief mee bezig is, daarover aan informatie doorgeeft. Er wordt natuurlijk door verschillende groepen aan vaccins gewerkt, maar de verwachting is zeker niet dat die binnen een jaar beschikbaar zijn. Je weet het natuurlijk nooit, want het is wetenschap en het is deels ontwikkeling. Er kunnen ook plotselinge innovaties zijn. Maar u kunt zich voorstellen dat iedereen met argusogen kijkt of vaccins beschikbaar komen en, zo ja, hoe die dan in voldoende mate kunnen worden geproduceerd en of ze veilig zijn – want dat zul je toch ook allemaal moeten vaststellen – om er vervolgens dankbaar gebruik van te maken.

**De heer Kuzu (DENK):**

En het tweede deel van de vraag?

**De heer Van Dissel:**

Het tweede deel betrof een total lockdown. U zegt dat de blauwe lijn beter uitkomt, maar de blauwe lijn en de piek die daarop volgt, hangen helemaal af van het moment waarop je je duim uit de dijk trekt. Dat is dat blauwe pijltje. Dat is hier natuurlijk op een volkomen arbitrair moment gezet. Dat begrijpt u ongetwijfeld ook. Het grote nadeel van een total lockdown, even los van de geweldige consequenties, is dat je die in principe heel lang moet volhouden. De consequentie van een total lockdown is een situatie waarin iedereen in zijn huis moet blijven, alleen met een papiertje naar buiten mag en misschien voedsel voor de deur krijgt, waarin dat alles is en waarin je dat maanden en maanden moet volhouden. Ik denk dat dat niet een keus is die wij als adviseurs maken. Dat is een keus die u uiteindelijk maakt.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Hijink namens de SP. Gaat uw gang.

De heer **Hijink** (SP):

Wederom dank aan de heer Van Dissel voor zijn komst en zijn heldere uitleg. Ik heb een vraag over de verschillende scenario's. Er zitten namelijk belangrijke aannames in het scenario waarvoor nu gekozen wordt, namelijk dat er sprake kan zijn van gecontroleerde verspreiding. Hoe ziet dat eruit als het om de helft van de Nederlandse bevolking gaat? Hoe voorkom je dan nog dat de meest kwetsbare ouderen, die bijvoorbeeld thuiszorg of huishoudelijke zorg krijgen, getroffen worden? En kan de heer Van Dissel ingaan op wat binnen de drie scenario's, wat concrete aantallen betreft, de verwachte aantallen zieken en de verwachte aantallen sterfgevallen zijn? Hoe valt de vergelijking dan uit?

De heer **Van Dissel**:

Voor de duidelijkheid: wij gaan niet gecontroleerd verspreiden. Dat doen we niet, want dan zouden we moedwillig verspreiden. Dat is natuurlijk het laatste wat we willen. Wat we doen, is gecontroleerd maatregelen treffen om verspreiding tegen te gaan. Dat is wel even iets anders. Wat je doet, is het vaststellen van de determinanten van de overdracht. Die determinanten zijn natuurlijk goeddeels bekend. Die hangen af van het aantal personen, het aantal contacten en de wijze van contact. Op grond van die modellen weten wij wat je kan beïnvloeden en hoe belangrijk dat is voor het contact, bijvoorbeeld de duur van het contact. Ik heb daar bij eerdere technische briefings overzichten van gegeven. Dat probeer je te controleren en dat titreren we aan de capaciteit van de ic-zorg. Uiteraard probeer je uiteindelijk zo weinig mogelijk zieken te hebben, maar deze infectie is er. Die infectie is er niet alleen in Nederland. Die is er ook in het buitenland. Dat wordt natuurlijk ook nog eens geïllustreerd door alle importgevallen. De total lockdown hebben we net al even besproken. Het is dan ook maar de vraag of je daar alles mee weg krijgt. Je bent dan in ieder geval buitengewoon kwetsbaar voor elke herintroductie, waarbij je in wezen weer van voren af aan met het scenario moet beginnen. Bij de maximale controle titreer je het op de ic. De ic-artsen proberen natuurlijk zo goed mogelijke zorg voor hun patiënten te bieden. In de realiteit zal gewoon een percentage daarvan komen te overlijden, met name ten gevolge van onderliggende medische problematiek die het individu onvoldoende in staat stelt om door opbouw van de afweer de infectie het hoofd te bieden. Dat zien we natuurlijk ook bij de griep, maar ook bij de pakweg 35.000 opnames wegens longontsteking die we normaliter in Nederland hebben. Ik denk dat aantallen op dit moment heel erg speculatief zijn. Ik denk dat we die eigenlijk niet kunnen zeggen. Wat we momenteel gewoon doen, is titreren op het kunnen bieden van zorg en het kunnen bieden van ic-zorg.

Ik denk dat aantallen met betrekking tot ziekenhuisopnames en eventuele consequenties of overlijdens echt moeten worden opgebouwd in de Nederlandse setting. Ik denk dat het heel erg speculatief is om daar nou met allerlei getallen te komen.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank. Geen vervolgvraag, want ik kijk ondertussen naar de klok. Anders hebben we echt te weinig tijd voor de volgende spreker. Het lid Van Haga; gaat uw gang.

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

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de heer Van Dissel voor al deze informatie. Ik begrijp dat het omlaagbrengen van het reproductiegetal essentieel is. Dat is nu vrij laag, lager dan in andere landen, rond 1,7. Dat moeten we omlaagbrengen met zo min mogelijk maatschappelijke ontwrichting. We hebben in eerste instantie gekozen voor social distancing. Een beetje in lijn met wat collega Asscher zei: u zegt dat de volgende stap het preventief isoleren van ouderen en kwetsbaren is, maar

wat zou dat voor effect hebben op de R0, is dat gemodelleerd en blijft die curve dan wel onder de kritieke limiet?

De heer **Van Dissel**:

Het belangrijkste effect is dat bij de kwetsbaren de R0 natuurlijk in feite omlaaggaat, terwijl die bij de overigen op zich niet zo veel hoeft te veranderen. De essentie van zo'n interventie is: door ouderen en uiteraard ook degenen die daar zorg voor hebben, erop te wijzen dat ze moeten nadenken bij contacten, goed moeten kijken naar handenwassen en dergelijke en al die maatregelen in acht moeten nemen, ga je de overdracht naar die groepen natuurlijk extra beperken. Dat reproductie-getal zou dan omlaaggaan, terwijl het in de rest onveranderd blijft. Omdat de ouderen nogal wat ic-zorg en ziekenhuiszorg vragen, zoals ik u net heb laten zien met de andere grafieken, kun je natuurlijk verwachten dat hun aantal daar zal afnemen, terwijl de groep die deze infectie doormaakt als een heftige griep of soms zelfs maar als een neusverkoudheid, natuurlijk gelijk blijft en wel bijdraagt aan de immuniteit die je uiteindelijk hebt in de bevolking. Op den duur kunnen die dan weer een cordon sanitaire, een soort muur, rond die kwetsbaren bouwen. Daardoor gaat die R0 uiteindelijk nog verder omlaag.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik moet wat strenger worden over de duur van de antwoorden en vervolgvragen, want u krijgt allemaal de gelegenheid voor het stellen van een vraag. Mevrouw Van Kooten-Arissen, gaat uw gang.

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

Voorzitter, dank u wel. Ook mijn dank aan de heer Van Dissel voor het beantwoorden van alle vragen en de informatie. Ik heb een vraag over de communicatie over het virus. Op de website van het RIVM staat: «Wanneer ben ik genezen? Wanneer kan ik dus weer in contact komen met anderen, ook oudere en zwakke groepen in de samenleving?» Als antwoord staat er: «Als je 24 uur vrij bent van klachten, kun je anderen niet meer besmetten en kun je in principe weer gewoon je huis uit en alles doen wat je daarvoor deed.» Dat staat ook met zoveel woorden op de GGD-website. Mijn vraag is: waarom is het nou zo anders dan wat de Wereldgezondheidsorganisatie communiceert? Die zegt: ook als je vrij bent van klachten, kun je nog zeker twee weken andere mensen besmetten en zouden de maatregelen in stand moeten blijven om te voorkomen dat anderen en vooral de zwakkeren in de samenleving besmet raken.

De heer **Van Dissel**:

Dit is deels ingegeven door heel praktische overwegingen. We hebben gewoon een schaarste aan testen en we willen de testen inzetten voor de groepen waarvoor we denken dat het de meeste consequenties heeft. Dit is een beleid dat gekozen is en dat we controleren. Met andere woorden, van de eerste twintig die we van ziek tot gezond verklaren, controleren we of het virus ook weg is. Mocht dat niet zo zijn, dan wordt het beleid gewoon aangepast.

De **voorzitter**:

Dank u wel. We laten het hier even bij. Mevrouw Ellemeet van de fractie van GroenLinks, gaat uw gang.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. En veel dank aan de heer Van Dissel en het RIVM voor de uitleg en al het goede werk dat zij dag en nacht verrichten. De heer Van Dissel geeft helder aan dat het doel tweërlei is. Aan de ene kant willen we in Nederland voorkomen dat er een piek ontstaat waardoor de

zorg overbelast wordt. Daarnaast willen we kwetsbaren heel goed beschermen, zeker zolang er nog geen vaccin is. Het beheerst opbouwen van die immuniteit kan daaraan bijdragen. Dat is een middel tot dat doel. Bij de groene lijn die wij volgen, verwacht de heer Van Dissel dat we in juli of augustus van de infectie af zijn. Ik wil daar graag een toelichting op, want het werd een beetje terloops gezegd, terwijl ik denk dat dat belangrijke informatie is. Hoe snel verwacht de heer Van Dissel dat wij beheerst die immuniteit opbouwen? Al zou het in juli of augustus het geval zijn, je kunt pas maatregelen gaan afbouwen als er dan ook voldoende immuniteit is.

De heer **Van Dissel**:

Laat ik geen misverstanden oproepen. Ik heb juli/augustus genoemd voor de rode curve, en dat is niks doen. Voor elke curve waarbij je interventies doet, zal die periode aanzienlijk langer zijn.

Voor die opbouw van immuniteit – dat hoop je te bereiken door het kunnen gebruiken van een vaccin – moet ten minste 50%, 60% van de Nederlanders resistent zijn. Zij moeten afweer kunnen bieden aan het virus. Dat kun je bereiken door infecties door te maken, maar ook door vaccins waaraan gewerkt wordt. Die situatie speelt zich voorlopig nog in de toekomst af. Dat is niet iets wat we op korte termijn denken te bereiken. Wat we wel met geringere aantallen van immuniteit onder de bevolking kunnen bereiken, is dat het bijdraagt aan de bestrijding. Ze vormen als het ware een buffer, misschien helemaal willekeurig, tussen gevoelige vormen waar het virus op afketst. In plaats van dat ze er ziek van worden en het meteen kunnen doorgeven, heeft het virus bij zo iemand na zo'n contact geen effect. In die zin begint het al bij te dragen. Ik wil niet zeggen «bij de eerste patiënt die genezen is», maar in feite komt het daar wel op neer. Het volgt de genezen patiënten.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank. De heer Baudet, Forum voor Democratie.

De heer **Baudet** (FvD):

Ik denk dat de vraag van mevrouw Van Ellemeet niet echt beantwoord is, dus ik wil hem nog een keer stellen. De clou van het scenario dat u voorstelt, is dat het binnen afzienbare tijd tot die groepsimmuniteit leidt, terwijl dat maar helemaal de vraag is. Als je ziet dat 60% van de bevolking die immuniteit moet opbouwen en je bepleit tegelijkertijd social distancing, dan duurt het dus heel lang. De vraag is dus niet zozeer of het erger of minder erg is om een lockdown op de korte termijn te hebben. Het gaat ook om de lange termijn. Uit allerlei onderzoeken blijkt dat het juist na zo'n lockdownperiode vrij goed mogelijk is om het virus te isoleren, zodat die oplevingscurve, die tweede die getekend is, eigenlijk wordt tegengesproken door recente literatuur. In het kader daarvan zou ik ook graag willen dat u reflecteert op die foute voorspelling van het RIVM in de afgelopen twee maanden. U heeft er eigenlijk steeds naast gezeten. Hoe kijkt u zelf terug op die vergissingen, die verkeerde inschattingen de afgelopen tijd?

De heer **Van Dissel**:

Voor de duidelijkheid, onze maatregelen richten zich niet op het bereiken van die 60%. Dat heb ik net ook uitgelegd, maar ik benadruk het nog een keer. Kijk, de maatregelen richten zich erop om de ic-capaciteit in stand te houden en om zo min mogelijk kwetsbare ouderen de infectie te laten doormaken met potentiële ernstige gevolgen. Dat doe je door de combinatie van maatregelen die we net hebben gesuggereerd. Ik heb ook aangegeven dat personen die de infectie hebben doorgemaakt en daarvan hersteld zijn, naarmate die groep groter wordt, bijdragen aan een groepsimmuniteit. De 50% of 60% die ik heb genoemd en die je nodig zal

hebben om het virus in de toekomst in Nederland geen kans te geven, zal je bijna niet anders kunnen bereiken dan met een vaccin. Dat roept uiteindelijk ook afweer op en zorgt ervoor dat je zo'n schild van resistentie kan bouwen rond kwetsbare groepen. Het is dus niet zo dat wij denken dat we die 60% gaan bereiken met wat we nu doen. Dat zou waarschijnlijk te lang duren. Maar we zijn allemaal afhankelijk van de komst van het vaccin.

U poneert dat lockdown een oplossing zou zijn, omdat het dan eenvoudiger zou zijn om het virus te beheersen. Ik sluit het niet uit als potentiële optie, maar ik benadruk dat we dat gewoon helemaal niet weten. We kennen het geval van Singapore, waar dat wellicht gelukt is, maar dat een andere maatschappij is dan de Nederlandse. In China hebben we een lockdown die nog steeds een lockdown is en die al maanden en maanden doorgaat. We weten alleen dat het virus nog steeds heerst in de stad. Als je dat opheft, weet je zeker dat het zich weer begint te verspreiden. De eerste studies daar tonen dat bepaald niet iedereen daar de infectie al heeft doorgemaakt. Daarmee neem je dus een heel groot risico, omdat je dan geweldig zware maatregelen treft. Een lockdown is ook niet even twee weken niks meer doen. Daarmee red je het niet. Dat moet veel langer. Vervolgens ben je afhankelijk van elke introductie die er komt en die het weer helemaal kan doen opleven. Daar moet je gewoon realistisch in zijn. Mensen krijgen luchtweginfecties. Je kunt niet van iedereen elke luchtweginfectie tot in lengte der dagen gaan controleren of het het coronavirus is of niet en dan weer teruggaan naar een lockdownsituatie. Daar zitten interpretaties in die ik verder aan u overlaat. We kunnen daar alleen maar over adviseren. Een lockdown waarmee je Nederland helemaal stillegt, werkt in theorie, maar je bouwt er uiteindelijk niks mee op en je neemt een geweldig risico voor de toekomst. Het is een advies dat moet worden gewogen door de personen die het beleid maken. Uw laatste vraag ging over onze foute voorspellingen. Misschien kunt u daarover iets specifiekker zijn. Niet dat ik de pretentie heb dat wij geen foute voorspellingen doen of adviezen geven die we moeten aanpassen, maar het het RIVM is een regieorganisatie. Wij betrekken adviezen van alle experts in Nederland en brengen die samen in een OMT om een advies te geven waarvan de experts denken dat dat op het moment van samenkomen het beste advies is voor wat we in Nederland kunnen doen. Dat proberen we integer en transparant te doen. We proberen eerlijk te zijn over de situatie. Natuurlijk zal het op onderdelen lang niet altijd 100% correct zijn. Het voorspellen van de toekomst is ingewikkeld.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Heel kort nog, meneer Baudet, want u krijgt een tegenvraag.

**De heer Baudet (FvD):**

Er zit een inconsistentie in die twee modellen. U zegt: uiteindelijk moeten we ervan uitgaan dat we een vaccin hebben. Daar moeten we op speculeren. Dat wil zeggen dat de groene lijn die u voorstelt, blijkbaar uitgaat van een vaccin. Maar volgens die blauwe lijn gaat u ervan uit dat er geen vaccin is. Dan leeft het weer op. U vergelijkt dus appels en peren. In het groene scenario zit wél een vaccin, het blauwe niet. Anders zou er in het groene scenario net zo goed weer een opleving kunnen komen. Er is namelijk geen verschil, want die groepsimmunitet treedt pas op bij 50%, 60% immuniteit bij de bevolking en dat is niet zo, zegt u net zelf, in dat groene scenario.

**De voorzitter:**

Uw punt is duidelijk. Een korte reactie van de heer Van Dissel.

**De heer Van Dissel:**



Laat hier geen misverstand over bestaan: ook in het blauwe scenario komt er een vaccin.

**De voorzitter:**

Meneer Baudet, de heer Van Dissel heeft het woord.

**De heer Van Dissel:**

Het punt met het lockdownscenario is dat je moet blijven drukken. We hebben een virus dat de hele wereld rondgaat, ook in Afrika en Zuid-Amerika, in landen waar het veel minder beheersbaar is en pockets zal blijven. Voor de duidelijkheid: zelfs over een lockdownsituatie als in Wuhan bereiken ons berichten dat het daar niet stil is. Dat betekent dus dat je moet blijven drukken. Dat betekent dat je de maatregelen voor een totale lockdown, waarbij iedereen de facto in zijn huis moet blijven en niet naar buiten kan, al die tijd moet volhouden. Dat moet je dan volhouden ten minste tot er een vaccin is. We zijn het er, denk ik, in ieder geval over eens dat dat er moet komen. De vraag is of je exact dat wilt doen of dat je maatregelen wilt nemen waarbij je probeert de infectie maximaal beheersbaar te maken, waarbij je ervoor zorgt dat de zorg intact kan blijven en waarbij je zo min mogelijk de kwetsbare groepen probeert te raken. Dat zijn de keuzes die uiteindelijk de politiek moet maken.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan mevrouw Van den Berg namens het CDA.

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

In de eerste plaats: alle waardering van het CDA voor het RIVM en meneer Van Dissel voor al het werk en ook iedere keer dat men hier weer naar ons in de Tweede Kamer komt. Er zijn al veel vragen gesteld over de gekozen strategie. Ook is daar de term «herbesmetting» gevallen. Daar zou ik graag wat meer over willen horen. Als ik één zorg uit het land hoor, dan is dat het gebrek aan persoonlijke beschermingsmiddelen, ook voor de zorgverleners, en het gebrek aan testmateriaal. Dus ik begrijp de strategie dat we ervoor moeten zorgen dat het aantal opnames onder de ic-capaciteit – die wordt ook opgebouwd – blijft. Maar als die andere zaken dan niet voorhanden zijn, hebben we ook nog een probleem.

**De heer Van Dissel:**

Het verschijnsel «herbesmetting» ken ik niet zo. Ik weet niet of u daar informatie over heeft. We zien in China natuurlijk dat de personen die genezen zijn, de infectie niet hebben. Dan zou je dus altijd gevallen hebben waarbij je het misschien nog een tijdje uit de keel kan halen. Dat zou zeker kunnen. We zien ook gevallen die het tijdelijk in de keel dragen en het daarna weer kwijt zijn. Dus ik denk niet dat dat een limiterende factor gaat worden. Dan de twee dingen die u daarnaast noemt. Over de testen heb ik zojuist al wat gezegd. De schaarste van testen is momenteel helaas niet uniek voor Nederland maar geldt voor een heleboel landen in Europa en daarbuiten. Dat is het gevolg van een gebrek aan onderdelen van die test. Daarom denken we er steeds over na hoe we die test op de meest optimale wijze kunnen inzetten om uiteindelijk ons beleid te steunen. Dat is wat we doen en wat u ook weer in het OMT-verslag – gisteren zijn daar weer een aantal veranderingen gesuggereerd – kunt terugvinden.

Dan de persoonlijke beschermingsmiddelen. Die zijn natuurlijk heel belangrijk. Het gebrek eraan steekt ons ook als hulpverleners ontzettend, want het liefst wil je ze gewoon hebben in de situaties waarin je bescherming wilt kunnen bieden. Dat zal overigens met name op de ic's zijn, waar de meest risicovolle handelingen worden verricht door toch een hooggekwalificeerde groep verpleegkundigen en artsen, waarvan je ook niet wil dat ze uitvallen. Dus ook daar hebben we een prioriteitenbeleid en

zijn we momenteel met name bezig om na te gaan of het mogelijk is om de materialen te hergebruiken. Het onderzoek daarnaar loopt en is ver. Dus binnenkort kunt u daar uitkomsten van verwachten. Dat volgt eigenlijk een paar lijnen die misschien wat technisch zijn. Enerzijds kunt u zich voorstellen dat als je de materialen bewaart en bestraalt, je ze weer kan steriliseren. Dat is één route. Een andere route is om ze chemisch te steriliseren met waterstofperoxide. Over beide hopen we binnenkort helderheid te hebben dat dat opties oplevert om ook gebruikte materialen te hergebruiken. Dat zou natuurlijk een goede verlichting zijn van de druk op die materialen. Dus daar wordt momenteel hard aan gewerkt.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Tot slot mevrouw Ouwehand van de Partij voor de Dieren.

**Mevrouw Ouwehand (PvdD):**

Voorzitter, dank u wel. Dank aan de heer Van Dissel voor zijn toelichting. Mijn vraag gaat over de immuniteit. De Minister-President zei in zijn toespraak: wie het virus heeft gehad, is daarna meestal immuun. Dus «meestal». Dus ik vroeg me af wat de stand van de wetenschap is op dit punt. In hoeverre weten we of je daadwerkelijk immuun bent als je ziek bent geweest? Ook vragen we om duidelijkheid over wanneer je echt niet meer besmettelijk bent. Want mensen die ziek zijn geweest weten nu echt niet of zij hun gewone leven weer kunnen oppakken, omdat de WHO iets anders zegt dan onze eigen kanalen.

**De heer Van Dissel:**

Over «immuun» of «meestal immuun». Een virus dat je niet behandelt, moet uiteindelijk worden weggewerkt door het afweersysteem. Daar zijn verschillende immunologische mechanismen voor. We hebben aanwijzingen, onder andere uit het recente onderzoek ook van het Erasmus MC, dat het onder andere via antistoffen gaat. Daarom is er ook interesse in bepalingen waarbij we via antistoffen kunnen vaststellen of iemand de infectie heeft doorgemaakt. Wat je dan meet zijn eigenlijk afgeleiden van het afweersysteem, wat ons iets kan zeggen over het contact. Wanneer iemand beter wordt en uiteindelijk ook het virus klaart op de plekken waar het zit, bijvoorbeeld in de long of in de keel, spreek je van iemand die immuun is. In dat geval zal iemand ook niet meteen een week later de infectie weer terugkrijgen, want anders was de epidemiologie in China totaal anders geweest. Uiteindelijk – dat is natuurlijk de achtergrond van uw vraag – hebben we nog geen 100% garantie hoelang dat dan duurt. Dat zal moeten blijken. Maar we kennen eigenlijk geen virusziektes die zich niet als zodanig gedragen. Dan zou het een uitzondering op iets zeldzaams worden. De duur van de immuniteit is dan natuurlijk belangrijk. Dat zullen we dan later zien. Maar ik moet erbij zeggen dat het toch altijd in ieder geval een jaar is. En als we vaccins hebben, dan moeten die natuurlijk zodanig worden gebruikt dat de immuniteit opgebouwd wordt. Een heleboel vaccins geven we om die reden natuurlijk ook vaker dan één keer. Dat is precies de achtergrond daarvan. Dus immuniteit moet je soms ook weer versterken door het nog een keer te stimuleren.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank.

**De heer Van Dissel:**

Sorry, er is nog een vraag gesteld over het weer beter worden. Ik wil daar best nog wat van zeggen. Blijkbaar was ik net niet helder genoeg. We hebben een periode dat iemand het virus draagt. Dan wordt die persoon besmettelijk. Uiteindelijk is er weer een periode dat iemand het virus klaart en beter wordt. Alles wijst er eigenlijk op dat je besmettelijk bent op het moment dat er klachten ontstaan en je druppels met het virus gaat

rondhoesten en -niezen, en soms ook al daarvoor, bijvoorbeeld via contact met speeksel en contact met voorwerpen. Aangezien het virus begint met zich te vermeerderen in de neus en dan op een gegeven moment middels het afweersysteem dat we net noemden, klachten begint op te roepen zoals hoesten en koorts, kun je je dus voorstellen dat er een korte fase is waarin er natuurlijk virus aanwezig is, maar iemand zich daar nog niet van bewust is. Soms kent die fase al een zodanige virusreproductie dat je je kunt voorstellen dat als je op dat moment een wat verstopte neus hebt en je een voorwerp aanraakt, je zo'n voorwerp kan besmetten. Hetzelfde geldt eigenlijk aan de andere zijde als je beter bent. Op het moment dat men niet meer hoest, niet meer niest en de handhygiëne langer hooghoudt, en de klachten weg zijn, neemt de besmettelijkheid geweldig snel af. Dat zien we natuurlijk ook bij andere infectieziekten. Uiteindelijk moet je ook een praktische maat kiezen om te bepalen wanneer iemand weer beter is. Dus enerzijds zeggen we: zolang er geen klachten zijn, is men niet besmettelijk en is er misschien een hele korte periode van presymptomatische overdracht. Hetzelfde geldt eigenlijk aan de achterzijde van de klachten. Dat is de achtergrond waarom we dat gekozen hebben. Daar moet je toch een praktische maat voor kiezen. Om daar dus nog zekerder in te zijn hebben we, zoals ik net heb aangegeven, besloten om dat nog een aantal keren te gaan controleren bij personen die weer genezen worden verklaard. Dat doen we om te weten of op dat moment het virus inderdaad ook weg is.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de presentatie en de beantwoording van vragen door de heer Van Dissel. Ik wil voorstellen dat de heer Van Dissel van plaats ruilt met de heer Gommers, anesthesioloog en intensivist, verbonden aan het Erasmus MC. De heer Gommers heeft aangegeven dat hij geen presentatie heeft, dus ik stel voor om gelijk over te gaan tot het stellen van vragen. We hebben daarvoor drie kwartier de tijd. Ik denk dat het verstandig is dat we gefocust blijven op het om 12.30 uur afronden van deze technische briefing. Ik zie instemmend geknik van de meerderheid van de aanwezige leden. Dat betekent dus dat u geen inleidende betogen houdt maar direct uw vraag moet stellen. Ik hoop dat ik op uw medewerking mag rekenen. Ik stel voor om het op dezelfde manier te doen: één vraag stellen, antwoord geven en door naar de volgende. Ik geef het woord aan mevrouw Diertens.

**Mevrouw Diertens (D66):**

We zien dat ouderen een grote kans lopen om in de ic te komen. Klopt het dat we tot nu toe goed in staat zijn geweest om ouderen en kwetsbaren te beschermen? Want die zitten nu relatief weinig in de ic's. En hoe zit het ook met de verpleeghuizen die erg gekoppeld zijn aan ziekenhuizen, bijvoorbeeld op Bonaire?

**De heer Gommers:**

Zoals net ook door de voorganger verteld is, zien we nu dat ongeveer 50% van de intensivecareopnames onder de 50 is en 50% boven de 50. Van het aantal mensen dat tot nu toe is overleden, is het grootste gedeelte eigenlijk overleden buiten de ic. We hebben net die grafiek en die leeftijdscurve gezien. Dat betekent eigenlijk dus dat het overlijden buiten de ic gebeurt. Dat is eigenlijk een beleid dat we in Nederland hebben: samen met patiënt en familie leveren we zorg. Dat noemen we «zinnige zorg»: is het nog wel of niet verstandig om naar een intensive care te gaan?

**De heer Veldman (VVD):**

De meest cruciale vraag is natuurlijk hoe groot onze capaciteit qua ic uiteindelijk kan worden. De Minister heeft ons gisteren een brief gestuurd waarin hij heeft aangegeven dat we, zoals het er nu uitziet, kunnen opschalen naar 1.500 en mogelijk naar 2.000. De vraag aan de heer Gommers is of die 2.000 haalbaar is en of daar ook nog rek in zit. Je hebt natuurlijk verschillende vormen van ic. Wat is uiteindelijk de capaciteit die we aankunnen? Die capaciteit is immers natuurlijk heel erg bepalend voor de maatregelen die we wel of niet moeten nemen.

**De heer Gommers:**

Ja. Op dit moment hebben we 1.150 ic-bedden, zoals de Minister zei. Vaak hebben we die niet allemaal open, omdat we een tekort hebben aan personeel, aan verpleegkundigen, zoals we de afgelopen jaren hebben gezien. Door het afschalen van het electieve operatieprogramma komt er personeel beschikbaar. Die mensen helpen ons op de intensive care. Die capaciteit kan dus worden uitgebreid. Voor het verder opschalen naar 1.500 zijn er eigenlijk de verschillende fasen die wij kennen in opschaling. We zitten nu in «conventioneel», dus die 1.150 bedden. In de volgende fase willen we graag 20% capaciteit erbij. Dat is niet alleen voor de ic, maar ook voor de ziekenhuisbedden. Dat wordt gecoördineerd bij de ROAZ'en, de elf ROAZ-organisaties. Die hebben daar ook overzichten van en weten precies wat elk ziekenhuis kan leveren. De volgende fase is eigenlijk de crisisfase. Die besluitvorming over waar we uiteindelijk naartoe gaan, ligt bij de politiek. In die fase wil je 100% meer capaciteit, zowel voor ziekenhuisbedden als voor intensiverebedden. Daar komt het getal 2.000. Als je met hulp van anderen 2.000 ic-bedden hebt – de ic zal het coördineren, maar we hebben alle artsen en verpleegkundigen van een ziekenhuis en van de verschillende afdelingen nodig en dat kan ook, omdat we minder poli's draaien en alleen spoedoperaties doen – dan kun je, afhankelijk van hoeveel ic-opnames je rekent, naar 20.000 tot 40.000 besmette coronapatiënten in Nederland. Dat is het getal waar wij nu mee werken. Mochten er aanwijzingen zijn dat we die grafieken toch anders zien lopen, dan gaan wij natuurlijk opnieuw met elkaar in gesprek. Wel belangrijk is dat we voor die opschaling van 1.500 naar 2.000 nog 500 beademingsapparaten nodig hebben en andere spullen. Daar hebben we ook jullie voor nodig, want wij maken nog maar weinig apparaten in Nederland zelf. Die aanvragen worden dus gedaan, maar ik krijg ook in Nederland veel initiatieven. Bijvoorbeeld met de technische universiteiten van Delft en Twente zijn er initiatieven om zelf beademingsapparaten te gaan maken.

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

Wat kan op grond van de ervaring die er nu is met de opgenomen patiënten, de boodschap zijn voor mensen die besmet zijn met het coronavirus? Wat is juist belangrijk om te bepalen wanneer ziekenhuisopname echt geïndiceerd is en hen kan helpen? Dan blijven we niet achter de feiten aan lopen.

**De heer Gommers:**

Het ziektebeeld wordt vooral gekenmerkt door ademhalingsklachten. Je ziet dat die mensen eerst naar de huisarts gaan en dan, als die ademhalingsklachten toenemen, naar de eerste hulp. Dan zie je – dat blijkt ook uit de getallen die we net gezien hebben vanuit China – dat 15% dan naar de gewone ziekenhuisafdeling gaat, waar ze extra zuurstof krijgen. Dan zie je eigenlijk dat het in de meeste gevallen goed gaat. In een enkel geval putten mensen uit, hebben ze een hele zware ademhaling en wordt het een gevecht met zichzelf. Op dat moment nemen wij die patiënten op in de intensive care. Dan kom je aan de beademing. Dat ligt naar verwachting tussen twee en vier weken.

De heer **Asscher** (PvdA):

Als je naar de situatie in Italië kijkt, hoe bereiden u en uw mensen zich er dan op voor om het ook een poos vol te kunnen houden in deze intensiteit?

De heer **Gommers**:

Dat is een hele goede vraag. Italië lag dichterbij en we hebben veel contacten met onze collega's. Dat was ook de reden waarom bijna veertien dagen geleden een brief werd geschreven: beste Nederlanders, zijn we erop voorbereid? Ik denk dat wij het geluk hebben dat het tot nu toe tot Brabant is beperkt. Je ziet nu dat iedereen zich heel goed aan het voorbereiden is. Als ik de getallen mag geven: een kleine 50% van de coronapatiënten ligt nu in Limburg en Brabant en de rest in de rest van Nederland, terwijl daar eigenlijk veel meer ic-capaciteit is. Noord-Nederland, dus Friesland/Groningen, heeft één patiënt. In de regio Oost-Nederland liggen twee patiënten. Wij zijn er dus klaar voor. We hebben daardoor ook tijd om mensen te scholen en om het gesprek aan te gaan. Bij mijn eigen afdeling in het Erasmus MC was iedereen best gespannen toen wij de eerste patiënten hadden. Dit is werk dat wij dagelijks doen, maar het coronavirus geeft een extra spanning. Dat betekent dat je het gesprek aan moet gaan. Dat gesprek kan je beter aangaan als er rust heerst. Van de ziekenhuizen die veel coronapatiënten hebben, zoals het Amphia in Breda, krijg ik nu terug dat zij echt rust uitstralen. Zij hebben nog steeds capaciteit. Ze hebben vandaag zestien patiënten liggen met corona, maar hebben nog zes lege bedden en zijn totaal in control, omdat ze zich goed hebben voorbereid met goede scholing van personeel dat de intensive care komt bijstaan.

De heer **Krol** (50PLUS):

Mij interesseert vooral welke ervaringen we kunnen opdoen met voorbeelden uit het buitenland. Daarbij kijk ik naar twee gebieden dicht tegen China aan. Singapore heeft 6 miljoen inwoners, 260 gevallen en nul doden. Taiwan heeft 24 miljoen inwoners, 100 gevallen en slechts één dode. Kunnen we daar iets van leren?

De heer **Gommers**:

Een hele goede vraag, maar daar ben ik geen deskundige in. Ik ben deskundig op de intensive care. Ik kan u uitleg geven over de intensive care, de behandelingen en hoe wij ons voorbereiden. Dit is eigenlijk echt aan de voorganger, aan Jaap van Dissel. Misschien hebben we straks nog tijd om terug te komen op die vraag.

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

Allereerst via u diep, diep respect voor iedereen die in de zorg werkt. De capaciteit van de intensive care moet worden opgebouwd naar boven 2.000. Wat is er vanuit de politiek nodig om dat proces te ondersteunen? U zei net in een heel kort zinnetje dat de overheid daarbij kan helpen, maar welke maatregelen zou de overheid moeten nemen?

De heer **Gommers**:

De twee aspecten worden al vaak genoemd. Over de maskers begint nu onrust te ontstaan. Mijn medewerkers op de intensive care zeggen natuurlijk: ik moet me niet voorstellen dat ik dadelijk ditzelfde werk moet doen zonder maskers. Dat geeft dus angst. Als je de voorzorgsmaatregelen goed uitvoert, dan loop je dat virus nagenoeg niet op. Dat is dus belangrijk. Daar hebben we soms ook jullie voor nodig om wat meer druk uit te oefenen om die maskers uit het buitenland te krijgen en ook om die maatregelen te nemen. We horen al meer dan een week dat er maskers uit Brussel moeten komen en dat de vrachtwagens klaarstaan. Ik hoor iedere keer dat het morgen geregeld is. We zijn nu vijf dagen verder en we

hebben die maskers nog steeds niet. Het kan zijn dat die maskers niet bestaan, maar dat is wat er gaande is. Hetzelfde geldt voor de beademingsapparaten. Het leger geeft aan dat het 80 beademingsapparaten klaar heeft staan. Die zijn naar de firma gegaan voor service, maar dan blijft het toch hangen, waardoor wij die apparaten niet vrij krijgen. Dat blijft hangen in het leger. Daar zouden jullie voor ons wat aan kunnen doen.

De heer **Jansen** (PVV):

Ik las gisteren dat er per patiënt op de intensive care gemiddeld per dag twintig mondkapjes nodig zijn. Klopt dat aantal? Zo ja, hoelang zou bijvoorbeeld het Erasmus MC dan met zijn huidige voorraad uit kunnen komen?

De heer **Gommers**:

Dit was een opmerking van de collega's van het Amphia Ziekenhuis. Wij werkten in het begin zo dat we iedere keer als wij de kamer waar die patiënten liggen binnengingen, een nieuw masker opdeden. Dan moet je ongeveer rekenen met zes maskers per uur, en dat 24 uur lang. We zaten dus ruim boven de 100. Het Amphia liet ons nu weten dat het ook anders kan. Dat is die medische kennis die dan gedeeld wordt met elkaar via webinars via de Federatie Medisch Specialisten; echt complimenten voor hoe snel zij dat hebben opgepakt. Zij hebben nu het voorstel gedaan om daar anders mee om te gaan, zodat je het kan beperken tot een minimum van zes per uur. Dat helpt. Alle kleine beetjes helpen op dit moment.

De heer **Kuzu** (DENK):

Er moet opgeschaald worden, er moet uitgebreid worden, en tegelijkertijd is het denkbaar dat de druk op de ic's bij de Brabantse ziekenhuizen toe gaat nemen in de komende periode. Is het dan de bedoeling dat bestaande ziekenhuizen in Brabant hun capaciteit gaan uitbreiden of ligt er ook een scenario klaar waarin patiënten worden overgenomen door andere ziekenhuizen in het land, waarbij we kiezen voor spreiding?

De heer **Gommers**:

Ik heb gisteravond als voorzitter nog een keer een brief rondgestuurd aan al onze leden waarin staat dat we de patiënten echt laagdrempelig moeten overnemen uit Brabant. We hebben goed vervoer via de MicU en we hebben op dit moment nog heel veel lege ic-bedden boven de rivieren. Ik heb overzichten van hoeveel coronapatiënten er in welke regio liggen. Zoals ik net zei, ligt 50% in Limburg en Brabant, maar die andere ziekenhuizen hebben eigenlijk nog veel meer capaciteit. Ze moeten dus vooral de patiënten overplaatsen naar boven de rivieren. Misschien moeten we ze eerst naar het Noorden brengen, want het virus gaat straks natuurlijk eerst naar de Randstad en dan verder naar het Noorden.

De heer **Hijink** (SP):

Ik had een vraag over de middelen waaraan nu een tekort dreigt te ontstaan. We hebben in ons land ook privéklinieken; het zijn er een stuk of 170, meen ik. Daar lopen artsen rond en ik meen dat daar eventueel ook honderden beademingsapparaten beschikbaar zouden zijn. Ik vraag me af of er een beroep op deze klinieken wordt gedaan om deze ter beschikking te stellen en of er contacten zijn met de industrie, bijvoorbeeld met de chemische industrie en met de bouwsector, om te kijken of we daar beschermingsmaterialen kunnen opeisen omdat onze zorgverleners die nu heel hard nodig hebben.

De heer **Gommers**:

Heel goede suggesties die ik graag onderschrijf. Ik wil een oproep doen dat alle maskers die in andere sectoren gebruikt worden, richting de

gezondheidszorg komen. Hetzelfde geldt voor de beademingsapparaten. We krijgen heel veel aanbod. Ook de dierenartsen hebben gezegd dat ze beademingsapparaten hebben. Alles is dus welkom, mits het via de ziekenhuizen gaat. Dat wordt echt gecoördineerd door het ROAZ.

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

Ik begrijp de getallen niet helemaal, maar misschien kunt u mij dat duidelijk maken. Als de helft van de bevolking ziek wordt en 1% daarvan op de intensive care komt, praten we over 80.000 mensen op 2.000 bedden. Als je die achter elkaar moet schakelen, heb je 40 sessies nodig. Als iedereen twee weken ligt, ben je dus anderhalf jaar verder. Wat is er mis met mijn berekening? Of klopt dit?

De heer **Gommers**:

Ik ga niet over uw berekening, maar wij willen natuurlijk vooral goed volgen hoe die lijn gaat lopen, welk effect de maatregelen hebben en of wij moeten opschalen in het aantal ic-bedden dat we klaar hebben staan. Daarvoor staan we in continu contact met het RIVM. Nu liggen al die plannen klaar, dus ik denk dat we nu in twee dagen naar 1.500 kunnen. Als wij de week daarop misschien zien dat die 1.500 niet goed genoeg is, moeten we op tijd gas gaan geven met elkaar zodat het naar 2.000 gaat. Als dat niet genoeg is, moeten we eventueel plannen gaan maken om naar 3.000 te gaan. We doen dat continu in overleg met het RIVM. We hebben veel overleg met elkaar. Ik denk dat dat de reden is om op tijd op te schalen. Ik hoop niet dat we zover komen, maar u kunt het eigenlijk vergelijken met de polio-epidemie. Toen zag je gymzalen met allemaal beademingen. Als het helemaal uit de hand loopt, moet je misschien aan dat soort scenario's denken, maar wij willen eerst goede zorg leveren via de ic-zorg, binnen de ziekenhuizen in aparte kamers. Ik denk persoonlijk dat we dus niet bij zulke beelden van bedden in gymzalen gaan komen.

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

Het is bekend dat een relatief hoog percentage aan besmettingen plaatsvindt onder zorgpersoneel. Hoe is daarmee rekening gehouden in de scenario's op de ic? Hoeveel verpleegkundigen zijn er per ic-patiënt? Hoe wordt het ondervangen als het aantal besmettingen en het gebrek aan beschermingsmaterialen hier een probleem wordt?

De heer **Gommers**:

Tot nu toe hebben we weinig ic-verpleegkundigen die besmet raken. Als ze besmet raken, hebben ze milde klachten. Zover mij bekend is er in Nederland nog geen enkele ic-verpleegkundige of -medewerker die zo ernstig is dat die zelf op de ic behandeld moet worden. Maar we hebben daarbij echt ander personeel nodig om ons te ondersteunen. Een heel goede vraag is hoe we daaraan gaan komen. U moet denken dat we aan functiedifferentiatie gaan doen, waarbij de intensivist en de ic-verpleegkundige misschien een superviserende rol krijgen, maar waarbij je zorgassistenten en andere handjes hebt om de zorg met elkaar te kunnen leveren. Dan is het niet meer de klassieke ratio van 1 op 1 overdag en 1 op 2 's nachts, maar dan zullen we misschien ook zorg leveren van 1 op 3 of 1 op 4 om iedereen die zorg te kunnen leveren waar hij of zij recht op heeft.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

U gaf aan dat we nog 500 apparaten nodig hebben als we willen opschalen naar 2.000 plekken. Er zijn nog wat voorbeelden genoemd van apparaten die van Defensie moeten komen, waaraan gewerkt wordt. Dan hebben we alsnog niet die 500. Bespreekt u ook de optie om te bekijken waar deze apparaten geproduceerd worden en om ze echt te gaan halen, misschien in China?

De heer **Gommers**:

Wij hebben bij VWS, dat ons ook heeft benaderd, de vraag neergelegd wat zij moeten doen om 500 beademingsapparaten te gaan kopen. We weten dat Italië een opdracht heeft gegeven voor 3.000 apparaten. Wij hebben nu aangegeven dat wij graag willen dat VWS een opdracht geeft voor 500 apparaten.

De heer **Baudet** (FvD):

U heeft het over 2.000 plekken op de intensive care. Als we het berekenen, zouden er dan maximaal 40.000 mensen tegelijkertijd ziek mogen zijn in Nederland. Dat is dan zo'n beetje voor de vuist weg de berekening. De grote vraag is natuurlijk of dat realistisch is met de huidige socialedistantie maatregelen. Dat is de kernvraag. Wat is uw eigen inschatting? Denkt u dat de huidige maatregelen voldoende zijn om het aantal mensen dat tegelijkertijd ziek is in Nederland onder de 40.000 te houden?

De heer **Gommers**:

Ja, dat is een goede vraag, en dat is spannend. Maar ik ben een wetenschapper en ik richt me graag op de absolute getallen. Ik ben het er helemaal mee eens dat er veel emotie is, maar we zijn nu al een week bezig met de corona-uitbraak in Brabant en we zitten nog steeds onder de 100 patiënten op de intensive care. De groei van het aantal patiënten op de intensive care was tot en met maandag maximaal tien per dag. Gisteren hadden we een toename van 96 naar 135, dus dat waren er 39. Het is iedere dag spannend, maar omdat we nog zo veel reservecapaciteit hebben, zijn we nog in control en kun je dat heel goed doen. Ik ben het helemaal met u eens: wat is het maximale aantal patiënten dat we kunnen opnemen? Op jaarbasis behandelen wij in heel Nederland 100.000 mensen op de intensive care, maar ze moeten niet alle 100.000 op hetzelfde moment komen, terwijl dat is wat er gebeurt. Het effect van de maatregelen die u met het kabinet afgelopen donderdag genomen heeft, met daarna nog wat aanscherping in het weekend, gaan we zien over twee weken. Die vertraging is voor ons belangrijk. De vertraging die we in het verleden hebben gedaan, vind ik prima, want je ziet dat het nu heel langzaam groeit maar die groei kunnen we goed aan. De maatregelen die we getroffen hebben voor het weekend en in het weekend, gaan ons over twee weken helpen. Mijn idee is dat we dat met elkaar goed gedaan hebben.

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

Wat mij betreft zegt meneer Gommers terecht dat alle mondkapjes en apparatuur van klinieken en andere sectoren naar de zorg moeten. Maar hoeveel intensive care is er nodig voor de acute zorg en bijvoorbeeld ook oncologie? Hoe snel kunt u opschalen? Hoeveel weken hebt u nodig als die 2.000 niet voldoende is, maar als u naar een volgend stadium toe wilt?

De heer **Gommers**:

De ic-opname is verdeeld. De spoedchirurgie is 12%. Geplande operaties vormen 35% van onze opnames. Medisch is iets meer dan 50%. U hebt gelijk: we zullen ook buiten corona om patiënten op onze intensive care blijven krijgen. Die gaan wij ook goed behandelen. Ik heb net gezegd dat de plannen voor het opschalen tot 2.000 klaarliggen. Daarbij is het ROAZ in the lead. De beleidsmakers geven aan – u bepaalt – wanneer het een crisis is en wanneer we opschalen. Maar die plannen zijn zo ver klaar dat we in dagen kunnen opschalen. Als we met elkaar tot het besluit komen dat 2.000 niet voldoende is en dat we naar 3.000 moeten, kunnen we, denk ik, in de ziekenhuizen die ruimte creëren, onder leiding van de ROAZ'ën. We moeten alleen op zoek gaan naar de middelen. Denk aan monitoring, pompen, ventilatoren. Ik kan u op dit moment niet zeggen of dat wel of



niet moeilijk is, want die bedrijven zullen het ook aanvoelen en zullen de productie volledig starten. Je bent dus ook afhankelijk van hoe het in de rest van de wereld gaat.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Ik ben benieuwd. Het voelt alsof we nu vooral praten over mensen die thuis ziek zijn en bijvoorbeeld milde klachten hebben of over mensen die met corona op de intensive care terechtkomen, maar er zit natuurlijk een groep tussenin, van mensen die zeker klachten hebben die ernstig genoeg zijn om bijvoorbeeld wel in het ziekenhuis opgenomen te worden, maar die niet meteen op de intensive care terechtkomen. Hebben we een soort mediumcaremogelijkheid in het ziekenhuis? Wat doen we met patiënten die misschien wel een ziekenhuisopname behoeven, maar geen intensive care? Is daar ook al over nagedacht? Of zijn die mogelijkheden er al?

De heer **Gommers**:

Ja. Dat is ook wat we net hebben beschreven. De mensen die via de eerste hulp het ziekenhuis binnenkomen, hebben extra zuurstof nodig en daarnaast nog een behandeling. Die kunnen wij heel goed geven op een gewoon ziekenhuisbed. Daar hebben we er vele malen meer van dan van intensivecarebedden. In kleinere ziekenhuizen varieert het aantal intensivecarebedden tussen de zes en de tien bedden. In het Erasmus hebben we 50 ic-bedden. Dus in de grote ziekenhuizen kan je meer bedden hebben dan in een kleiner ziekenhuis. Maar je ziet dat er tien keer zo veel bedden zijn in het gewone ziekenhuis. Van de patiënten die met milde klachten naar het ziekenhuis komen en die extra zuurstof nodig hebben, kunnen we er dus veel meer behandelen dan op de intensive care. Daarom hebben we het iedere keer over de grafieken. De limiterende factor is dus het aantal ic-bedden. Waarom is dat de limiterende factor? Omdat we niet in de Italiaanse situatie willen zijn. We hebben die Italiaanse dokters en verpleegkundigen gesproken. Je wilt niet in een situatie komen dat je een tekort hebt, want dan moet je keuzes maken en dat voelt heel slecht. Daarom is iedereen er zo mee bezig dat we goed voorbereid zijn en dat we voldoende intensivecarebedden kunnen creëren, met de hulp van iedereen.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank. Ik geef nog gelegenheid voor het stellen van een enkele vraag aan de heer Gommers. De heer Krol gaf mij net aan, als ik hem goed verstaan heb, dat de heer Van Dissel een van zijn vragen nog niet voldoende beantwoord heeft. Ik kijk even rond of er nog echt heel prangende vragen zijn aan de heer Gommers. Aan mijn linkerzijde zie ik de heer Janssen en mevrouw Diertens. Aan de rechterzijde nog iemand? Dat is mevrouw Van den Berg. Dan doen we die drie vragen. Zelfde regime: korte vraag, krachtig antwoord. Mevrouw Diertens. Ik ga even de volgorde af.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Een korte vraag. Klopt de bewering dat bij een stijgende buitentemperatuur het virus zal afnemen?

De heer **Gommers**:

Als ik u goed begrijp, is de vraag of het virus afneemt als de temperatuur stijgt. Dan wordt het een beetje medisch inhoudelijk. Wat opvallend is bij dit virus, is dat het het immuunsysteem extra raakt. Wij zien op de intensive care – dat zien we niet altijd bij dubbelzijdige longontstekingen – dat wij het virus zien afnemen en dat zich in de long geen superinfectie, geen additionele infectie van een ander micro-organisme afspeelt. Je krijgt dus een soort steriele inflammatie, een ontsteking zonder infectie. Dat is kenmerkend voor het ziektebeeld. Dat zie je eigenlijk plots na

veertien dagen gebeuren. Daar leren we van. We kijken met de longartsen of we dan andere therapieën en medicijnen moeten geven. Dat doen we nu.

De heer **Jansen** (PVV):

U zei maandag dat veel jonge coronapatiënten waarschijnlijk door de carnaval op de intensive care zijn gekomen. Wordt bij die mensen ook gekeken of ze eventueel blijvende longschade hebben opgelopen? Want dat bericht is vanuit België opgedoken.

De heer **Gommers**:

Of er blijvende longschade is, hangt af van hoelang je beademd wordt, dus hoe ziek je bent geworden. Daarbij is er geen onderscheid tussen een jong iemand of een oud iemand, want dat heeft te maken met die ernstige inflammatie, die opvlamming die plaatsvindt. Als u onverhoopt vier weken in diepe slaap aan de beademing ligt op de intensive care, bent u een halfjaar tot een jaar bezig met revalideren. Boodschappen doen zou dan nog kunnen, maar of je kan werken, is nog maar de vraag. Het is dus een invaliderende behandeling als je zo lang op de intensive care ligt.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Veldman zag ik net niet, maar gaat uw gang.

De heer **Veldman** (VVD):

Ik heb een meer algemene vraag, waarvan ik hoop dat de heer Gommers daar als arts misschien iets over kan zeggen. Er gaat heel veel nieuws rond, ook het nieuws dat het slikken van ibuprofen het zou kunnen verergeren. Er wordt aangeraden om dan liever paracetamol te slikken. Ik weet niet of er inmiddels iets over staat op de RIVM-site. Die heb ik vandaag nog niet gezien. Maar zou u er iets zinnigs over kunnen zeggen?

De heer **Gommers**:

Nee, ik kan daar eigenlijk niks zinnigs over zeggen. Maar ik hoorde mijn collega Van der Eerden, longarts bij het Erasmus MC, zeggen dat het onzin is.

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

Meneer Gommers gaf net aan dat er wordt gewerkt om sneller apparatuur en mondkapjes te krijgen, maar ik hoor helemaal niks over hoe de testcapaciteit kan worden verhoogd, terwijl er wereldwijd een gebrek is aan testcapaciteit. Dat staat ook in de brief van gisteravond. Wordt daar ergens aan gewerkt? Of moeten we het er gewoon mee doen en zijn er geen mogelijkheden voor?

De heer **Gommers**:

Ook daar wordt met man en macht aan gewerkt. Het gaat niet alleen over de reagentia die ze nodig hebben om de test te doen, maar zelfs ook over eenvoudige dingen als kweekstokjes en plastic hulsjes, omdat die uit China kwamen. Er wordt met man en macht aan gewerkt, maar het is op dit moment nog niet op orde. Wij hebben nog steeds een tekort. We krijgen steeds berichten dat we nog voor een paar dagen hebben, maar er wordt achter de schermen hard aan gewerkt. VWS kan ons wel helpen om dat te optimaliseren.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mag ik constateren dat de vragen in de richting van de heer Gommers hiermee afgerond zijn? Dat is nog niet het geval. Ik ga even inventariseren. Alleen mevrouw Van Kooten. Geen anderen, want ik wil zo meteen de heer Van Dissel nog een keer uitnodigen. Mevrouw Van Kooten, gaat uw gang.

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

Ik had in de vorige ronde een vraag gesteld aan de heer Van Dissel, over 24 uur klachtenvrij zijn en dan weer gewoon naar je werk kunnen gaan. Ik heb in de tussentijd een e-mail ontvangen van een interventiecardioloog. Hij zegt dat hij positief was bevonden en dat zijn ziekenhuis adviseert om na 24 uur klachtenvrij te zijn geweest weer aan het werk te gaan. Het Radboud adviseert 72 uur. Dat is dus al een groot verschil. De WHO hanteert een richtlijn van twee weken. Hoe ziet u dit? Want dat kan weleens een heel groot probleem worden.

De heer **Gommers**:

Toen wij nog heel weinig patiënten hadden, konden we iedereen voor de zekerheid veertien dagen thuis laten zitten. Ik geef deze vraag dadelijk ook door aan collega Van Dissel. Het hangt nu denk ik af van waar de collega werkt. Er zijn gebieden in Nederland waar nu nog nagenoeg geen corona is. Het klinkt heel gek, maar daar zitten mensen zich te vervelen op de intensive care omdat er geen patiënten zijn. Maar er zijn ook plekken in Brabant waar hard gewerkt moet worden en waar je iedereen nodig hebt. Ik denk dus niet dat ik een algemeen antwoord op uw vraag kan geven. Ik denk dat de ziekenhuizen daar met het ROAZ goed beleid op moeten maken, samen met de microbiologen van de infectiepreventie, zodat het lokaal getoetst beleid is voor het betreffende ziekenhuis.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan stel ik voor dat de beide gasten nog één keer wisselen van stoel. Als ik de heer Van Dissel mag uitnodigen? We proberen de richtlijnen te volgen. Meneer Krol, u had nog een vraag die open is blijven staan. Gaat uw gang. Kunt u die even herhalen?

De heer **Krol** (50PLUS):

Ja, dat is de vraag die ik net gesteld heb en waarvan ik te horen kreeg dat ik daarvoor toch beter bij meneer Van Dissel terecht kon. Ik zal hem nog één keer herhalen, voor de helderheid. Ik blijf maar kijken naar die cijfers van twee gebieden vlakbij China: Singapore, 6 miljoen inwoners, 266 gevallen, 0 doden; Taiwan, 24 miljoen inwoners, 100 gevallen, 1 dode. En dan weet ik het niet meer. Dan denk ik: wat doen ze daar nou anders en kunnen we er iets van leren?

De heer **Van Dissel**:

We kunnen er zeker wat van leren. Ik heb net geïllustreerd dat Singapore een uitvoerig testbeleid heeft gevoerd en ik denk dat dat in hun situatie goed gewerkt heeft.

U moet zich wel realiseren dat de aantallen altijd afhangen van de volgende vragen: welke groep is blootgesteld, welke groep is ziek geworden en wat zijn de karakteristieken daarvan? Ik kan het voorbeeld geven van een groep die veel jonger is en waar zich heel weinig ouderen onder bevinden. In Singapore waren het bijvoorbeeld vooral bankmedewerkers. Dat is bij wijze van spreken al een selectie van de bevolking. Bij bijvoorbeeld de uitbraak in het verpleeghuis in Washington State – even naar een hele andere kant van de wereld – zie je meteen dat de mortaliteit bijna 50% is. Dat soort factoren bepalen dus deze getallen. Dat is precies wat ik wilde illustreren door u te zeggen dat je aan het begin van de uitbraak de curve nog heel erg door allerlei randfactoren, door toevalsfactoren, ziet stijgen en dat je de getallen van de eerste 100 niet als maatgevend moet nemen voor wat er in heel Nederland gaat gebeuren. De infectie begint nou eenmaal ergens. Die kan beginnen bij jongeren, maar ook in een verpleeghuis, zoals in Amerika. Dat geeft een heel ander beeld met betrekking tot het aantal personen dat ziek wordt en de sterfte. Dat was in Singapore en Zuid-Korea onder groepen waar dat laag was.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan had de heer Gommers nog een vraag van mevrouw Van Kooten-Arissen naar u doorgeleid, over het advies over het thuisblijven van artsen. Mag ik het zo samenvatten?

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

Laat ik de vraag even heel erg duidelijk stellen. Het gaat om het punt: niet zomaar een periode extra thuisblijven voor de zekerheid. Volgens de WHO en recent wetenschappelijk onderzoek uit Vietnam kunnen mensen nog elf tot achttien dagen nadat ze klachtenvrij zijn, besmettelijk zijn voor anderen. Hoe gevaarlijk is het dan dat zorgprofessionals, artsen op de ic, die beter zijn verklaard, die dus 24 uur zonder klachten zijn, weer naar hun werk moeten, waar ze in aanraking komen met de meest kwetsbare mensen in de samenleving?

**De heer Van Dissel:**

Even voor de duidelijkheid. We hebben in Nederland een beleid gericht op de publieke gezondheid. Dat vindt u terug op de RIVM-website. Daarnaast zijn er andere soorten beleid die gelden voor ziekenhuizen. Daar geldt bijvoorbeeld ook de Arbowetgeving. Daar kunnen vele factoren een rol spelen. We hebben net gehoord dat de manier waarop je met dit soort vragen omgaat, natuurlijk ook heel erg afhangt van de druk op de zorg. Want als je in een situatie bent zoals die van Groningen – dat is een goed voorbeeld, dat net al even werd genoemd – kan je er momenteel nog op een andere wijze mee omgaan dan wanneer je in Brabant bent en gewoon werkelijk iedereen nodig hebt. Dat maakt deels dat verschil.

U kijkt me aan alsof ik het niet goed doe, maar ik geef u de verklaring voor het bestaan van die verschillen. Er kunnen verschillen zijn tussen ziekenhuizen; die hangen af van de circulatie van het virus rond dat ziekenhuis, letterlijk, bij wijze van spreken. Als we op een gegeven moment niet meer de luxe hebben om mensen lang thuis te houden – eerst gold die regel in heel Nederland, maar in ziekenhuizen in Brabant is dat gewoon niet vol te houden, omdat er dan geen of onvoldoende verpleegkundigenhulp of artsenhulp is om de zorg mogelijk te maken – zie je dat de ziekenhuizen zelf met dit soort aanpassingen komen en suggesties doen: kun je bijvoorbeeld iemand na testen weer aan het werk zetten, of kun je dat doen op grond van karakteristieken, zoals een paar dagen of zelfs één dag geen klachten? Dat zijn besluiten en richtlijnen die wij samen met de ziekenhuizen opstellen. Dat verzinnen wij niet zelf; dat doen wij samen met de betreffende ziekenhuizen. Daarbij proberen we een beleid te kiezen dat zo veilig mogelijk is. Dat controleren wij ook een aantal keren, zoals ik heb aangegeven, om te zien of het kan. Als het lijkt te kunnen, wordt dat in die situatie gebruikt. Het zou dus best kunnen dat het in Groningen op dit moment nog anders gaat. Dat moeten we gewoon accepteren, want daar is de druk op de zorg heel anders.

Ten slotte. U zei dat mensen nog tot twee weken lang besmettelijk kunnen zijn. De vraag is of dat zo is. Er is een verschil tussen het hebben van het virus in de keel, waarbij je een positief testresultaat krijgt – als je het heel extreem kiest, zou dat ook veroorzaakt kunnen worden door virusdeeltjes die nog in de keel zitten, maar überhaupt niet het vermogen hebben om ook maar iemand ziek te maken – en besmettelijkheid. Besmettelijkheid moet je vaststellen door epidemiologisch onderzoek, waarbij helder wordt dat iemand die al twee weken geen klachten meer heeft, toch tot een nieuw geval leidt. Daar gaat het om. Het aantonen in de keel, zoals inderdaad gedaan is, zegt daarvoor onvoldoende. Ik wil als voorbeeld Engeland noemen. Dat heeft lang het beleid gevoerd om zo veel mogelijk mensen te testen, ook mensen die terugkwamen uit allerlei gebieden. Daar zijn letterlijk duizenden en duizenden testkits voor gebruikt. De uitslagen die we daarvan terugzien, zijn: min-min-plus-min-min. Dat geeft bij iemand die op dat moment geen klachten heeft of geen klachten meer

heeft gewoon geen goed antwoord over het verloop en de besmettelijkheid.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Het is nu 12.22 uur. Twee leden hebben aangegeven dat zij nog een korte vraag hebben. Ik ga door tot 12.30 uur, dan sluit ik echt deze briefing. Ik doe het in volgorde van melden. Dat betekent dat ik eerst naar de heer Kuzu ga. Een korte vraag, graag.

**De heer Kuzu (DENK):**

Ik wil toch nog doorgaan op de medicatie, want in berichtgeving lezen we dat malariamedicijnen als chloroquine, remdesivir en zelfs het vaccin voor tbc goede resultaten geven. Kunt u daar wat over zeggen?

**De heer Van Dissel:**

Ja. Er zijn zelfs nog meer medicijnen die momenteel op hun werkzaamheid worden getest in gebieden waar het veel voorkomt. De twee die u noemt, remdesivir en chloroquine, zijn bekende, waarvan vermoed wordt dat ze enige werkzaamheid hebben. Dat betekent dat daar ook een hoeveelheid van beschikbaar is, voor de duidelijkheid. We hebben met behandelaren en de zogenaamde SWAB, de werkgroep in Nederland die behandelingen opstelt voor infecties, een behandelprotocol opgesteld voor de intermurale zorg, want we willen het beperken tot de patiënten die ernstig ziek zijn en worden opgenomen; het is dus niet voor de hele lichte gevallen die letterlijk zelf kunnen uitzieken. Die richtlijnen zijn zeer uitgebreid en kunt u terugvinden op de RIVM-website, waar ze opnieuw voor iedereen beschikbaar zijn om bekeken te worden. In een flowdiagram worden de verschillende keuzes, de mogelijke problemen daarbij en de manier waarop het gedoseerd moet worden, aangegeven.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Hijink. Gaat uw gang.

**De heer Hijink (SP):**

Volgens mij is een vraag zo-even niet helemaal volledig beantwoord: de vraag naar de verwachte impact van de zomermaanden op de verspreiding van het virus. Wij moeten straks een keuze voor een scenario maken en ik kan mij voorstellen dat het daarvoor kan uitmaken of je ervoor kiest om nu, midden in de zomer of na de zomer een piek te hebben. Kan de heer Van Dissel daar nog een toelichting op geven?

**De heer Van Dissel:**

Die vraag werd net inderdaad gesteld. Dat is natuurlijk een prima vraag, maar in alle eerlijkheid: dat blijft natuurlijk wel een beetje gissen. We weten dat een aantal respiratoire infecties, dus luchtweginfecties, in de zomerperiode afneemt. Je kunt verschillende hypothesen aanvoeren waarom dat zo is. Een daarvan is: het is mooi weer, iedereen gaat naar buiten, dus je bent minder dicht op elkaar. Dat heeft letterlijk directe consequenties voor de overdracht. Er zijn ook personen die zeggen: het komt doordat er meer uv-straling aanwezig is. Zoals u wellicht weet, kan je met uv-lampen virusdeeltjes verminderen en bestrijden. Ten slotte zijn er ook aanwijzingen dat bijvoorbeeld het feit dat in de zomerperiode de scholen sluiten, effect heeft op virussen. Daar moet ik wel meteen aan toevoegen dat het dan gaat om virussen waarvan we weten dat ze met name op scholen worden overgedragen. Dat geldt bijvoorbeeld voor het influenzavirus. Voor de duidelijkheid: dat geldt voor het influenzavirus, maar niet voor het coronavirus, voor zover we weten. Dat betekent dus dat een zomerperiode om meerdere redenen effect kan hebben op de overdrachtsparementen. Als dat zo is, gaan we dat oppikken in de wijze waarop we het proberen te controleren en te monitoren, met Osiris, met

de virusweekstaten, met het aantal positieven, met het aantal opnames. Dat zijn allemaal getallen waaraan wij proberen af te meten hoe de uitbraak verloopt. Dat kan dan ook weer – dat was, denk ik, de achtergrond van uw vraag – invloed hebben op controlemaatregelen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De laatste vraag is van de heer Baudet. Gaat uw gang.

**De heer Baudet (FvD):**

Veel dank, mevrouw de voorzitter. Toch nog even het sommetje van de capaciteit van de zorg en het maximale aantal mensen dat tegelijkertijd besmet mag zijn in Nederland. Dan hadden we het over het getal van ongeveer 40.000. Als je daarboven komt, loop je kans dat je de zorg gaat overbelasten en dat dus ook het aantal sterftegevallen enorm gaat stijgen. Daar zijn we het over eens. De vraag is even: klopt het in uw visie dat de huidige maatregelen voldoende zijn om te voorkomen dat we tussen nu en twee of drie weken boven die 40.000 besmette gevallen in Nederland uitkomen? Heel graag uw antwoord.

**De heer Van Dissel:**

Ik probeer het zo helder mogelijk te vertellen. Het aantal besmettingen is natuurlijk een belangrijk iets, maar in feite kennen we dat natuurlijk niet. Dan zouden we iedereen moeten testen. En we hebben het er al over gehad dat we niet iedereen kunnen testen. Ik moet hier nog even aan toevoegen dat we weten dat in China is gekeken op grond van een casusdefinitie met koorts. Dan krijgen we die getallen zoals ik die ook met die piramide heb proberen te illustreren, met die 80, 14 en 5. Inmiddels weten we met name door het onderzoek dat in Nederland – en toch een beetje bizar genoeg niet eerder elders – is uitgevoerd, ook onder ziekenhuismedewerkers, dat we ook klachten hebben die van veel mildere aard zijn, terwijl die mensen toch positief worden getest. Daarvan kunnen we ons ook heel goed voorstellen dat die eventueel kunnen leiden tot nieuwe gevallen, maar dan wel met name door overdracht via de handen, omdat neusverkoudheden zich nou eenmaal heel erg tijdens contacten en in kleine groepen verspreiden. Dat is eigenlijk anders dan het type dat ontstaat als iemand een longontsteking heeft. Dus wij denken dat wij een soort parallelle lijnen van infectie hebben, die elkaar beïnvloeden. Dat is belangrijk, want dat maakt dus dat ook het door u genoemde aantal van 40.000 wellicht is gebaseerd op die Chinese getallen. Die hoeven dus voor Nederland niet automatisch te gelden. Dat wilde ik in ieder geval even meegeven. Waar het dus eigenlijk om gaat, is om de opnames in het ziekenhuis en de ic-opnames. Die weten we 100% zeker, want daar is geen discussie over. Die worden ook getest. Vandaar dat we die volgen. Het is dus niet zo dat wij proberen om exact te weten hoeveel. Dus het gaat vooral om de opnames...

**De heer Baudet (FvD):**

Dus u denkt dat met deze maatregelen de intensive care niet overbelast raakt?

**De voorzitter:**

Meneer Baudet, we spreken hier via de voorzitter. Ik had het woord aan de heer Van Dissel gegeven. Afrondende woorden.

**De heer Van Dissel:**

Dit is een volkomen terechte vraag. Dat is inderdaad exact wat we doen. Maar ik wil wel aangeven dat we verschillende maten hebben, om te proberen dat toch in goed perspectief te zien. Dan hebben we het aantal testen dat we doen. We hebben het aantal meldingen, ook van buiten het ziekenhuis. Maar ik denk dat naarmate de verspreiding onder de bevolking

toeneemt, het ook moeilijker wordt om vooraf een goede casusdefinitie te hebben waarmee je iedereen vangt. Want dat wordt dan op een gegeven moment misschien, om een voorbeeld te geven: iedereen die hoest. Dat zou natuurlijk kunnen. We zitten nog wel in het influenzaseizoen, dus we vinden ook nog veel griep, influenza. Maar dat zou daarnaartoe kunnen gaan. Vandaar dat je dat dan ook loslaat en je je met name beperkt tot de ziekenhuisopnames, omdat dat als het ware de piek van de epidemie en ook van de curve is en je daar ook op kan titreren. Dus dat is juist.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Ik wil graag nog een paar afsluitende woorden met u delen. Allereerst wil ik zowel de heer Van Dissel als de heer Gommers hartelijk dankzeggen voor hun aanwezigheid en het beantwoorden van alle gestelde vragen. Ik spreek die dank ook uit in de richting van de heer De Jong. Ik dank uiteraard de Kamerleden voor hun input en vragen en voor de wijze waarop we deze technische briefing met elkaar konden houden. Ik dank de mensen thuis voor hun belangstelling.

Richting de Kamerleden zou ik willen aangeven dat er een lunch voor hen klaarstaat. U kunt deze afhalen naast de Statenpassage, in het Statenrestaurant of in het Ledenrestaurant. Dat is gisteren al met u gedeeld. U kunt daar uw lunch ophalen. Richting u en de mensen thuis zou ik willen zeggen dat het plenaire debat zo meteen om 13.00 uur zal aanvangen. Ik sluit bij dezen de technische briefing.

Sluiting 12.30 uur.