

Vergaderjaar 2019–2020

**25 295**

**Infectieziektenbestrijding**

**Nr. 276**

**VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING**

Vastgesteld 21 april 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 8 april 2020 gesprekken gevoerd over **update coronavirus**.

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

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

De griffier van de commissie,  
Post

**Voorzitter: Lodders**  
**Griffier: Bakker**

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

alsmede mevrouw Van Diemen-Steenvoorde, de heer Van Dissel en de heer Gommers.

Aanvang 9.30 uur.

**De voorzitter:**

Goedemorgen, allemaal. Ik heet u van harte welkom bij de technische briefing van vandaag over de ontwikkelingen rondom het coronavirus. Ik wil namens alle leden van deze commissie onze gasten bijzonder welkom heten en hartelijk dank zeggen voor het feit dat zij vandaag weer aanwezig zijn om ons bij te praten en te informeren over het coronavirus. Naast mij aan tafel zit de heer Van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. Hartelijk welkom. In de zaal naast ons zitten de heer Gommers, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care, en mevrouw Van Diemen-Steenvoorde, inspecteur-generaal Gezondheidszorg en Jeugd. Ook tegen u zeg ik: van harte welkom. Uiteraard ook van harte welkom aan de aanwezige leden en aan iedereen die deze technische briefing vanuit een andere gelegenheid volgt, thuis of wellicht ergens anders.

Richting de leden zou ik willen zeggen dat we vandaag weer dezelfde werkwijze hanteren als vorige week. Wederom bent u met veel leden aanwezig bij deze briefing en daarom stel ik voor dat ieder lid weer maximaal twee vragen kan stellen tijdens de briefing. Het staat u vrij te kiezen aan wie u de vragen stelt. Zodra wij de vragenronde met de heer Van Dissel hebben gehad, maken we hier een changement en komen de andere twee genodigden aan tafel.

Zoals gezegd, openen we de briefing met de heer Van Dissel. Hij heeft net als de vorige keer ook weer een presentatie voorbereid. Graag wijs ik iedereen erop dat deze presentatie inmiddels op de website van de Tweede Kamer is geplaatst. Ik stel voor om van start te gaan. Mag ik de heer Van Dissel het woord geven? Gaat uw gang.

**De heer Van Dissel:**

Dank u wel. We beginnen weer met een presentatie. Ik wilde weer even een update geven van de stand van zaken in Nederland en ingaan op de laatste modelleringen. Ik wilde u wat vertellen over het reproductiegetal en hoe het daarmee loopt, en wat dieper ingaan op de testen die momenteel steeds meer beschikbaar komen, zodat u een idee krijgt wat we daarmee zouden kunnen doen.

Ik begin de slides weer even met het bijna bekende overzicht. Ik wil opnieuw benadrukken dat we dit virus nog maar een maand of vier kennen en dat we elke week weer nieuwe inzichten krijgen met betrekking tot incubatietijden, tot de overdracht en hoe de verspreiding zich in de bevolking gedraagt. Ik probeer dat steeds wat te updaten in deze slide. We weten allemaal dat het belangrijkste is om handen te wassen, hygiënische maatregelen gericht op contact en druppelinfectie. De 1,5 meterregel komt daar vandaan. Schone handen kunnen met hand-alcohol worden gereinigd. In het ziekenhuis hebben we natuurlijk isolatiekamers, soms met onderdruk, maar tegenwoordig werken we vaak in cohorteringen. Dat betekent dat ziekenhuisafdelingen voor deze specifieke ziekte worden ingericht en dan zijn er andere isolatiemaatregelen nodig. We hebben het al vaak gehad over mondkapjes en de rol

daarvan. In het ziekenhuis gebruiken we ook oogbescherming omdat het virus via de slijmvliezen, ook via de oog-slijmvliezen, naar binnen kan komen.

Nog even weer de belangrijkste kenmerken van het virus. Een gemiddelde incubatietijd van zo'n zes dagen, maar we zien een korte generatietijd. Ook al is het virus misschien niet zo geweldig besmettelijk in de zin van een reproductiegetal van tussen de 2 en 3 in een situatie zonder interventies, door de hele korte generatietijd is het toch moeilijk om via contactonderzoek goed inzicht te krijgen in wie het allemaal heeft. Dat maakt dat je dan toch een snelle verspreiding kan zien die met ingrijpende maatregelen tot stand kan worden gebracht.

Ik toon ook nog even de piramide. Die heb ik nog even uitvergroot, op verzoek van een van uw leden. Momenteel is betrokkene geloof ik nog niet aanwezig, maar ik laat het toch nog even zien. We hebben de percentages uit China, waar 81% weinig ziek was en buiten het ziekenhuis bleef, 14% in het ziekenhuis werd opgenomen en 5% op de ic. Van die 5% op de ic kwam in Wuhan ongeveer de helft te overlijden. Die percentages van overlijden hebben we daarna zien teruglopen. Maar u ziet aan de rechter grafiek, uit een Engels tijdschrift overgenomen, dat het overlijden vooral afhankelijk is van de leeftijd als reflectie van onderliggend lijden, en dat patiënten uit de oudste leeftijdsgroep, die vanwege hun leeftijd nou eenmaal een cumulatie, een opbouw hebben van onderliggende medische problemen, ook de hoogste kans hebben om te komen overlijden door dit nieuwe virus.

We hebben ook geconstateerd dat als er veel patiënten zijn met weinig klachten of die weinig ziek zijn, het dan eigenlijk steeds moeilijker wordt om een dergelijke infectie te beheersen met een public health-maatregel omdat het ingewikkelder wordt om iedereen te vinden die ziek is en hun contacten te controleren als een deel van de problematiek zich onder de medische radar afspeelt.

Dan ga ik u even meenemen met de laatste getallen uit Nederland van gisteren. In het Osiris-systeem, een meldingssysteem voor de GGD, hebben we inmiddels bijna 20.000 patiënten. Ongeveer een derde is opgenomen in het ziekenhuis. Dat is natuurlijk een onderschatting ten opzichte van de eigenlijke situatie, dus een overschatting van het percentage dat wordt opgenomen, omdat er waarschijnlijk een hele groep is die we niet in dit systeem vangen die uiteindelijk ook bijdraagt aan de verspreiding. Zo'n 7.500 patiënten zijn opgenomen in het ziekenhuis, bijna 1.200 op ic-afdelingen. Daar zal collega Diederik Gommers zo op doorgaan, denk ik. Een aantal overleden patiënten van zo'n 2.100. Ongeveer 20%-22% van alle meldingen van de COVID-19-ziekte betreft zorgverleners. Deze verhouding komt natuurlijk doordat het testbeleid daarop gericht is en zich met name richt op zorgverleners en natuurlijk patiënten die naar het ziekenhuis komen. Vandaar een overschatting van het percentage opnames en zorgverleners.

Virologische dagstaten zijn ook weer even genoemd. Er wordt weleens gezegd dat we weinig testen. U ziet dat we zo tegen de 100.000 testen inmiddels verwerkt hebben, waarvan zo'n 20% positief is.

Ten slotte hebben we in Nederland het systeem van de NIVEL-huisartsenpeilstations, een 40-tal huisartsen die ongeveer 0,8% tot 1% van de Nederlandse bevolking als patiënt hebben en waar personen met griepachtige klachten worden gecontroleerd en gedocumenteerd, waarbij personen worden bemonsterd. Die bemonsteringen worden normaal gebruikt om het influenzaseizoen vast te stellen. Daar wordt sedert 4 februari ook het nieuwe coronavirus in getest. U ziet dat waar het aanvankelijk negatief was, de laatste weken een bepaald percentage van die testen positief is. Inmiddels zitten we rond de 5% totaal, maar u ziet dat van het laatste blokje van vorige week natuurlijk een aanzienlijk deel coronavirus was, wat betekent dat er dus ook enige verspreiding in de

maatschappij is, zoals we natuurlijk ook waarnemen uit de andere getallen.

Dan neem ik u even mee naar de spreiding door Nederland. Eigenlijk geeft dat hetzelfde beeld, zij het dat de prominentie van Brabant met wat dalende getallen daar ietsje minder wordt. Maar u ziet dat nog steeds met name het zuiden van Nederland getroffen wordt, zowel wat betreft de nieuwe gevallen die gemeld worden bij de GGD alsook bij de opgenomen patiënten die de rechter grafiek betreffen. Met name nog het gebied Uden-Veghel zoals u ziet, een deel in Zuid-Limburg maar ook wel wat haarden in Overijssel en in Zuid-Holland, Goeree-Overflakkee.

Dan gaan we nog even door met de opgenomen patiënten. Die hebben we weer even opgesplitst in de provincies. Dan ziet u eigenlijk hetzelfde beeld min of meer van vorige week, zij het dat wat duidelijker wordt dat er toch een afvlakking van gevallen is, bijvoorbeeld in Noord-Brabant en in andere gebieden van Nederland. Deels blijven ze ook nog gelijk, in Zuid-Holland en in Limburg, maar met name ook weer in de noordelijke provincies zijn er eigenlijk nog heel weinig gevallen. We moeten ons ook realiseren dat die gevallen, voor zover ze bijvoorbeeld werden geïntroduceerd vanuit Oostenrijk, natuurlijk optraden in een periode die wat later viel dan de eerste introducties in Brabant. Daardoor komen die gevallen eigenlijk in de situatie waarbij alle maatregelen al van kracht zijn. U ziet ook dat daar niet een geweldige toename is geweest, zoals dat wel in Brabant in retrospect gebeurd is.

Dan een grafiek die wat sober stemt. Die betreft de patiënten die zijn komen te overlijden. Aan de linkerzijde de grafiek van de patiënten waarvan we een bevestigde melding hadden. We weten natuurlijk dat dat een onderschatting is van het daadwerkelijk aantal personen dat komt te overlijden. Dat komt omdat niet alle personen die komen te overlijden getest zijn. In verpleeghuizen worden de eerste twee personen getest volgens het huidige testbeleid maar de volgende personen niet meer, waardoor het dan alleen nog maar verdenkingen blijven en geen bevestigde getallen. Dus er is een onderschatting met betrekking tot de linker grafiek wat betreft overleden personen.

Die onderschatting wordt wel weggenomen als je kijkt naar de actuele sterftecijfers. Dat ziet u aan de rechterzijde. U ziet daar het golvend beloop over een paar jaar, weergegeven met de stippelijntjes die de boven- en de onderzijde van de 95%-betrouwbaarheidsinterval weergeven. Alles wat zich daarbuiten bevindt, is dus daadwerkelijk over- of eventueel ondersterfte. U ziet een drietal seizoensgriepieken, waarbij eigenlijk alleen de piek van 2017–18 eruit springt. Toen hadden we een heftig griepjaar en een geschatte oversterfte van rond de 9.000 tot 10.000 personen. Dat is de piek die u hier links ziet. U ziet dat de griepjaren daarna eigenlijk maar tot weinig oversterfte hebben geleid. We zien nu dat deze curve stijgt, zeer waarschijnlijk als gevolg van COVID-19, dus van het nieuw coronavirus, dat leidt tot personen die komen te overlijden. Een dergelijke grafiek moet je altijd gedifferentieerd interpreteren. We hebben nu twee griepjaren gehad. Dat betekent dat er relatief weinig oversterfte was van personen die toch waarschijnlijk kwetsbaar en zwak zijn door onderliggende medische problemen. U kunt zich voorstellen dat een COVID-19-infectie die personen deels extra treft omdat er weinig rekracht is vanwege onderliggende medische problemen die bij die personen ernstig spelen. Dan de overlijdens per provincie. Ook daar ziet u eigenlijk weer hetzelfde beeld als we zien voor de opgenomen patiënten en de meldingen. De meeste gevallen zijn duidelijk in Brabant en in Limburg, terwijl je ziet dat er in de noordelijke provincies nog relatief weinig problematiek is.

Dan gaan we nog even door met de meldingen en de patiënten die zijn opgenomen, om u te laten zien dat de exponentiële toename die we aanvankelijk hadden, wat betreft de meldingen maar ook met betrekking tot de opgenomen patiënten, lijkt te zijn gekeerd. We zien een aantal dagen eigenlijk enige afname. Dat is overigens wel een getal dat we met

zorg moeten interpreteren, omdat er een invulling is door vertraagde rapportage, die soms ook een aantal dagen teruggrijpt. Dat is weergegeven met de paarse versus de bruin-gelige balkjes. Er is nog steeds een aanvulling van eerdere gegevens op grond van een vertraagde rapportage. Tegelijkertijd hebben we natuurlijk toch de indruk dat de afvlakking wel een reële afvlakking is.

Boven staan de gemelde patiënten, linksonder het aantal opgenomen patiënten. Aan de rechterzijde ziet u weer de drie grafieken die de man-vrouwverhouding weergegeven: blauw is man, rood is vrouw, waarbij we zien dat er meer mannen dan vrouwen worden getroffen door deze uitbraak. U ziet ook de leeftijdsverdeling van alle gemelde gevallen, waarbij weer opmerkelijk is dat tot 20 jaar eigenlijk maar 1% van de ziekmeldingen die leeftijdsklasse betreft, terwijl we weten dat het 20%-22% van de populatie betreft. Er worden dus in ieder geval veel minder zieke kinderen gemeld ten opzichte van wat je zou verwachten als het zich gelijk zou verdelen. Je ziet natuurlijk vooral meldingen in de wat oudere leeftijdsgroepen. Daar zal ook de toegang tot de zorg en het eerder melden bij klachten een onderdeel van zijn. Bij de opgenomen patiënten ziet u dat die weer relatief wat ouder zijn dan de meldingen. Dat is eigenlijk ook wel iets wat je verwacht, omdat dit natuurlijk vooral patiënten betreft die omwille van bijkomende medische problematiek ziekenhuiszorg behoeven. Aan de onderzijde ziet u ten slotte de groep die komt te overlijden, met een mediane leeftijd van 80–85 jaar. Dat zijn toch de ouderen, die door bijkomende medische problematiek de COVID-infectie uiteindelijk niet aankunnen.

Dan de ic-opnames. Collega Gommers zal daar uitvoerig op ingaan. Ik wil u alleen even de overallgrafiek tonen. Ook daar hebben we eerst een exponentiële toename gezien en vervolgens een afvlakking. Over de laatste dagen hebben we natuurlijk een daling van het aantal aangeboden patiënten waargenomen. Ik denk dat collega Gommers daar zo uitvoerig op in zal gaan. U ziet ook op de cumulatieve grafiek dat er op een gegeven moment een knik komt in de exponentiële toename en er inmiddels een afvlakking lijkt te zijn. Daar was natuurlijk ook een belangrijk deel van het beleid op gericht: om te zorgen dat dit beheersbaar bleef. Ik denk dat collega Gommers daar straks uitvoerig op door zal gaan.

Dan wilde ik u nog even meenemen naar een onderverdeling van de verschillende typen personen die we in de registratie opnemen. In blauw weergegeven ziet u de initiële gevallen die eigenlijk allemaal vanuit het buitenland naar Nederland kwamen, die dan in de oranje grafieken de gerelateerde contacten aan de introducties betreffen. U ziet dat het grijze gebied toeneemt. Dat zijn de gevallen waarvan we niet meer in staat zijn om een oorzaak of een relatie met de bron vast te stellen. Groen ten slotte zijn zorgverleners die positief zijn getest. U ziet daar ook een gebied van personen die in instellingen zijn. Er is momenteel dus een divers beeld in Nederland. U ziet dat in de laatste periode relatief weinig zorgverleners besmet zijn. We moeten daarbij overigens vaststellen dat dat niet zonder meer betekent dat die zorgverleners dan bijvoorbeeld in het ziekenhuis zijn besmet. Van een heleboel gevallen die in de diepte geanalyseerd zijn, weten we dat die zorgverleners, die natuurlijk in hetzelfde dorp of dezelfde stad wonen als de patiënten, het juist vaak buiten het ziekenhuis hebben opgedaan. Dat is ook een ervaring die vanuit China gerapporteerd is. Dit om de diversiteit van de patiënten weer te geven en de verschillende groepen waaruit ze zijn opgebouwd.

Dan is er een gebied dat wat sober stemt. Deze grafiek geeft het aantal verpleeghuislocaties weer waar zich ten minste één geval van COVID-19 heeft voorgedaan. De grootte van de bollen geeft het aantal verpleeghuislocaties aan. U ziet dat dat eigenlijk de distributie volgt van de gevallen onder de bevolking: ook weer Overijssel, delen van Brabant en Limburg. U ziet ook de cumulatieve grafiek. Ik wil u benadrukken dat dit de eerste meldingen betreft tot nu toe. Dit is tot 1 april gedocumenteerd. U ziet het

ook tegen de achtergrond van als je het uitzet per 100 personen van 70 jaar en ouder. Wat deze grafiek toont, is dat er toch in een 900-tal verpleeghuislocaties gevallen van COVID-19 zijn opgetreden. De totale aantallen kennen we niet exact. Vanuit Osiris – dat heb ik hier aangegeven – betreft het 1.900 van de 19.500 meldingen. Ongeveer 10% van de meldingen betreft dus een verpleeghuislocatie. Dit is dus het eerste geval in het verpleeghuis, hè. Met andere woorden, dit komt niet doordat er bijvoorbeeld tekorten zijn aan PPE of doordat er tekorten zijn aan testen. Het testbeleid is om de eerste gevallen in verpleeghuizen te testen. Dit is gewoon een grafiek die duidelijk maakt hoe vaak kwetsbaren in verpleeghuizen helaas getroffen worden door COVID-19.

We willen hier natuurlijk meer over weten. We willen weten wat de invloed is van ons testbeleid, van het komende testbeleid en ook van het gebruik van persoonlijke beschermingsmaterialen wat betreft de verspreiding binnen de verpleeghuizen. Daar hebben we nog onvolledige informatie over. We zijn dit momenteel aan het opzetten met Verenso en NIVEL. Verenso heeft een systeem voor een elektronisch patiëntendossier dat ongeveer de helft van de verpleeghuizen betreft. Daar kunnen we deze informatie ook uit halen. We zien dat ongeveer in de helft van de verpleeghuizen er tegen de 1.000 bevestigde meldingen zijn van eerste patiënten. Dat komt overeen met het dubbele aantal op de hele populatie. Dat is eigenlijk hele consistente informatie, maar we willen dit uiteraard verder uitzoeken en ook zien in hoeverre er verspreiding binnen de verpleeghuizen heeft plaatsgevonden. Voor de duidelijkheid: dit zijn getallen van voordat de maatregel genomen is – dat is nu zo'n tweeënhalve week geleden – dat men niet meer op bezoek gaat in verpleeghuizen. Dit is cumulatief tot nu toe, maar het geeft toch weer dat verpleeghuislocaties wel degelijk getroffen zijn door COVID-19-getallen, ook al geeft dit nog geen compleet beeld van hoe het in de verpleeghuizen verspreid is.

Dan wil ik u nog even meenemen naar de modellering. Ook daar gokken we op de maximale controle. Dat is de groene lijn in deze grafiek. De rode en de blauwe hebben we al eerder besproken. De mate waarin we erin slagen om de groene grafiek omlaag te brengen: ons doel was om te zorgen dat de zorg beschikbaar blijft en het aantal ic-bedden voldoende is om personen die ic-behoefstig zijn goed te kunnen opvangen. Die maatregelen zijn natuurlijk deels op algemene modellering gebaseerd geweest. Tegelijkertijd worden de actuele getallen, die met de dagen natuurlijk steeds verder toenemen, gebruikt om de modellen te kalibreren. Daarom heeft u in de praktijk gezien dat de schattingen van die modellen per week weleens uiteen kunnen lopen, maar uiteindelijk natuurlijk toch nauwkeuriger worden.

Ik laat u hier een grafiek zien van de laatste schattingen, waarin u ziet dat waar we eerder somberder waren met betrekking tot het totaalaantal ic-plaatsen dat nodig was – dat zat tegen de bovenste stippellijn aan – we er nu denken onder te blijven. Ik denk dat collega Gommers daar ook vanuit de andere groep iets over zal zeggen, die het weer op een andere manier modelleert. Maar ik toon dit met name ook omdat we natuurlijk vaak staren naar die middelste, turquoise lijn, alsof dat de lijn is die altijd gevolgd wordt. U moet dat een beetje vergelijken met een zwangere die een uiterekende datum heeft. Dat betekent niet dat elk kind op die uiterekende datum komt; vaak zal een kind daarvoor of daarna komen. Zo is het ook met deze aantallen. Het gaat eigenlijk om de spreiding, dat hele blauwe gebied. Daarvan ziet u hopelijk dat dat inmiddels veel smaller geworden is dan het gebied dat ik u vorige week nog toonde. Dat schommelde tussen de 1.100 en 4.000. U ziet dat dat met de toenemende kalibratie op grond van de daadwerkelijk waargenomen getallen steeds nauwer wordt, omdat het model in onze ogen een steeds betere voorspelling gaat geven van wat er precies gebeurt. U ziet overigens ook dat deze grafiek suggereert dat we nog niet op de top zitten. Dat zal, denk



ik, erg afhangen van de nieuwe ic-opnames in de komende dagen. U heeft gezien dat het de afgelopen dagen wel heel sterk gedaald is. Het is natuurlijk de vraag of dat ook deels achtergebleven rapportage is, maar dat zullen we de komende dagen zien.

Wat je hier in ieder geval ook ziet – dat wil ik u toch ook al meegeven – is dat we toch nog een tijdlang een hele forse belasting van de ic's verwachten. U moet zich realiseren dat de ic's nu al op 200% werken. Totdat je bij het moment komt dat je maatregelen wilt verlichten of wilt veranderen, door andere technieken te gebruiken, wil je natuurlijk toch eigenlijk dat die ic-druk is teruggebracht tot normaal. We zitten nu op zo'n 200%. Ik denk dat dit ook iets is waar collega Gommers zo op zal ingaan. Momenteel zijn we onzeker over met name het rechterdeel van de curve, en dan met name over hoe snel de curve daalt. Onze modellen zijn gebaseerd op een populatiemodel waar een virus in rondgaat. Dat neemt in wezen dus allerlei factoren zoals contacten et cetera mee in de mate van virusverspreiding, de mate van ziek worden en de mate van ic-behoefte die u hier ziet. Dat zijn modellen die uitgaan van populaties. Daar kunnen we dus de maatregelen op uittesten, omdat we die contacten dan kunnen beïnvloeden en kunnen zien hoe het model zich gedraagt. Dat ziet u hier. Tegelijkertijd moeten we ons realiseren dat het, zoals u hier al ziet, nog een tijdlang toch een behoorlijke druk zal geven op de zorg voordat je weer op 100% ic-activiteit komt. Dan praat je toch over nog weken te gaan, in ieder geval. Ik kom daar zo nog even op terug. Als we de grafiek dan weer uitsplitsen op het actueel aantal nieuwe opnames, dan ziet u hier de actuele getallen weergegeven op de curve. Er zijn heel recent een aantal getallen die wel heel laag zijn. Die worden nog gecorrigeerd. Maar hier ziet u opnieuw de lijn. Rood is niks doen. Dat is natuurlijk niet gebeurd. Maar u ziet ook hier dat de bandbreedte van de voorspelling eigenlijk steeds nauwer wordt, waardoor we met meer zekerheid kunnen zeggen dat we het wat betreft de ic-belasting gaan redden. Maar een onzekerheid blijft ook hier weer hoe de situatie na de piek is, omdat dat ook in belangrijke mate afhangt van hoe lang patiënten op de ic zijn opgenomen. We zien die opnameduur vooralsnog steeds nog wat toenemen.

Dan nog iets over het reproductiegetal. Ik denk dat de basis daarvan helder is. Als dat getal 1 is, is er aanwezigheid van de ziekte, maar geen toename, netto, en geen afname, omdat je een stabiel niveau hebt bereikt. Als het reproductiegetal groter dan 1 is, zal er een toename zijn van het aantal personen dat geïnfecteerd is en ziek wordt. Als het kleiner dan 1 is, is er sprake van een afname. Dat reproductiegetal heb ik u eerder laten zien. Dat is op verschillende berekeningswijzen gebaseerd. Hier ziet u ook weer een wijze om het te berekenen, die in wezen eenzelfde beeld geeft als het beeld dat ik u eerder liet zien, alleen is het meer uitgesmeerd. Dat komt door de wijze van berekening.

U moet zich hier een aantal dingen bij realiseren. Allereerst: als wij het reproductiegetal in wezen baseren op ziekenhuisopnames en bij de ziekenhuisopnames op de eerste ziektedag – dat is hier in feite gebeurd – dan werkt dat natuurlijk met name goed als de ziekenhuisopnames een volledig reële weerspiegeling zijn van wat er gebeurt in de maatschappij. Er zijn groepen in de maatschappij die zich onttrekken aan deze grafiek. Denk bijvoorbeeld aan verpleeghuispatiënten van hogere leeftijd, waarvan we weten dat ic-opnames in zulke gevallen echt ook medisch gecontra-indiceerd zijn. Als er in verpleeghuizen nog uitbraakjes zouden zijn, zouden die de R-waarde dus omhoog kunnen stuwten, waarbij we zien dat het in de algemene bevolking onder de 1 is gekomen, en weliswaar natuurlijk met een spreiding die nog steeds doorzakt. Dus het effectieve reproductiegetal, dat we berekenen op grond van de ziekenhuisopnames, zegt iets over het deel van Nederland dat uiteindelijk gemiddeld in het ziekenhuis komt. Als er groepen in Nederland zijn die niet naar ziekenhuizen komen, dan zullen die dit getal natuurlijk niet kunnen beïnvloeden.

Dan kan het nog steeds zo zijn dat er verspreiding is, ook al zien we dat het reproductiegetal onder 1 is. Het tweede dat ik nog even in herinnering wilde roepen, is dat je zelfs bij een reproductiegetal kleiner dan 1 natuurlijk toch een populatie zieken hebt die volgens het reproductiegetal weer nieuwe zieken geeft. Dus als je met 10.000 personen begint, het reproductiegetal 0,5 is en je denkt «ik ben er», dan heb je toch over drie dagen weer 5.000 nieuwe patiënten. Dus dit betekent niet dat we uit de brand zijn. We moeten op de rem blijven drukken, net als wanneer je richting afgrond gaat. Dat wil ik niet zeggen, natuurlijk, maar je moet wel op de rem blijven drukken. Dat is wat dit getal zegt.

We kunnen natuurlijk de verschillende maatregelen bij het reproductiegetal invoeren, maar ik denk dat een van de belangrijkste de awareness is. Je ziet dat zodra we een eerste geval in Nederland hadden, het reproductiegetal afnam en dat alle maatregelen die we genomen hebben in ieder geval schijnbaar hebben bijgedragen. Maar dit is iets wat later natuurlijk een diepgaandere analyse vraagt. Het is niet zo dat we het een-op-een kunnen vertalen. Er zijn allerlei indirecte maten die je kunt gebruiken om het succes van de maatregelen ook af te stemmen en te destilleren. Sorry, u wilde een vraag stellen?

**De voorzitter:**

Meneer Azarkan, hebt u een verduidelijkende vraag?

**De heer Azarkan (DENK):**

Ik zie dat de linker weergave van ziekenhuisopnames tot 7 april gaat en dat de grafiek over de eerste ziektedag tot 1 april gaat. Dus rechts gaat tot 1 april en links gaat tot 7 april.

**De heer Van Dissel:**

U bedoelt de verschillende kleuren in deze grafiek?

**De heer Azarkan (DENK):**

Nee, het gaat over de gerapporteerde data. Het linker overzicht, van de ziekenhuisopnames, gaat tot 7 april.

**De heer Van Dissel:**

O, u bedoelt dat de grafiek over het reproductiegetal maar tot 1 april gaat.

**De heer Azarkan (DENK):**

Ja! Is het toen gestopt?

**De heer Van Dissel:**

Nee, zeker niet. Maar je kunt natuurlijk maar zo ver terugrekenen. Er is natuurlijk een incubatieperiode en daar hebben we nog geen getallen van. Je kijkt dus altijd terug in de tijd. Dus voor de duidelijkheid: die grafiek wordt steeds aangevuld, naarmate we verder komen. Maar dat geeft precies een beetje het probleem weer. Omdat we met getallen zitten die eigenlijk al van enige tijd terug zijn, weten we eigenlijk pas later wat we met betrekking tot de opnames van morgen kunnen verwachten. Ik wilde hier nog weer even een afspiegeling laten zien van wat er aan maatregelen geweest is. Op grond van allerlei dingen die Google blijkbaar registreert, zoals het aantal personen dat gebruikmaakt van het openbaar vervoer, het aantal personen dat op stations is of de bewegingen op wegen, zie je allemaal afnames. Je ziet een positief getal bij het aantal personen dat thuisblijft. Ook dat zijn dingen die we natuurlijk in de toekomst kunnen correleren aan dingen als het reproductiegetal. Maar dit duidt er allemaal op dat de maatregelen ook opvolging vinden. Dan wilde ik u nog wel één sobering thought meegeven. Dat is dat ik u even meeneem naar een tijd terug. Dit betreft niet COVID-19 maar SARS,



maar ik vond het wel een mooie illustratie. Als je een reproductiegetal hebt dat onder de 1 is – dat gold in dit geval uiteindelijk ook voor Singapore – kun je toch continu een situatie van uitbraakjes hebben, op grond van het feit dat sommige personen via zogenaamde super-spreading, dus een veel grotere verspreiding dan het gemiddelde reproductiegetal, een heleboel anderen kunnen aansteken, ook al is het reproductiegetal gemiddeld onder de 1. Dat wordt hier geïllustreerd door de introductie van SARS in Singapore. Dat gebeurde via een stewardess. Dat is nummer één. U ziet dat die persoon vele anderen heeft aangestoken. Dat zijn de rode bolletjes die met nummer één verbonden zijn. Maar u ziet dat een heleboel van die rode bolletjes zo nu en dan nog een nieuw rood bolletje maakten, maar dan eigenlijk stopten. Als je dit gemiddeld bekijkt, bevindt dat reproductiegetal zich gemiddeld onder de 1 – dat geldt ook voor de doorgifte naar patiënt of verpleegkundige 6 en patiënt 130 – terwijl er toch continu sprake is van uitbraakjes. Daarom is het reproductiegetal een gemiddelde, waarop we ons niet stuk moeten staren. We hebben in feite potentieel te maken met dit soort situaties, dat er toch een introductie is en dat er een verspreiding plaatsvindt die pas later wordt geconstateerd, zoals in dit geval met SARS in Singapore, en dat je dan toch nog uitbraakjes krijgt. Een reproductiegetal onder de 1 is dus een mooi gegeven en dat moet je uiteraard altijd nastreven, maar het wil niet zeggen dat we maatregelen meteen al los kunnen laten. Dit is dus ook weer een illustratie van het begrip «hou vol».

Dan wil ik u nog wat vertellen over de testen die de komende tijd steeds meer beschikbaar komen. Dat zijn een aantal verschillende types. We hebben testen die gebaseerd zijn op moleculaire testen; dat zijn vooral de PCR-testen. Die nemen we af van gebieden zoals achter in de neus en de keel, maar soms ook van opgehoest slijm uit de long of eventueel van wat wij «bronchoalveolaire lavage» noemen. Daarbij zuigen we vloeistof uit de long op, bijvoorbeeld bij een longontsteking. Daar kunnen moleculaire testen op gedaan worden die de aanwezigheid van een infectie aantonen op dat moment. In wezen toon je een klein deel van het virus aan. Dat kleine deel van het virus, dat erfelijke materiaal van het virus, is dan bewijs voor het feit dat het virus aanwezig is. De aanwezigheid van het hele virus volgt uit een viruskweek; dat is ook weer iets anders dan de moleculaire test.

Ten tweede de serologische testen. Daar wil ik u even in meenemen. Serologische testen meten over het algemeen in bloed, maar soms ook in speeksel, de aanwezigheid van antistoffen. Antistoffen worden gemaakt, geproduceerd, door afweercellen. Die afweercellen doen dat in reactie op de aanwezigheid van het virus. Dus als we een serologische test hebben die positief wordt – ik zal u zo wat voorbeelden laten zien – duidt dat op een doorgemaakte infectie en op het feit dat de persoon afweer heeft opgebouwd.

Die serologische testen – nogmaals, er komen zo een paar voorbeelden om het voor u nog wat duidelijker te maken – kunnen we voor verschillende doelen inzetten. Allereerst kunnen we die gebruiken om vast te stellen of iemand de infectie heeft doorgemaakt. Dat hoeft niet altijd te betekenen dat er nog sprake is van infectie, maar je kan dan wel vaststellen of diegene het heeft doorgemaakt. Als je dat in de populatie doet, spreek je van de aanwezigheid van sero-immuniteit. Dat is een onderzoek dat we om de zoveel jaar in Nederland doen, het zogenaamde PIENTER-onderzoek, om vast te stellen wat de immuniteit tegen de verschillende ziekteverwekkers is, opgewekt door de vaccins die in het Rijksvaccinatieprogramma zitten. Dat is straks natuurlijk ook belangrijk om groepsimmuniteit in kaart te brengen en ook om bijvoorbeeld de rol van kinderen helder te krijgen. Er lopen dus een aantal onderzoeken die daarop gericht zijn. Bij individuele patiënten of bij zorgverleners zou je dan kunnen vaststellen of ze de infectie hebben doorgemaakt en of ze op grond van de concentratie van die antistoffen immuun zijn tegen de

infectie. Dat is natuurlijk van belang als je persoonlijke beschermingsmaatregelen wil gaan afschalen.

Er zijn dus verschillende doelen die je kan stellen aan deze testen. Er wordt ook gewerkt aan behandelingen; daar heeft u ook het nodige over kunnen lezen. Zowel in het Erasmus als bij Sanquin werkt men daaraan. Er wordt dan bloed afgenomen van patiënten die de infectie hebben gehad. De bloedcellen worden dan gescheiden van het bloedplasma. In dat plasma bevinden zich de antistoffen. Als iemand net hersteld is van de infectie, verwacht je dat de concentratie daarvan hoog is. Door dat aan een andere persoon te geven, voorzie je die persoon als het ware van de afweer van iemand die de infectie heeft doorgemaakt, in de hoop een behandeling te kunnen geven. Er zijn dus verschillende doelen die we aan die serologische testen stellen.

Ik geef u een aantal voorbeelden. U ziet van een aantal testen, test W en test E, zowel de IgG-antistoffen als de IgM-antistoffen; dat maakt het weer ietsje complexer. Die antistoffen komen in verschillende types. Over het algemeen maak je eerst IgM en dan IgG. Voor de antistoffen die op de slijmvliezen zitten, heb je IgA nodig. U ziet daar allemaal voorbeelden van, waarbij we in tijd de ontwikkeling en het opkomen van die antistoffen voor patiënten weergeven. Dit is een onderzoek van de Marion Koopmans-groep uit het Erasmus ziekenhuis, waarbij je ziet dat patiënten – want dat betreft dit allemaal – na enige tijd, nadat er klachten zijn geweest, antistoffen opbouwen die tot een bepaald niveau gaan. U ziet bijvoorbeeld bij test W IgG de meeste opkomen. Maar u ziet ook dat een aantal van de patiënten eigenlijk maar heel matig reageert en duidelijk achterblijft op de grote groep. Inmiddels wordt duidelijker dat degenen die een hele milde infectie doormaken over het algemeen meer in de lage groep zitten, terwijl personen die een heftige infectie doormaken – je kan je ook voorstellen dat zij meer gestimuleerd worden tot het maken van die antistoffen – in de hoge groep zitten.

U ziet bij IgM eigenlijk hetzelfde. IgM zou in potentie nog onderdeel kunnen zijn van een soort sneltest, omdat de antistoffen over het algemeen eerder opkomen dan de IgG-antistoffen. Ook hier ziet u dat het bij een heleboel patiënten opkomt, maar niet bij alle patiënten die klachten hebben. Met name degenen met milde klachten lijken weer lang niet altijd hoge concentraties antistoffen te maken, wat betekent dat het straks complex wordt om te interpreteren of iemand die alleen maar milde klachten heeft gehad ook immuniteit heeft opgebouwd. Ik wil er nog wel bij zeggen dat antistoffen slechts één onderdeel zijn van de afweer die we opbouwen. We kunnen dat ook via celactivatie doen, maar dat is hier niet meegenomen. Daar loopt wel een onderzoek naar, onder andere op het RIVM, om ook daar inzicht te krijgen in hoeverre geactiveerde bloedcellen bijdragen aan de weerstand.

Aan de onderzijde ziet u hetzelfde voor een andere test: opnieuw verschillende concentraties die opkomen. Ook met betrekking tot de IgA, die uiteindelijk op de slijmvliezen komt, ziet u dat een heleboel personen die inderdaad opbouwen. Dat zou het bijvoorbeeld mogelijk maken om in de toekomst deze testen met speeksel uit te voeren.

Een tweede belangrijk punt is dat je dan antistoffen kan hebben, maar dat het dan nog de vraag is of die antistoffen een nuttig effect kunnen hebben met betrekking tot het bestrijden van de infectie en het geven van immuniteit tegen re-infectie. Om dat vast te stellen zijn de assays gedaan die u hier ziet. Daarbij wordt gekeken of de antistofconcentratie, die hier op de y-as staat, zich verhoudt tot de zogenaamde neutralisatie van het virus. Een virusneutralisatieassay geeft duidelijkheid over of die antistoffen voorkómen dat het virus de cel in kan komen, want dat is uiteindelijk van belang om de infectie te bestrijden. Dat ziet u hier in concentratie op de x-as uitgezet tegen de gemeten concentratie antistoffen op de y-as, zoals in de vorige slide. U ziet dat er bijvoorbeeld voor test W weer een mooie overeenkomst is tussen beide. Als de

concentratie in het bloed hoog genoeg is, zie je dat je een belangrijke virusneutraliserende activiteit hebt. Met andere woorden: je mag er dan van uitgaan dat de antistoffen die test W meet zich ook vertalen naar afweer en immuniteit bij de patiënt.

U ziet dat het voor test E wat ingewikkelder ligt, omdat een aantal concentraties eigenlijk nog nauwelijks virusneutralisatie geven en andersom, terwijl de IgA-test dat weer wel mooi lijkt te doen. De interpretatie van de antistoffenassays is dus complex, omdat verschillen in concentratie in de ene test niet automatisch hetzelfde weergeven voor de neutralisatieactiviteit. Ik neem nog even test E IgG als voorbeeld. U ziet dat wanneer de optical density, de OD, een maat voor de concentratie van de antistoffen, laag is, sommige van die lage titers een goede neutralisatie geven. Bij test W zie je daarentegen dat dat veel mooier uit elkaar wordt getrokken.

Ten slotte nog iets over sneltesten, want daar is natuurlijk ook veel over te doen. Het idee is: als ik met de sneltest meet, weet ik heel snel wat er aan de hand is. Sneltesten geven een uitslag, positief en negatief. U ziet hier de uitslagen die de verschillende testen geven, positief of negatief, van de doorgemaakte infectie. Dat is opnieuw uitgezet tegen de neutralisatieactiviteit, waarvan wij denken dat het de beste indruk geeft van de afweer van de patiënt, die oploopt naarmate je naar rechts gaat op de x-as. Kijk bijvoorbeeld naar test C, een IgM-test. Die wordt gepropageerd als een sneltest om vast te stellen of er kort na de start van klachten – die klachten zijn op meer dan tien dagen en minder dan tien dagen getitreerd in de verschillende kleurtjes en bolletjes – sprake is van neutralisatieactiviteit. Je ziet dat er een aanzienlijk aantal is dat een negatieve uitslag heeft, terwijl er zich toch neutraliserende antistoffen gevormd hebben. Met andere woorden: dan geeft die test dus een fout-negatieve uitslag. Iemand is namelijk wel immuun, terwijl de test «negatief» zegt. U ziet dat dit in meer of mindere mate voor alle sneltesten geldt, zij het dat bijvoorbeeld sneltest O dat in mindere mate doet dan sneltest C. Die sneltesten zijn niet zonder meer op dezelfde manier inzetbaar, alsook de klassiekere neutralisatietesten en de ELISA's, die we op de condensity afmeten.

U hoort een heleboel over de sneltesten en er wordt een heleboel beloofd. Sommige meten de antistoffen. Ik moet erbij zeggen dat sommige ook kleine deeltjes meten van de aanwezigheid van het virus zelf. In veel gevallen zullen ze specifiek zijn, als ze positief zijn, maar het gaat er ook om dat als ze negatief zijn, ze dat lang niet altijd op de juiste wijze aangeven. De kwaliteit wisselt dus en de uitslag is niet altijd conclusief, of in ieder geval niet even duidelijk als wanneer je een klassieke assay doet. Ik kom nog even terug op de doelen van het beleid. We richten ons op de kwetsbare groepen en het kunnen blijven bieden van zorg en ic-zorg. Ik heb u een aantal getallen laten zien met betrekking tot de kwetsbaren, de zorg en de ic-zorg en de invloed die de maatregelen daarop hebben gehad. We richten ons op maximale controle, dus op het afvlakken van die curve. We zien aan die  $R_0$ , die toch onder de 1 lijkt te liggen, dat de maatregelen lijken te werken. De eventuele verspreiding in verpleeghuizen is zeker een aandachtspunt en wij werken daaraan met het NIVEL en Verenso. Maar de essentie is toch dat we geen sprint maken, maar een marathon lopen. Volhouden van maatregelen is dus cruciaal. Het loslaten daarvan zou wat ons betreft op grond van de getallen te vroeg zijn, omdat we nog te hoog in de curve zitten. Als we de maatregelen te vroeg loslaten en de ic-druk weer zou toenemen, dan is dat op dit moment niet de gewenste situatie.

Wat moeten we doen? Ik vat weer even kort de maatregelen samen. Blijf zo veel mogelijk thuis, helaas ook in het paasweekend. Ga alleen naar buiten als het nodig is en werk thuis als het kan. Bij klachten aan de luchtwegen blijf je zeker thuis en ga je uitzieken. Komt er koorts of benauwdheid bij, dan gaat het gezin in quarantaine. We kennen de gezondheidsadviezen met betrekking tot handen wassen en handen

schudden. Bij klachten moet je natuurlijk hoesten en niesen in de binnenzijde van de elleboog, of wegwerppapiertjes gebruiken. En we hebben nog de 1,5 meter afstand. Misschien is daarbij nog even een opmerking op haar plaats. Als je binnen Europa kijkt, bijvoorbeeld naar de situatie in Duitsland, dan zie je dat daar weleens andere getallen worden aangehouden voor met hoeveel personen je buiten mag lopen. In Duitsland is dat bijvoorbeeld twee en in Nederland zou dat drie zijn. Ik denk dat de essentie is dat wij daartussen geen verschillen vinden in de modelering van het effect van zo'n maatregel, mits je je maar wel aan die 1,5 meter afstand houdt. Daarmee voorkom je overdracht en als je dat combineert met goed handen wassen, dan ben je wat dat betreft prima bezig. Ik denk dat dat het einde van mijn slides is. Ons adagium is dus: hou vol.  
Dank u wel.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Dan ga ik nu de vragen inventariseren voor de heer Van Dissel. Ik begin bij mevrouw Agema namens de PVV-fractie.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ik dank meneer Van Dissel voor zijn presentatie. Ik ben heel erg geschrokken van de slides over de verpleeghuizen. Je ziet eigenlijk in de situatie van vorige week dat in 900 van de 2.500 verpleeghuizen corona heerst. Dat staat nog los van de thuissituatie, los van wat de mensen in de wijkverpleging en de huishoudelijke hulp allemaal tegenkomen. Ik begrijp dat deze mensen uiteindelijk niet in de statistieken terechtkomen, omdat ze niet getest worden. Dat zagen we vorige week in het debat toen mijn fractievoorzitter, de heer Wilders, daarnaar vroeg. De huisartsen geven aan dat ze het onbevredigend vinden dat ze mensen niet als coronapatiënt kunnen laten registreren. Het antwoord van de Minister daarop is, zoals wij hier ook zien: ja, maar die zien we later terug in de oversterfte. Het CBS heeft in de laatste week van maart 1.200 mensen geregistreerd in de categorie «oversterfte». Als je dat allemaal optelt, dan lijkt er wel een situatie te ontstaan dat buiten de modellen met 2.100 overlijdens, die wij hier ook krijgen, er zich een hele, parallelle coronawerkelijkheid aan het voltrekken is. Daarin is het aantal coronadoden misschien wel veel meer, misschien wel al een veelvoud van die 2.100. Mijn vraag aan de heer Van Dissel is: zou het nou niet goed zijn om die huisartsen tegemoet te komen en in de statistieken in ieder geval een categorie «vermoedelijk corona» op te nemen? Als wij het op enig moment uit de lijst met oversterfte moeten gaan vissen, dan zijn er ook weer allemaal mitsen en maren te bedenken waardoor we niet goed meer kunnen beoordelen wat de situatie nou uiteindelijk is in Nederland.

**De voorzitter:**

De heer Van Dissel.

**De heer Van Dissel:**

Ja, u merkt dit terecht op. Ik wil even een paar dingen noemen met betrekking tot die verpleeghuizen. U ziet hier de situatie tot 1 april, dus vanaf de start tot 1 april. Dat is dus cumulatief. In de verpleeghuizen die ik u laat zien, is er natuurlijk geen sprake van onderrapportage, want dit zijn gerapporteerde gevallen. We hebben afgesproken dat per verpleeghuis de eerste twee gevallen worden bepaald en ik laat u daarvan het eerste geval zien. Wij willen natuurlijk inzicht krijgen in hoe het dan verdergaat in zo'n verpleeghuis – ik denk dat u daar terecht naar verwijst – maar dat weten we nog niet. We werken met Verenso en NIVEL samen om daar een systeem voor te krijgen. We weten wel ietsje meer over de aantallen uit de registratie van Verenso op dit moment. Er is een elektronisch patiëntendossier dat ongeveer in de helft van de verpleeghuizen actief is. Daar

kunnen dit soort gegevens uitgehaald worden. Die laten zien dat voor de helft van de verpleeghuizen het totale aantal gemelde patiënten – dat zijn overigens vermoedens – ongeveer het dubbele is. Zij tonen dus in de helft ongeveer 1.000 bevestigde gevallen aan, wat goed klopt met de 2.000 die ik uit die Osirisgetallen liet zien. Daarnaast zeggen zij dat er nog iets van 1.000 gevallen erbij zijn. Dat is dan het dubbele aantal. Het aantal sterfgevallen kunnen zij natuurlijk ook uit een systeem halen en dat zou 281 zijn. Er is dus wat informatie, maar wij willen dat graag breder begrijpen en met name kijken hoe de verspreiding in verpleeghuizen is, als die verspreiding verder is. Dat kunnen wij waarschijnlijk met Verenso in de toekomst in kaart brengen.

Mevrouw **Agema** (PVV):  
Dat was niet mijn vraag.

De heer **Van Dissel**:  
Wat was uw vraag?

Mevrouw **Agema** (PVV):  
De vraag van de huisartsen, die eigenlijk al een week geleden is gesteld, was: is het niet mogelijk om een categorie «vermoedelijk corona» in het leven te roepen? Uiteindelijk krijgen we daardoor met z'n allen wel een veel helderder beeld over de situatie zoals die nu is. En zou het niet verstandig zijn om dat ook met terugwerkende kracht te doen, zodat wij een veel beter beeld krijgen van de situatie?

De heer **Van Dissel**:  
Dat zou dan vragen om een additionele registratie via de huisartsen. Dan moeten we kijken of dat te realiseren is; ik denk dat dat het antwoord is. Dat is dan natuurlijk vooral een activiteit die de huisartsen administratief zullen moeten doen, omdat wij de gegevens wel kunnen verzamelen, maar natuurlijk niet bij alle huisartsen kunnen ophalen. Dat zou dus kunnen. Ik heb overigens bij de afgelopen OMT-bijeenkomst ook begrepen dat de huisartsen aan zo'n systeem werken, omdat zij het ook onbevredigend vinden. Ik hoop dus dat dat snel beschikbaar komt.

De **voorzitter**:  
Dank u wel. Mevrouw Diertens namens D66. Gaat uw gang.

Mevrouw **Diertens** (D66):  
Veel maatregelen zijn nog een beetje gericht op ic-capaciteit. We moeten het thuisblijven volhouden. Dat is wel een goede boodschap. Maar we kunnen misschien ook kijken naar nieuwe maatregelen op termijn. Binnen de verpleeghuizen en ook bij mensen die hun dierbaren willen bezoeken, is de vraag hoe dat nou gaat in de toekomst, want zij willen die dierbaren graag weer zien. Mijn vraag is dan ook: welke rol spelen mondkapjes in een volgende fase, gezien recent onderzoek? En hoe passen we dan het testbeleid toe? Concreet is dat eigenlijk: kunnen zorgmedewerkers en mensen die graag hun dierbaren weer willen bezoeken, zo dadelijk ook zonder bescherming weer bij hun dierbaren zijn, als getest is dat zij immuun zijn?

De heer **Van Dissel**:  
Dat is natuurlijk één van de vragen die wij met name willen beantwoorden als wij de sero-immuniteitstesten gaan doen. Je zou je kunnen voorstellen dat zodra wij vertrouwen hebben dat die testen goede informatie geven over of iemand wel of niet afweer heeft opgebouwd en wel of niet het virus kan doorgeven, je daar dan consequenties aan kan geven in de zin van wel of niet noodzakelijk gebruik van persoonlijke beschermingsmaatregelen om iemand te beschermen of zichzelf te beschermen. Ik denk dus

dat die immuniteitstesten daar hopelijk deels duidelijkheid in kunnen brengen. Dat die testen verschillen wat betreft de concentratie van antistoffen, wat ik u heb laten zien, compliceert het wel. We hebben ook het idee dat personen die slechts milde klachten hebben gehad, ook minder antistoffen opbouwen. Het is dan de vraag of dat voldoende antistoffen zijn om bijvoorbeeld dragerschap van het virus en eventueel overdracht tegen te kunnen gaan. Dat zijn allemaal weer dingen die we moeten bepalen. Tezamen met gebruik van persoonlijke beschermingsmaatregelen, zoals u al aangeeft, kunnen die ervoor zorgen dat er geen overdracht naar bijvoorbeeld kwetsbare ouderen is. Ik denk dat daar toch nog wel het nodige onderzoek naar verricht moet worden, voordat we zover zijn dat we precies helder hebben wat allemaal de voorwaarden zijn waaraan iemand moet voldoen of waaraan de situatie aan moet voldoen.

De **voorzitter**:

De heer Krol.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Maar ik had ook nog iets over de mondkapjes gevraagd, namelijk over die nieuwe onderzoeken naar de mondkapjes en verspreiding van het virus.

De **voorzitter**:

Daar heb ik de heer Van Dissel iets over horen zeggen bij de maatregelen in het algemeen.

De heer **Van Dissel**:

In sommige situaties zouden mondkapjes daaraan kunnen bijdragen, zodra we informatie hebben dat mondkapjes in een situatie dat men die draagt en niet ziek is – want als men ziek is blijft men thuis – voorkomen dat er overdracht is. Dat weten we domweg nog niet.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Krol, 50PLUS, gaat uw gang.

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

Ook mijn dank aan de heer Van Dissel. Ik heb met heel veel belangstelling kennisgenomen van het onderzoek van uw collega in Duitsland, professor Hendrik Streeck, van de universiteit van Bonn. Hij heeft net over de grens bij Sittard, in Gangelt, onderzoek gedaan naar de besmettelijkheid daar en wat men daar allemaal aantrof. Ik vond dat boeiend. Ik zou aan u willen vragen, kunnen we daar iets van leren en heeft u daar ook contact mee?

De **voorzitter**:

De heer Van Dissel.

De heer **Van Dissel**:

Ik heb daar geen contact mee. Dat zouden we moeten opnemen als daar specifieke informatie is. Wat besmettelijkheid betreft, hebben we hier al het nodige ook eerder besproken. Ik denk niet dat daar hele andere inzichten in zijn. Ik denk dat het er met name om gaat in welke situatie welke klacht aan welke overdracht gekoppeld is. Een probleem in het algemeen met bepalingen van aanwezigheid van de virussen in de keel met de moleculaire test en aanwezigheid van de virussen in de keel met viruskweek, zodat je ook begrijpt dat dat nog kan leiden tot overdracht, is dat we daar eigenlijk nog onvoldoende van weten. Het is overigens wel een onderwerp dat ook in Nederland door verschillende centra is opgepakt om daar meer informatie over te krijgen. Dan zien we bijvoorbeeld dat het virus soms langer in de keel aanwezig is, terwijl het al niet meer kweekbaar is. Dat is een voorbeeld waaraan je dan ziet dat een test op de moleculaire aanwezigheid van het virus niet altijd iets zegt of je dan



ook nog besmettelijk bent. Dat zijn allemaal nog dingen die verder worden uitgezocht. Ik zei aan het begin al: we kennen dit virus vier maanden. We moeten er nog veel van leren en dit soort dingen vallen daar ook onder.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Veldman, VVD.

**De heer Veldman (VVD):**

Dank aan de heer Van Dissel voor opnieuw een heldere presentatie. In het advies van het Outbreak Management Team van deze week lees ik dat benadrukt wordt dat het herstel van klachten na een infectie niet hetzelfde is als een verklaring van virusvrij zijn. Nou wisten we al dat waarschijnlijk iemand al besmettelijk is voordat hij zelf klachten heeft. Hier lees ik uit dat iemand ook nog besmettelijk kan zijn als hij klachtenvrij is. Wat betekent dat voor het advies dat eerder gegeven is om na klachten minimaal nog 24 uur in quarantaine of in isolatie te blijven? Wat betekent dat dan voor onze maatregelen en wat betekent dit eventueel ook voor de inzet van apps? Wat is het nut of de noodzaak van apps in relatie tot deze benadrukking dat je nog niet virusvrij bent als je wel klachtenvrij bent?

**De voorzitter:**

De heer Van Dissel.

**De heer Van Dissel:**

Dit is echt een heel complexe vraag, waar ik zo weer een uur aan zou kunnen besteden, maar dat is vast niet de bedoeling. Het punt is een beetje dat wij zeggen: je moet echt 24 uur helemaal klachten- en ook symptomeenvrij zijn. In de praktijk blijkt te vaak dat iemand zegt: ik heb eigenlijk geen klachten meer, dus ik kan weer aan de slag. Als dan gericht wordt nagevraagd of er toch niet bijvoorbeeld nog wat meer vocht uit de neus komt, dan blijkt dat soms het geval. Hetzelfde geldt eigenlijk aan het begin van ziek zijn. Dus die 24 uur klachtenvrij betekent echt klachten- en symptomeenvrij. Als je dát aanhoudt, en daar is ervaring opgedaan, onder andere in het Amphia Ziekenhuis in Tilburg en het TweeSteden Ziekenhuis in Breda, dan weten we dat de kans om daarna nog overdracht te hebben, zelfs op kwetsbare patiënten, eigenlijk afwezig is. Daarom hebben we daar praktisch voor gekozen.

Dit is dus eigenlijk weer een beetje wat ik net al antwoordde. Soms kan je met testen nog aantonen dat virusdeeltjes aanwezig zijn, waarvan je dan eigenlijk niet eens weet of het een heel virus is dat überhaupt besmettelijk is, of alleen maar een deeltje van het virus dat je meet in een moleculaire test. Vandaar dat we nu beide bepalen en zien dat dat niet synchroon loopt, en dat je eerder virusweekvrij bent dan dat je moleculaire-testvrij bent. Dat is wat ook eigenlijk allemaal door deze discussies heen loopt. Praktisch gezien is ook het aantonen van virus niet hetzelfde als besmettelijk zijn. Dat zou je natuurlijk met een hele ingewikkelde proefopstelling kunnen gaan aantonen. Dat willen we natuurlijk helemaal niet, maar we willen wel dankbaar gebruikmaken van de ervaring die bijvoorbeeld in het Amphia Ziekenhuis is opgedaan, waarbij duidelijk is dat als je dit hanteert als maat voor het weer aan de slag gaan van zorgmedewerkers, je dan niet een risico neemt met betrekking tot de patiëntveiligheid. Ik denk dat die informatie, die door Jan Kluytmans en zijn groep ook weer is opgeschreven en verspreid wordt, buitengewoon belangrijk is omdat het ons een heleboel leert van hoe je praktisch moet omgaan met dit soort vragen, die wat anders zijn dan je uiteindelijk wellicht in het laboratorium terugvindt. Dus de clou hier is: als men echt 24 uur klachten- en symptomeenvrij is, dan is het risico op verdere overdracht blijkens bijvoorbeeld dat onderzoek in het ziekenhuis buitengewoon gering. Het zal natuurlijk nooit nul zijn, maar buitengewoon gering en acceptabel om weer deze praktische maatregel af te kondigen.

De apps is wel een heel ander verhaal wat u noemde. Ik weet niet of ik dat ook moet beantwoorden. Dat wil ik graag doen, hoor ...

**De voorzitter:**

De vraag is gesteld. Ik denk dat het belangrijk is om die ook te beantwoorden, maar ik vraag de leden dan dadelijk wel om echt compacte vragen te stellen, want ik moet ook de tijd in de gaten houden voor u. Dus gaat uw gang, meneer Van Dissel.

**De heer Van Dissel:**

We hebben nu een heleboel maatregelen. We zeggen daarvan «hou vol», want we hebben het nog nodig om de ic weer terug te brengen naar 100% en ook om meer aandacht aan de kwetsbaren te kunnen geven. Wat je natuurlijk hoopt, is dat je door een combinatie met een innovatieve aanpak een aantal van die maatregelen kan omzetten in een nieuwe maatregel, die misschien minder beperkend is dan de huidige maatregelen. Daarbij denken we aan dingen als het meer uitvoeren van testen, waar natuurlijk hard aan wordt gewerkt, ook door Sijbesma en zijn collegae, en het gericht gebruikmaken van eventuele apps, die dan natuurlijk moeten voldoen aan alle normen die we er in Nederland aan stellen. Die combinatie maakt dat we bij de korte generatietijd die het virus nou eenmaal heeft, het contactonderzoek door de GGD, dat daardoor zo moeilijk is om tijdig te kunnen doen, kunnen versnellen. Als we die situatie bereiken, dan kunnen we als het ware veel gerichtere en veel effectievere maatregelen inzetten dan de meer algemene maatregelen die we nu deels hebben. Dus daar maken apps onderdeel van uit.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Ouwehand, namens de Partij voor de Dieren, gaat uw gang.

**Mevrouw Ouwehand (PvdD):**

Voorzitter, dank u wel. Dank aan de heer Van Dissel. Even over dat onderzoek naar immuniteit en dat het erop lijkt dat mensen die milde klachten hebben dan daarna ook weinig afweerstoffen hebben. Ik merk dat veel mensen hopen: «Als ik het gehad heb en het was mild, dan kan ik nu weer naar mijn dierbaren of kan ik gewoon mijn werk weer doen.» Wat kunt u hierover zeggen? Betekent dat dat er een scenario mogelijk is dat er mensen zijn die voortdurend milde klachten zullen hebben en daarmee ook voortdurend besmettelijk kunnen zijn? Wat weten we daarvan, of wanneer kunnen we daar meer duidelijkheid over krijgen? Want ik snap dat dat onderzoek nog loopt.

**De voorzitter:**

De heer Van Dissel.

**De heer Van Dissel:**

Dat is een belangrijke vraag. We willen natuurlijk graag weten als we dit soort antistoffen bepalen wat een niveau is waarop we kunnen zeggen «u bent immuun», wat overigens nog niks zegt over hoe lang die immuniteit dan geldt. Want over het algemeen is dat bij luchtwegvirussen in jaren maar niet levenslang, anders dan mazelen en andere ziektes waar we tegen vaccineren. Dus we willen graag kunnen zeggen welke hoogte van de concentratie past bij immuniteit. Dat kunnen we waarschijnlijk zeggen door die neutralisatietesten daaraan te koppelen, zoals u ook zag wat al gebeurt. Er blijkt dus een groep te zijn die in deze initiële testen – voor de duidelijkheid, het zijn een aantal curves; dat moeten we echt nog wel uitbreiden – op grond ook van nu het hebben gehad van minder klachten, ook minder goed antistoffen opbouwt. Hoe dat zich uiteindelijk verhoudt tot de bescherming van de persoon zelf weten we nog niet. We weten

gewoon nog niet of die bij herblootstelling minder ziek wordt dan verwacht, of toch kans heeft om ernstig ziek te worden. En ook hoe zich dat verhoudt tot het eventuele dragerschap en de eventuele overdracht naar anderen weten we nog niet. Maar dat zijn natuurlijk centrale vragen om uit te zoeken.

**De voorzitter:**

Mevrouw Dik-Faber, o, mevrouw Ouwehand.

**Mevrouw Ouwehand (PvdD):**

Is er enig zicht op wanneer we daarover meer duidelijkheid krijgen? Ik snap dat dat onderzoek nog loopt.

**De voorzitter:**

Meneer Van Dissel.

**De heer Van Dissel:**

Dat onderzoek loopt. Het toont ook dat naarmate je antwoorden krijgt, je weer nieuwe vragen krijgt. Zo gaat dat nou eenmaal. Maar we hopen dat natuurlijk zo snel mogelijk op te lossen. Er zijn in ieder geval verschillende onderzoeken gaande, zowel onder de bevolking als naar patiëntengroepen. Hoe sneller we dat weten, hoe sneller we door kunnen. Dit zijn natuurlijk onderzoeken die deels ook in het buitenland plaatsvinden. Van die kennis wordt uiteraard ook gebruikgemaakt.

**De voorzitter:**

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

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

Dank u wel, voorzitter, en dank aan de heer Van Dissel voor de heldere presentatie. Mijn vraag gaat over de testcapaciteit. Die is beperkt. De keuze is gemaakt om vooral ook te kijken naar het zorgpersoneel. Die keuze begrijp ik, maar nu wordt de testcapaciteit verviervoudigd. Welke prioriteiten worden dan gesteld als er een verviervoudiging van de testcapaciteit is? Wordt daarbij ook gekeken naar het uiteindelijk weer slim loslaten van de slimme lockdown, naar de stappen die dan gezet moeten worden?

**De voorzitter:**

De heer Van Dissel.

**De heer Van Dissel:**

Ja. Naarmate er meer testen beschikbaar komen, hebben we een escalerend patroon van mensen waarvan we denken dat het verstandig is om ze eerst te testen. Dat zijn natuurlijk patiënten, deels kwetsbare patiënten, en deels zorgverleners, om die zo goed mogelijk te beschermen. Die escalatie staat ook aangegeven in de OMT-brief en in de bijlages daarvan. Uiteindelijk hoop je het testbeleid te koppelen aan waar we het net over hadden, bijvoorbeeld het gebruik van innovatieve apps om vast te stellen of iemand besmettelijk is en vervolgens ook de eventuele contacten van zo'n persoon daarvan op de hoogte te stellen, zodat je eerder op de infectiecyclus zit. Dan maken testen daar ook onderdeel van uit.

**De voorzitter:**

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

**De heer Asscher (PvdA):**

Mijn vraag wordt ingegeven uit zorg over wat er in de verpleeghuizen speelt. We zien dat het beleid voor de zorgmedewerkers verschilt en dat

medewerkers in de eerste lijn en in de verpleeghuizen eigenlijk nog steeds het advies hebben om met lichte klachten wel te komen werken en dan eventueel te testen. Als je kijkt naar het Amphia Ziekenhuis, dat nu mensen met lichte klachten naar huis stuurt ook zonder ze te testen, roept dat de vraag op of dit niet meer bescherming zou opleveren voor de bewoners van verpleeghuizen.

**De voorzitter:**

De heer Van Dissel.

**De heer Van Dissel:**

Ik denk dat we zeker van die gegevens gebruik moeten maken. Die tonen overigens aan dat testen eigenlijk maar een beperkte waarde heeft, want ze testen lang niet iedereen. Ze hebben alleen beter omschreven wie voor testen in aanmerking komt en wie nog kan doorwerken met beschermende maatregelen. De vraag is natuurlijk of dat ook geldt in verpleeghuizen. Dat weten we domweg nog niet; dat zouden we graag willen uitzoeken. We weten het zeker voor ziekenhuizen. We weten het ook omdat naar de genetische volgordes van het virus is gekeken. Dan kunnen we letterlijk laten zien dat patiënten niet via zorgverleners besmet zijn geraakt. Dat is eigenlijk een prachtige bevestiging van wat ze daar gedaan hebben. Voor verpleeghuizen willen we dit onderzoek zo snel mogelijk uitvoeren. Naarmate er meer testen beschikbaar komen, zijn zorgverleners in verpleeghuizen natuurlijk meteen de groep die we daar ook bij willen betrekken.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan ga ik naar de heer Van der Staaij namens de SGP. Gaat uw gang.

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

Veel dank weer voor de presentatie. Mijn vraag gaat over de besmettingsgevallen die er nog zijn, ná de strenge maatregelen. Hebben we enig idee hoe die zijn ontstaan en welke aanvullende maatregelen in dat kader nog kunnen helpen? Je hoort ook wel veel zorgen in de zin van: «Waarom nog zo ruim voor tuincentra, bouwmarkten en supermarkten in vergelijking met andere, veel strengere voorwaarden?»

**De voorzitter:**

De heer Van Dissel.

**De heer Van Dissel:**

Het is natuurlijk niet zo dat wanneer je maatregelen neemt, die altijd in 100% van de gevallen zullen werken. Altijd vindt het virus een weg om toch weer wat onverwachts te doen. Het belangrijkste is dat we de gemiddelde  $R_0$  zien dalen, omdat we daarmee gewoon weten dat de kans dat het virus zich verder verspreidt, gemiddeld genomen afneemt. Ik heb u met het voorbeeld van SARS in Singapore geprobeerd te illustreren hoe ingewikkeld het soms zit. Je kan je voorstellen dat als een patiënt wordt geïnfecteerd met het virus maar bijvoorbeeld afweeronderdrukkende medicijnen gebruikt omdat hij een transplantatie of een bepaalde behandeling heeft ondergaan, de klachten soms veel minder blijken en het virus zich in zo'n patiënt bijvoorbeeld kan vermeerderen. Ik geloof dat dat patiënt 130 was in de illustratie die ik u liet zien. Van zo iemand kan dan toch een groep plotseling besmet raken. Dat is hoe je verwacht dat momenteel het virus zich nog kan voortzetten, maar gemiddeld genomen is dat in veel geringere mate dan dat het eerder deed. Dat is uiteindelijk waardoor je het wint van het virus of niet. Het betekent ook dat je het moet doen onder voortzetting van de maatregelen. We zouden natuurlijk graag per individueel geval precies weten: wat is het nu? Dat is eigenlijk

ondoenlijk, ook al omdat je altijd die vertraging van 1–2 weken hebt en je dus moet gaan terugrekenen, omdat je natuurlijk nooit of hoogst zelden exact het moment van besmetting weet. Je moet afgaan op iemands herinnering: wat is er toen gebeurd en met wie heb je toen contact gehad? Dat is domweg gewoon ingewikkeld, omdat de herinnering niet altijd meer helder is. Het gebruik van die apps is ook weer een voorbeeld waardoor je dat misschien veel beter kunt kwantificeren, omdat je dan kan waarnemen hoelang iemand bij iemand anders in de buurt is geweest. Dat is iets waardoor we denken dat die apps misschien een toegevoegde waarde hebben ten opzichte van wat we nu doen om de verspreiding te beperken.

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

En het punt van de supermarkten, bouwmarkten en tuincentra?

De **voorzitter**:

De heer Van Dissel.

De heer **Van Dissel**:

Er zijn natuurlijk altijd dingen aan te wijzen die risico's geven. Tegelijkertijd weten we dat als we de algemene maatregelen handhaven – handen wassen, handen wassen, handen wassen en op 1,5 meter afstand blijven – we de kans in belangrijke mate reduceren. Die gaat natuurlijk nooit naar nul toe, want dan zouden we geen virus meer hebben, maar uiteindelijk gaat het erom dat we de meerderheid van de overdrachten tegengaan. Dat geldt ook in deze situaties. Het gaat dan om het handhaven van de maatregelen waarvan we weten dat ze effectief zijn.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Hijink, SP.

De heer **Hijink** (SP):

Dank, voorzitter. Wederom dank aan de heer Van Dissel voor zijn komst. Ik heb een vraag over de verandering die we nu zien als het gaat om de strategie die we voeren inzake het testbeleid. Halverwege maart was nog het advies: wees terughoudend met het testen van medewerkers in de zorg. We zien nu de situatie in de verpleeghuizen. We zien de situatie in de thuiszorg, waar mensen zich heel veel zorgen maken en waar zorgverleners zich heel veel zorgen maken dat ze zelf cliënten en patiënten besmetten. Mijn vraag is eigenlijk wat er nou precies is gebeurd waardoor er nu, ook binnen het RIVM, heel anders wordt gekeken naar het testen. Kun je stellen dat er in die regio's waar wel veelvuldig wordt getest en is getest de afgelopen weken, bijvoorbeeld in het noorden en het oosten van het land, andere resultaten zijn geboekt als het gaat om het verspreiden van het virus?

De **voorzitter**:

De heer Van Dissel.

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat dat veel te vroeg is. Alles wordt geëvalueerd, dus ook onze aanpak. Dat moge helder zijn. Daar zal dan wel duidelijk worden wat goed en minder goed gegaan is. Met betrekking tot testen moet u zich realiseren dat die testen er gewoon moeten zijn. Als de laboratoria aangeven dat ze onvoldoende capaciteit hebben om de test te doen op grond van de materialen, dan hebben we op dat moment te roeien met de riemen die we hebben. Dat waren gewoon minder testen. Als er nu weer meer materialen beschikbaar komen en de testcapaciteit toeneemt, kunnen we het beleid op dat moment aanpassen om daar zo optimaal mogelijk gebruik van te maken. Dat is wat we doen. We kunnen propa-

geren dat we iedereen willen testen, maar als die testen er niet zijn of niet waren, dan is dat een beleid waar ik het nut niet van zie. We hebben steeds geprobeerd om ons beleid af te stemmen op de mogelijkheden die er zijn. Overigens zie je, bijvoorbeeld in de situatie in het Amphia Ziekenhuis, dat je ook zonder te veel testen uit te voeren een heel verantwoord beleid kunt voeren met betrekking tot zorgverleners. Soms is het dus ook de pragmatiek en het goed volgen van wat er gebeurt die ons de mogelijkheid geven om dit toch op een juiste wijze te bestrijden. Naarmate we verder komen en bijvoorbeeld ook gebruik kunnen maken van bepaalde innovaties die contact tracing vergemakkelijken, kun je je voorstellen dat het op dat moment doen van testen weer een andere betekenis krijgt. Het doen van een heleboel testen zonder dat dat follow-up kan hebben en zonder dat dat gevolgen heeft, heeft het OMT nooit heel zinvol gevonden. Maar dat hangt uiteraard af van de hele context waarin je die testen plaatst. Als we veranderingen gaan maken in de manier waarop we contact tracing kunnen doen, dan kunnen we ook weer een andere betekenis geven aan testen en kunnen we de testen uitbreiden. Dan kan dat ook positieve effecten hebben, ja.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Azarkan, DENK.

**De heer Azarkan (DENK):**

Dank, voorzitter. Dank aan de heer Van Dissel. Het wordt een klein beetje traditie, een ankerpunt op de woensdag als de heer Van Dissel doceert en wij aandachtig luisteren. De heer Van Dissel gaf aan dat circa 22,5% van de zorgmedewerkers positief test. Daarbij gaf hij ook aan dat dat niet opgelopen wordt op het werk. Het is een erg hoog getal naar mijn mening: 1 op de 4,5. Mijn eerste vraag zou zijn waar ze het dan wel oplopen. Nog belangrijker is: als ze nog geen klachten hebben maar vervolgens in een verpleeghuis gaan werken, kan de heer Van Dissel dan uitsluiten dat ze het overdragen? Zouden we die kwetsbaren daarmee niet veel meer moeten beschermen?

**De voorzitter:**

De heer Van Dissel.

**De heer Van Dissel:**

Het aantal dat ik u gaf, is op het totaal aantal positief geteste personen. Aangezien ons testbeleid zich natuurlijk toespitst op opgenomen patiënten en op zorgverleners, zult u die dus in ruime mate vertegenwoordigd zien. We weten, opnieuw uit het Amphia Ziekenhuis, dat ongeveer 6% van de zorgverleners met milde klachten bij bepaling testpositief was. Dat zegt ons iets over dat aantal in een totale ziekenhuispopulatie. Er is toen gekeken naar de fylogenie, zoals wij dat noemen. Dat is de genetische volgorde van het virus, waardoor je kunt bekijken of het virus van een patiënt anders is dan het virus van een zorgverlener. Daardoor weet je zeker dat ze elkaar niet besmet hebben. Dat onderzoek is gedaan. De resultaten daarvan zijn dusdanig dat die erop wijzen dat die zorgverleners en ook de patiënten het niet in de zorginstelling hebben opgelopen, maar buiten de zorginstelling. Als dat bijvoorbeeld in Breda gemeten wordt en de zorgverleners in Breda wonen en ook de meeste patiënten uit Breda komen, dan kan er overeenkomst zijn van het virus zonder dat ze het virus aan elkaar hebben overgedragen in het ziekenhuis. Je kunt uiteraard ook bekijken wanneer de klachten beginnen. Ik geloof dat er van zo'n 280 gevallen maar 3 waren waarbij in potentie sprake was geweest van ziekenhuisoverdracht. Daarbij bleek in twee van de drie gevallen ook weer dat de klachten al voor ziekenhuisopname begonnen. Dus blijktbaar is het zo dat de meeste patiënten en zorgverleners de



infectie toch opdoen in de samenleving en dan natuurlijk soms samenkomen in het ziekenhuis.

Dan uw tweede vraag, die natuurlijk erg relevant is. Hoe kun je nou voorkomen dat iemand het virus opdoet en in de periode dat hij het nog eigenlijk niet weet, het eventueel overdraagt binnen een verpleeghuis? Want op dat moment weet je nog niet dat je ziek bent en houd je daar ook nog niet specifiek rekening mee. Ik denk dat dit een hele mooie illustratie is van de absolute noodzaak om je dus te houden aan die algemene hygiënemaatregelen. We vermoeden dat de overdracht voordat je duidelijk zelf klachten hebt vooral toch plaatsvindt op grond van het feit dat het virus zich vermeerderd in het neusslijmvlies, voordat dat duidelijk klachten zoals bijvoorbeeld hoesten en evidente neusverkoudheid geeft. Mensen zitten aan de neus en zitten dan aan andere voorwerpen. Dat is waarschijnlijk de wijze waar die vroege overdracht, voordat iemand belangrijke klachten heeft, op berust. Dat is tegen te gaan, zoals we weten uit onderzoek naar neusverkoudheidvirussen, door heel nauwkeurig en frequent je handen te wassen. Dus dit is eigenlijk een heel belangrijk punt, dat nog eens onderstreept hoe belangrijk die algemene hygiënemaatregelen zijn, ook voor het voorkomen van overdracht van het virus door personen, nog voordat ze duidelijke klachten ontwikkelen, op bijvoorbeeld verpleeghuispatiënten.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan gaan we naar mevrouw Van den Berg namens de CDA-fractie.

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

Ook van onze kant dank aan meneer Van Dissel voor zijn weer heldere presentatie. Ik zou graag willen doorgaan op het dossier van testen in combinatie met apps. In het positieve scenario kunnen we straks 30.000 testen per dag doen. Dat zijn er dan 900.000 per maand, maar dan zijn we nog lang niet aan die 17 miljoen. Bovendien zijn er veel mensen die asymptomatisch zijn, dus die wel het virus hebben, maar helemaal geen klachten. Die blijven dan toch helemaal in het donker zitten. Dus hoe denkt u dit te organiseren en in welk tempo zou dat dan kunnen?

**De heer Van Dissel:**

Dit is eigenlijk in belangrijke mate een beleidsvraag. Wij denken na over hoe we de testen het beste kunnen inzetten en niet zozeer over hoe we het realiseren. Een aparte taskforce onder leiding van Sijbesma is ermee bezig om dat zo goed mogelijk voor elkaar te krijgen. Maar de verwachting is dat het aantal testen op korte termijn belangrijk toeneemt door uit te breiden op de mogelijkheden om binnen de bestaande microbiologische labs te testen. Die worden gekoppeld aan diergeneeskundige laboratoria en laboratoria voor baarmoederhalskankercontroles, die ook deze testen kunnen uitvoeren. We willen dat via de microbiologische labs laten regelen, om zo te komen tot de aantallen die u noemde, namelijk tussen de 20.000 en 30.000 per dag. Daarmee komen we natuurlijk al een stuk verder en kunnen we een heleboel personen testen die we nu nog niet kunnen testen. Daardoor hopen we de zorg voor zowel de kwetsbaren als de opgenomen patiënten en de zorgverleners in eerste instantie te verbeteren.

Ik denk dat gisteren bij de persconferentie van de Ministers genoemd is dat er een aantal weken voor nodig is om beter in kaart te brengen wat we met apps kunnen en in hoeverre apps een aanvaardbare manier zijn om in Nederland bij te dragen aan de infectiebestrijding. Zodra daar duidelijkheid over is, kun je gebruikmaken van die apps om de contactopsporing rond bekende gevallen te versnellen. De cyclus van een infectie is maar drie tot vijf dagen. Je krijgt nu een melding, waar dan de GGD achteraan moet, die de contacten in kaart moet brengen. Dat lukt eigenlijk

niet in voldoende mate als de opeenvolging van cycli zo kort is. Dat zou je met die apps belangrijk kunnen versnellen, mits ze natuurlijk voldoen aan alle eisen die we daar als Nederland aan stellen. Dat gebeurt door personen meteen ervan op de hoogte te stellen dat ze bijvoorbeeld contact hebben gehad met iemand met een aangetoonde infectie, op het moment dat je die aantoot. Dan is ook duidelijk dat de groep met klachten, bij wie je op dat moment gaat aantonen of ze al of niet een coronavirusinfectie hebben, ook een belangrijk target wordt om de testen op uit te voeren. Dat zijn er niet meteen 17 miljoen, het hele aantal. Dan richt je je in eerste instantie toch op degenen met klachten. Dan ben ik het met u eens dat je nog de groep hebt die ik net ook noemde in mijn antwoord op de vraag over de periode voordat de klachten helder zijn. Maar we weten dat we die op zich effectief kunnen neutraliseren door de algemene hygiënemaatregelen. Daarom is het ook zo belangrijk om een heleboel maatregelen vol te houden, terwijl we vervolgens proberen om een deel van de bestaande maatregelen op een slimmere manier op te lossen. Dat kan door een combinatie van testen en innovatieve apps om die contactopsporing effectiever te maken, maar dat neemt niet weg dat je die presymptomatische overdracht, die toch vooral berust op contact, door frequent handen wassen moet tegengaan.

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

Ik had het niet over presymptomatische overdracht, maar over asymptomatische overdracht, dus door mensen die helemaal niets merken. Hoe kunnen die in het systeem komen?

De heer **Van Dissel**:

De vraag, en dan vertegenwoordig ik hier het hele OMT, is hoe vaak dat voorkomt. Asymptotisch wil zeggen dat je geen enkele klacht hebt en er geen enkel symptoom waarneembaar is. Presymptotisch geeft al aan dat je overgaat naar een fase waarin iemand toch neusverkouden wordt. Ik wil niet zeggen dat het nooit kan dat je volkomen zonder enige klacht het virus zou verspreiden, maar het gaat om de bijdrage die dat levert aan de toename van de uitbraak. De opvatting van het gehele Outbreak Management Team daarover is dat dat buitengewoon beperkt is, als het al gebeurt.

Het tweede is dat dat soort overdracht vervolgens met de huidige maatregelen – 1,5 meter afstand en frequent handen wassen – kan worden voorkomen. We moeten er dus toch van uitgaan dat de meeste overdracht plaatsvindt op het moment dat men neusverkouden wordt, waarbij er daadwerkelijk neusvocht wordt gevormd dat op de hand komt en dat voorwerpen besmet die iemand anders aanpakt. En vervolgens gaat het via het hoesten.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Ellemeet namens GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank wederom voor de presentatie. Echt nieuw vandaag ten opzichte van vorige week is de aandacht voor de verpleeghuizen. Ik begrijp dat de cijfers die we nu hebben de effecten laten zien van voor het bezoekverbod. Het is dus belangrijk om te bekijken wat die maatregel gedaan heeft. Tegelijkertijd deel ik wel echt de zorg van de heer Asscher: wat moeten we alsnog preventief nu doen, voordat we de uitkomst van onderzoek hebben, om te voorkomen dat zolang we het niet weten, we mogelijk de situatie verergeren in de verpleeghuizen?

Ik had een specifiekere vraag over de curve van de ic-plaatsen. De heer Van Dissel geeft aan dat we uiteindelijk weer naar de normale ic-bezetting toe moeten en dat het maar de vraag is wanneer we daar komen. De grafiek laat zien: 1 juni. Dus begrijp ik de heer Van Dissel goed dat we in

ieder geval tot 1 juni dezelfde stringente maatregelen moeten hanteren? Misschien kunnen dat alternatieve stringente maatregelen zijn; dan moeten ze er wel voor die tijd zijn. Maar begrijp ik het goed dat we er tot 1 juni aan moeten vasthouden om vervolgens na te kunnen denken over versoepeling?

De heer **Van Dissel**:

Dit lijkt me een typische beleidsvraag, dus daar kan ik dan geen antwoord op geven. Ik kan u natuurlijk wel meenemen in adviezen die je daar dan voor geeft. We zien nu dat de ic's op 200% werken, in plaats van de gebruikelijke 100%. Dat vraagt geweldig veel en dat heeft veel impact in het hele ziekenhuis, ook met betrekking tot de andere ziekenhuiszorg, die dus soms op wachtlijsten moet. Dat is natuurlijk een ongewenste situatie om op de langere termijn vol te houden. Dus het terugbrengen van ic-activiteiten naar 100% of zelfs wat daaronder is in ieder geval iets wat je zou moeten nastreven. Het tweede is dat er een vertraging in de maatregelen zit. En het derde is – dat heb ik hier de afgelopen weken frequent moeten laten zien – dat er steeds aanpassingen zijn van de inschattingen. We zien nu dat de ic-bezetting – daar zal collega Gommers straks op ingaan, denk ik – sneller lijkt te dalen we dachten. Dat gaat natuurlijk ook van invloed zijn. Verder gaat met name de opnameduur bepalen hoe snel het weer daalt.

Ik denk dus niet dat je die lijn dan meteen recht naar beneden kunt trekken en kunt zeggen: dit is de dag waarop het advies komt dat het minder kan. Het advies loopt daar natuurlijk op vooruit, omdat je opnieuw die vertraging meeneemt en je het bijvoorbeeld ook niet te ver wil laten gaan. Ten tweede denken we vooral na over adviezen die maken dat we door een combinatie van meer testen en specifiek gebruik van de apps die hier al benoemd zijn, effectievere maatregelen kunnen nemen die uiteindelijk kleinere groepen betreffen en die toch meer ruimte kunnen scheppen dan de huidige stringente maatregelen. De adviezen zullen zich vooral toespitsen op dat soort dingen. De inventarisatie daarvan begint vandaag en is eigenlijk al eerder begonnen. Er wordt al langer gedacht over wat de mogelijkheden zijn om daarin te versoepelen. Maar de belangrijkste boodschap nu is: hou vol, we zijn er nog niet; we moeten die marathon samen lopen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Voor beleidsvragen verwijs ik naar het debat dat vanmiddag plaatsvindt, zeg ik in de richting van mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja, uiteraard. Maar nog even ter verheldering: de heer Van Dissel zei bij deze grafiek dat we moeten uitkomen op een normale bezetting van de ic. De grafiek laat zien dat dat volgens de prognoses die we nu hebben en de modellen – die kunnen nog aangepast worden – hopelijk op 1 juni het geval zal zijn.

De heer **Van Dissel**:

Het is niet dat ik een advies geef dat we iets moeten, want dat klinkt wel heel erg bepalend. Maar het advies zou zijn om terug te gaan naar een acceptabele ic-bezetting, die ook andere zorg weer mogelijk maakt.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Van Haga. Gaat uw gang.

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

Dank u wel. Gelukkig wordt het aantal testen nu fors opgevoerd. Dat is goed, want de informatie die we daarbij krijgen kan leiden tot een ander beleid. Je kan dan denken aan een coronavrijverklaring, waarbij die

maatregelen misschien wat minder gelden. Maar ik realiseer me dat u net tegen de collega's Ouwehand en Diertens heeft gezegd dat er onzekerheid bestaat over de immuniteit. Het is natuurlijk voornamelijk van belang om te weten of je überhaupt corona hebt. Daar zit een bepaalde foutenmarge in, en dat verbaast me een beetje. Mijn vraag is de volgende: is het niet zo dat een combinatie van testen, van die PCR-test en die serologische test, de foutenmarge aanmerkelijk kan verkleinen?

De heer **Van Dissel**:  
Het antwoord is: ja.

De **voorzitter**:  
Kort maar krachtig.

De heer **Van Dissel**:  
Maar dat moet allemaal wel bewezen worden en daar moet naar gekeken worden. Maar uiteraard wordt er ook aan dit soort oplossingen gedacht, dus dat je zowel immuniteit als aanwezigheid in combinatie zou kunnen vaststellen. Dat geeft namelijk meer informatie dan wanneer je een van de enkele testen uitvoert. Dat is helemaal juist.

De heer **Van Haga** (Van Haga):  
En dat wordt onderdeel van het beleid?

De heer **Van Dissel**:  
Ja. Nou, we moeten het uitzoeken en dan volgt een advies. Het beleid is ...

De **voorzitter**:  
Het beleid bespreekt u vanmiddag tijdens het debat. Graag geef ik het woord aan 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 de heldere presentatie. Ik heb een vraag over het onderzoek van het RIVM naar de besmettingen en de besmettelijkheid van kinderen. Dat is nu vertraagd. De verwachting is dat de eerste resultaten eind april kunnen worden gegeven. Wat is daarvan de consequentie voor het advies van het RIVM aan het kabinet ten aanzien van de scholen? Wordt in het onderzoek meegenomen in hoeverre kinderen immuun zijn als zij slechts milde klachten hebben?

De heer **Van Dissel**:  
Het korte antwoord is dat we proberen alles voor elkaar te krijgen op het moment dat de vraag komt of de scholen, naast de andere dingen die spelen, al of niet weer zouden kunnen worden geopend en, zo ja, welke scholen. Het onderzoek heeft wat vertraging opgelopen; dat gebeurt helaas vaker. Tegelijkertijd hebben we ook verschillende parallelle onderzoeken opgestart, die allemaal verschillende informatie geven. We hopen dat een combinatie van die onderzoeken voldoende antwoord geeft op de vraag wat we precies wel of niet kunnen doen wat betreft schoolsluiting.

De **voorzitter**:  
Dank u wel. Mevrouw Arissen, volgens mij is het tweede deel van uw vraag nog niet beantwoord. Misschien kunt u de vraag nog even herhalen?

Mevrouw **Van Kooten-Arissen** (vKA):  
Ik vroeg of het RIVM-onderzoek ook omvat in hoeverre kinderen immuun zijn als zij slechts milde klachten hebben.

De heer **Van Dissel**:

Ja, we zullen zeker de antistoffen bepalen als surrogaatmarker, zoals dat zo mooi heet, voor afweer. Ik wil wel benadrukken – dat heb ik eerder ook al even genoemd – dat we nog moeten leren in hoeverre bepaalde titers volledige bescherming bieden, hoelang ze dat doen, of ze voorkomen dat je drager bent en of ze voorkomen dat je het eventueel kan overdragen. Al die vragen zullen moeten worden beantwoord.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan tot slot de heer Baudet van Forum voor Democratie.

De heer **Baudet** (FvD):

Zeer veel dank. Ik heb een vraag over de 1,5 meter afstand. In Japan en Zuid-Korea doen ze het anders. Daar zeggen ze niet dat je die afstand moet behouden, maar dat je een mondkapje moet dragen. Israël is daar nu ook mee aan het experimenteren. In Japan en Zuid-Korea lijken ze het goed onder controle te hebben, met alle mitsen en maren die daarbij horen. Wat denkt u van die aanpak? Is dat niet iets wat we ook in Nederland zouden kunnen overwegen en waarmee we zouden kunnen experimenteren, dus dat we in sommige gevallen «afstand» zeggen en we in andere gevallen met mondkapjes weer meer dingen mogelijk maken, ook om die georganiseerde intelligente exitstrategie te gaan vormgeven?

De heer **Van Dissel**:

Ik begrijp uw vraag. We zien allemaal de beelden. Landen doen verschillende dingen. Uiteindelijk gaat het erom dat je keuzes maakt en dat je daar een zekere rol en houvast in hebt en niet continu wisselt. We denken te zien dat het beleid effect heeft. Ons beleid is nu gericht op twee standaarddingen. Allereerst handen wassen, handen wassen, handen wassen. We hebben al verschillende dingen benoemd waarom dat zo belangrijk is, vooral ook in de fase voordat er hoestklachten zijn. Daarnaast kennen we de reikwijdte van de druppels en daarvan is de 1,5 meter afgeleid. Dat beleid werkt. In sommige landen waar er misschien een andere bevolkingsdichtheid is of waar men niet de mogelijkheid heeft om het in supermarkten goed voor elkaar te krijgen, moet men soms kiezen voor een andere aanpak. Uiteindelijk zal de evaluatie achteraf duidelijk maken wat nou de handigste aanpak is. Maar ik denk wel dat het heel erg contextafhankelijk is: wat in sommige maatschappijen werkt, hoeft niet automatisch hier te werken, en andersom. Wij zien op dit moment domweg dat die 1,5 meter een hele goede wijze is om het te doen. Het tweede is dat mondkapjes – ik wil het maar weer benadrukken – schaars zijn. We hebben al een aantal keren genoemd hoe belangrijk de verpleeghuizen zijn en hoe we onze kwetsbaren willen beschermen. Dat betekent dat wij in Nederland vooralsnog vinden dat we daar de spullen op moeten inzetten en niet moet inzetten op algemeen gebruik in de maatschappij, terwijl we weten dat zo'n mondkapje geen toegevoegde waarde heeft als je op voldoende afstand blijft.

De heer **Baudet** (FvD):

Oké. Maar als die mondkapjes straks niet meer schaars zijn, is dat wel degelijk iets om te overwegen, toch?

De **voorzitter**:

Tot slot, de heer Van Dissel.

De heer **Van Dissel**:

Wij zijn wetenschappers, dus we maken gebruik van alle mogelijkheden om te evalueren wat op dat moment de belangrijkste maatregel is. Tegelijkertijd vinden we het ook belangrijk om consistentie in beleid door

te voeren. We hebben ingezet op handen wassen en afstand houden. We zien het effect en wat dat betreft is er nu geen acute reden om dat te wijzigen. Als we in een situatie zouden komen waarin we een surplus van alles hebben, zullen we uiteraard alles tegen het licht houden om zo snel mogelijk dit virus onder controle te hebben.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de presentatie van de heer Van Dissel en zijn beantwoording op de gestelde vragen. Hartelijk dank. Ik stel voor om de vergadering voor een enkel moment te schorsen, zodat de sprekers van plaats kunnen wisselen en de microfoon nog even gereinigd kan worden. Hartelijk dank.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

**De voorzitter:**

Aan tafel zijn geschoven de heer Gommers, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care, en mevrouw Van Diemen-Steenvoorde, inspecteur-generaal van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Hartelijk welkom. Wij hebben voorafgaand aan deze briefing overlegd en u zou gezamenlijk ongeveer twintig minuten de tijd nodig hebben om een presentatie te doen. Dat betekent dat we dan ruim een halfuur overhebben voor de vragen. Ik zou u willen voorstellen om niet al te veel te drukken op de tijd voor de presentatie, maar ik hoop dat u zich kunt richten op 20 à 25 minuten. Dan is het aan de leden om de vragen echt kort te houden. Vervolg vragen ga ik dan ook niet meer toestaan, zodat we om 12.00 uur kunnen afronden. Ik hoop dus dat we het daarmee vorm kunnen geven.

Mag ik als eerste het woord geven aan de heer Gommers? Ook deze presentatie staat op de website van de Tweede Kamer. Gaat uw gang.

**De heer Gommers:**

Dank u wel. Ik wilde met u de volgende slides doornemen en dan zien we hier weer de data en de curve van de NICE-data. Hier is belangrijk dat de blauwe puntjes de meer ingevulde data weergeven, terwijl de data voor de groene puntjes nog een beetje achterlopen, omdat de intensivist of anderen de data nog compleet moeten maken. Dit is echt gebaseerd op medische patiënten, dus het gaat niet over aantallen, maar echt over de medische inhoud. In de laatste dagen zie je dat die curve echt afvlakt. Dat is eigenlijk pas sinds het weekend zo. Donderdag hadden we nog meer dan 80 mensen die op de intensive care erbij kwamen in heel Nederland. Dat is het netto-effect. Er hebben zich dus meer mensen gemeld, maar door de uitstroom eraf te trekken, kom je uit op meer dan 80. Vrijdag zakte dat al naar 50 en in het weekend ging dat verder naar beneden. Zondag ging het naar 25. Je ziet nu dat het aantal in de loop van de week op maandag nog maar 24 was en gisteren was het zelfs maar 15. We zien dus een ongelofelijk snelle afname van het netto aantal ic-patiënten dat erbij komt.

Hier is nog even het plaatje dat we de vorige keer ook hebben laten zien. De bovenste curve – nu is die rood – is het aantal overleden patiënten. Dat was gisteren 331, maar je ziet ook aan die blauwe curve dat er gisteren ongeveer 111 mensen zijn ontslagen van de intensive care. Je verwacht eigenlijk dat die curves omgedraaid zullen zijn als we dadelijk het overzicht hebben, want je verwacht eigenlijk dat de mortaliteit zo rond de 30% gaat zijn, denk ik. Dat betekent dat 70% het hopelijk gaat overleven. Dit volgende plaatje is wat lastig, maar die wil ik toch met u delen, omdat ik hiermee hoop uit te leggen hoe moeilijk het is om voorspellingen te doen. Hier ziet u CT-scans die gisteren zijn gepresenteerd door mijn collega Heunks van het VUmc. Linksboven staat een CT-scan van longen ter hoogte van de beide bronchiën. Aan de linkerkant zie je de rechterlong,



aan de rechterkant zie je de linkerlong en daartussenin zie je het hart. Je ziet zwart met allemaal witte streepjes en puntjes. Zwart is eigenlijk gewoon longweefsel en het wit dat je ziet, zijn de bloedvaten. Die plaatjes zien er redelijk gezond uit.

Als je dan met de klok mee gaat, zie je eigenlijk dat die plaatjes veranderen en steeds witter worden. U ziet een soort grijsachtige tint. Wij noemen dat «matglasafwijkingen». Als je doorloopt, zie je steeds feller wit in die longgebieden. Daar zit eigenlijk vocht en dat is meestal ontstekingsvocht, maar dat kunnen ook gecollabeerde, oftewel samengevallen, longblaasjes zijn. Als u dan uiteindelijk weer linksmidden op deze dia terugkomt, ziet u eigenlijk dat er nog maar weinig zwart is. Er is dus nog maar weinig longweefsel dat deel kan uitmaken van een goede gasuitwisseling: zuurstof opnemen en koolzuurgas afstaan. Aan de onderkant van dat CT-plaatje zie je de rugzijde en je ziet daar ook in het wit het wervellichaam. Daar zie je eigenlijk totaal geen zwart meer. Er is nog af en toe een gat, maar je ziet eigenlijk vooral totaal gecollabeerde longen. Dat was eigenlijk het beeld dat wij hadden overgekregen uit Wuhan. Dat was het beeld met die ARDS-longen. Daarom moesten deze patiënten ook op hun buik liggen, omdat je dan iets doet aan die zwaartekracht, aan die inflammatie. We zijn nu ruim vier weken verder waarin we geleerd hebben. Dat was ook de discussie van de webinar van gisteren, waar we medische informatie met elkaar uitwisselden: we zijn eigenlijk lerende. Gaandeweg begrijpen we steeds beter het beeld. We zien nu dat er grote variaties in zitten hoe die patiënten zich presenteren met het beeld op onze intensive care. Dat kwam ook een beetje door collega Oudkerk, radioloog in Groningen. Die had nog eens heel kritisch gekeken naar die data vanuit Wuhan. Hem was opgevallen dat de D-dimeren, dat is een afbraakproduct van een stolsel, een van de stollingseiwitten, was toegenomen. Als dat getal hoog was, gingen er meer mensen dood en als dat getal onder de 1 was, had je overlevens. Toen wij nog eens kritisch gingen kijken naar onze patiënten, zagen wij eigenlijk dat een bepaald aantal mensen lang aan de beademing was, maar er waren ook mensen na een dag of vijftien waar eigenlijk weinig mee gebeurde. We stonden af en toe te reanimeren op de intensive care. Na die opmerking van collega Oudkerk dachten we: is er eigenlijk niet iets anders aan de hand? Als je nog eens kritisch naar deze CT's gaat kijken, dan zie je eigenlijk dat er heel veel stollingsproblemen in die vaten zitten van de long. Dan begrijpen we eigenlijk ook het beeld beter dat we in het begin beschreven vanuit Bernhoven, dat patiënten die op de afdeling lagen zich eigenlijk niet benauwd voelden maar een hele snelle ademhaling hadden, dat ze zuurstof nodig hadden, dat ineens die ademfrequentie omhoogging en dat ze dan plots doodgingen. Dat beeld past eigenlijk veel beter bij longembolieën. Dat zie je ook bij zwangeren met embolieën. Bij longembolieën krijg je eigenlijk secundair dit longbeeld.

Waarom deze klinische les? Om te begrijpen dat het heel lastig is met die prognostische modellen waar we met elkaar op varen. We leren steeds beter en dus kunnen we ook nu pas zien welke patiënt in welke groep zit en welke patiënt wanneer de ic gaat verlaten, omdat prognostische modellen uitgaan van het gemiddelde, of van de massa. Dit voorbeeld is het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding. Het is van Gupta, die hebben een prognose gedaan. In de linker tabel, met dat linker rode vakje, deden ze op zaterdag nog een uitspraak dat we iets meer dan 1.900 patiënten zouden hebben op de ic over veertien dagen, terwijl je aan de rechterkant, in het rode, die gisteren is gemaakt, ineens ziet dat die prognose met ruim 250 is gedaald. Dat is best lastig, want dat gaat dan eigenlijk alle kanten op. Hoe moeten we dan met elkaar beleid maken? We zien nu eigenlijk dat het veel harder afneemt dan we met elkaar gedacht hadden op basis van die prognoses.

Dat is ook een beetje wat hier in deze curve staat. Dus omdat er nog zo weinig bekend is, omdat het lastig is en omdat we het ziektebeeld

eigenlijk niet goed in onze vingers hebben, want we hebben er eigenlijk nog nooit mee te maken gehad, is ook het prognosticeren een heel moeilijk iets. Ik ben absoluut opgelucht dat we nu ruim onder die 2.400 zitten, dat de capaciteit in Nederland toereikend is zoals het nu gaat, en vooral zoals het nu afneemt. Maar ik begrijp ook dat het gevaar is, op het moment dat je de maatregelen versoepelt, dat je toch weer in zo'n stippellijn komt in het blauw, en dat je dan weer een toename krijgt. Dat weten we eigenlijk niet.

Dit is het plaatje waar we het de vorige keer lang over gehad hebben. We zitten nu in die gele fase, best wel aan die oranje kant. Daarom hebben we ook gezegd dat dat de maximale capaciteit is. Vorige week, met die toename van 80 tot 100 ic-patiënten per dag, waren we bang dat we in de crisis zouden komen. En nu kunnen we eigenlijk alweer een beetje naar links kijken, naar de groene fase. Hoe komen we weer terug naar die kant? Als je dat dan bekijkt, zaten we gisteren ongeveer op 1.424 COVID-patiënten op de intensive care. Je zou eigenlijk – dat ben ik met collega Van Dissel eens – weer willen zakken naar de 700 COVID-patiënten, zodat we in de groene fase ook weer capaciteit hebben voor de gewone niet-coronazorg.

Dat staat een beetje uitgelegd in dit plaatje, ook van het Landelijk Coördinatiecentrum, waarbij ze zeggen: de eerste fase zat vooral in het voorkomen, nu zitten we eigenlijk in die tweede en die derde fase. We gaan nu hopen dat die maatregelen intact blijven, dat mensen thuisblijven, dat ze 1,5 meter afstand houden, zodat die oranje curve echt naar beneden gaat en dat we vooral die vooruitgeschoven andere zorg weer kunnen oppakken. Ergens kruisen die lijnen. Waar dat precies is, gaan we de komende week zien.

Wat wel belangrijk is, is dat die ic-verpleegkundigen en intensivisten nu natuurlijk nog heel erg zitten in dat opschalen en zorgen voor die coronapatiënten. Die niet-coronazorg moeten we echt oppakken, maar daar ergens tussenin willen we ook graag nog op vakantie en rust om dit alles te verwerken. Maar dat gaat botsen met elkaar en er bestaat natuurlijk ook een groot risico voor burn-out van onze collega's. Dat is wat ik u wilde medelen.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Van Diemen-Steenvoorde voor haar toelichting. Gaat uw gang.

**Mevrouw Van Diemen-Steenvoorde:**

Dank u wel, mevrouw de voorzitter.

Vorige week heb ik u meegenomen in de eerste leerlijnen die we hadden opgedaan in Brabant. De ontregelde samenleving, de effecten op professionals, de effecten op patiënten en hun familie. Het is heel mooi om vast te stellen dat die leerlijnen eigenlijk ook de afgelopen week op allerlei manieren doorgaan. Maar tegelijkertijd wordt vaak gezegd, het is een marathon en niet iedereen heeft getraind voor een marathon. Vandaag wilde ik met u delen wat dat nou betekent voor de effecten op de gezondheidszorg in Nederland.

Gisterochtend werd ik gebeld door een kinderarts die nog wat gebeurtenissen met me wilde delen. Onder andere maakte hij zich grote zorgen over de code zwart en de impact op de ic-zorg voor kinderen. Met dat verhaal dat hij vertelde over ic-zorg, kwam hij ook op zijn andere zorgen uit, en vertelde hij: ja, maar als je nu kijkt wat er op spoedeisende hulpen gebeurt, of in de huisartsenposten, waar veel coronapatiënten komen, zie je dat het hoofd vol is van corona. Dat maakt het heel ingewikkeld als je vermoeid bent, in een andere teamsamenstelling werkt, om nog echt juist die patiënten eruit te halen die andere zorg nodig hebben, die andere symptomen en klachten hebben.

Hij vertelde het volgende verhaal. Een jonge vrouw van 17 jaar bezoekt de dokter met klachten van kortademigheid en kortdurende koorts. Tot twee keer toe wordt de diagnose corona gesteld, op basis van de kliniek. Ze wordt naar huis gestuurd en er wordt gezegd: bel regelmatig nog even terug. De ouders blijven bellen, maar ja, het is corona, dus je hoeft niet terug te gaan naar de praktijk. Uiteindelijk wordt ze een week later met spoed op de intensive care opgenomen. Kunnen we de marathon aan? Dat was de vraag van deze kinderarts.

Het doet iets met mensen als je in deze zorg op die manier moet werken. Ik denk dat we steeds moeten zien dat dat de effecten zijn van elke dag van COVID-zorg en non-COVID-zorg.

Collega Gommers vertelde het verhaal over de diversiteit van het ziektebeeld. Maar ook is er de diversiteit over het land. Hoe het verspreid is, dat Groningen en Friesland er nog nauwelijks last van hebben, terwijl andere gebieden eigenlijk overvol zijn en veel meer onregelingen kennen. Daarmee zie je die zorg voor medewerkers, de zorg die breed onder druk staat, de druk op de ic-zorg, maar ook die bezinningen die steeds meer plaatsvinden over wat menslievend is, of we het goede doen, ook het goede als die marathon nog een vervolg krijgt.

Dat zijn de vraagstukken waar ik de afgelopen week vanuit de inspectie veel mee bezig ben geweest. Over die diversiteit kan ik niet genoeg benadrukken dat in de aandacht die we nu voor de verpleeghuizen hebben maar ook voor de zorg thuis, ontzettend veel energie moet gaan zitten de komende tijd. Want een deel is ic-zorg, maar een heel belangrijk deel van de mensen die ziek worden, hebben zorg thuis. Daarbij hebben we geleerd van Brabant, juist om te zorgen dat mensen nu in coronazorgcentra of op een andere manier zorg krijgen. Dat effect is in Brabant enorm. Je ziet dat nu ook in andere regio's opgebouwd worden. Dat is een ongelooflijk waardevol effect. Ook revalidatiecentra worden nu ingericht om juist de nazorg, ook voor mensen die van een ic af komen weer te kunnen geven. We leren dus en we passen dat continu aan. Van die druk op de ic's werd net even gezegd dat je weer terug zou willen naar die groene fase, maar de afgelopen weken hebben we continu met elkaar gesproken over code zwart en de neiging: «O, mijn God, als we over die 2.400 heen gaan, wat is dan het effect op aanvaardbare kwaliteit van zorg?» We hebben vorige week met elkaar gedeeld dat daarover nagedacht moest worden. De medisch specialisten waren daar ook al vol mee bezig, want je kunt op een gegeven moment niet meer doorgaan met opschalen terwijl je de kwaliteit niet meer kunt waarborgen. Dat was het verhaal van code zwart. Alle specialisten die verenigd zijn in de Federatie Medisch Specialisten hebben samen met de KNMG zo'n draaiboek gemaakt. Veel waardering voor de wijze waarop ze dat hebben gedaan. Het is een inzet om te praten over dat waarover je eigenlijk nooit wou praten, waarin je eigenlijk je medische opbouw, waarin je vanuit richtlijnen werkt, niet meer kan gebruiken en je op ethische normen een besluit moet gaan nemen. Daar is die dokter in die fase niet van. Daarom hebben anderen meegedacht om te weten: waar zou het dan over gaan? Dat draaiboek is bij de inspectie aangeleverd en wij hebben vervolgens aan de KNMG gevraagd om dit breed te gaan bespreken met patiëntengroepen, met ouderenbonden, met bestuurders, met verpleegkundigen. Juist hier speelt de vraag hoe anderen ernaar kijken, maar ook wat het maatschappelijk draagvlak voor een dergelijk verhaal is. Een belangrijk iets, want we proberen daar echt van weg te blijven. Ik lees in de kranten: je wilt het eigenlijk in de la leggen. En toch moet je ook hierover spreken. Bezinning op goede zorg; ik hoor het vanmorgen bij herhaling ook in uw vragen. Het goede doen; doen we dat in de verpleeghuizen? Ik zie dat de palliatieve zorg en de aandacht daarvoor de afgelopen week door de specialisten is aangepakt om te kijken hoe ze het onder deze omstandigheden goed kunnen doen. Je ziet dat men de vraag bij de inspectie neerlegt: kunnen we het ook anders organiseren? Wij steunen dat van

harte, want juist nu, in deze fase waarin mensen overlijden aan de coronavirusinfecties, is het van belang dat je in de thuissituatie de goede palliatieve zorg kan bieden. We zien het bij de verhalen over de verzorgenden in de verpleeghuizen en het hoge ziekteverzuim, dat zeker ook in Brabant op dit moment plaatsvindt. Het is zeer, zeer intensief als uiteindelijk familie niet meer langs mag komen. Er zijn prachtige voorbeelden, die we ook in de media zien, van hoe men dat probeert uiteindelijk bij elkaar te brengen. Maar het is wat het is: op dit moment heb je in de verpleeghuizen ook veel droefenis, omdat je je naasten niet naast je hebt. Dat zijn de signalen die wij ook veel krijgen bij de inspectie, van familie, van patiënten, van verzorgenden. Verzorgenden zijn ook angstig. Dat kwam vanmorgen bij het verhaal van Jaap van Dissel naar voren, dat die vraag «doe ik het goede en kan ik anderen besmetten?» nog steeds een heel belangrijk element is. Het feit dat er nu uitbraken zijn maakt verzorgenden enorm onzeker. Vragen als «hoe kan ik dan wel de juiste bescherming doen?» of «ben ik de bron van besmetting?» maken mensen angstig en onzeker. Er is de afgelopen week veel inzet geweest, ook om mensen psychologisch te begeleiden in deze trajecten. Dat heeft een grote meerwaarde. Ik zie dat dat zich ook landelijk gaat verspreiden. Ook die informatie komt steeds meer bij ons.

Maar dan de vraag hoe je ervoor zorgt dat mensen nog steeds de vragen stellen die ze zouden moeten stellen als het niet gaat om COVID-zorg, maar om andere zorg. Dat is ook wat ik terug hoor van de huisartsen: dat patiënten wegblijven. Ondanks de aandacht van de afgelopen week waarbij er werd gezegd «kom toch vooral, we hebben de ruimte om u te zien, ook als u andere vragen heeft», zie je dat ook patiënten angstig en onzeker zijn of denken dat de huisarts heel druk is. We hebben met elkaar vastgesteld dat we er extra aandacht aan moeten besteden om dat voor elkaar te krijgen.

Vorige week werd gesproken over de uitgestelde zorg en wat er nu allemaal blijft liggen. Er komen veel signalen tot ons over die uitgestelde zorg en de effecten die dat nu, maar ook naar de toekomst toe, gaat hebben. We zien dat er vragen belegd zijn bij de NZa en ook bij ons om te zien hoe we hier uit kunnen komen, maar het zal gaan schuren. Het zal gaan schuren om deze zorg, de niet-COVID-zorg, nu goed op te bouwen, samen met de COVID-zorg, waarbij patiënten het gevoel hebben dat ze echt kunnen komen. De afgelopen week is hier echt veel aandacht voor geweest. Er kwamen veel signalen bij ons. Ik vind het een hoog risico als we dat niet meer recht kunnen breien.

En dan die andere zorg: de bezinning op wat goede zorg is vanuit het jeugdperspectief. De jeugdhulpverleners, de kwetsbare gezinnen; ook daar signalen die steeds duidelijker zijn. Als kwetsbare gezinnen meerdere weken op elkaars lip zitten, als mensen geen begeleiding krijgen of alleen via de telefoon, dan gaan we crisissen krijgen. Die zorgen zijn er. Je ziet die effecten nu steeds meer naar voren komen. Kunnen we die marathon aan voor de jeugd? De mensen met een verstandelijke beperking: de effecten van de uitval van dagbesteding, de dagelijkse structuren die uitvallen. De terugval van mensen met bijvoorbeeld autisme die weer tot automutilatie overgaan. Bezoekregelingen die zeer intensief zijn en onbegrip geven. Iedereen is aan het werk om dat weer met elkaar in een volgende fase te brengen, maar het is er en het is zeer intens voor ieder die het betreft.

Eigenlijk gaan de signalen die de inspectie krijgt op dit moment daarover. De gesprekken die wij voeren zijn om elke keer weer te kijken of we het toch weer in een nieuw evenwicht kunnen brengen. Kunnen we die balans herstellen? En wat zijn de effecten? Daar moeten we heel erg mee bezig zijn. Wat zijn uiteindelijk de effecten op de langere termijn van onze maatregelen op ieder individu in Nederland, voor de kwetsbaren, maar ook voor ieder ander?

Ik denk dat dat de ontwikkelingen van de afgelopen periode zijn. En ja, er lijkt even lucht te zijn bij de ic-zorg, maar het is slechts een klein, heel klein stukje van het totale verhaal dat zich op dit moment in deze samenleving afspeelt, wat het doet met mensen, wat het doet met zorgverleners, wat het doet met de patiënten en wat het uiteindelijk doet met ons als Nederland.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Dan ga ik de vragen inventariseren. Voor de mensen die na de schorsing iets later binnenkwamen, zeg ik dat ik u in de gelegenheid stel om één concrete vraag te stellen. Omwille van de tijd is er helaas geen gelegenheid voor een vervolgvraag. Dan mag ik mevrouw Agema namens de PVV als eerste de gelegenheid geven.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Dank u wel, voorzitter. Ik dank de heer Gommers en mevrouw Van Diemen-Steenvoorde voor hun presentaties. Ik hoorde de heer Gommers zeggen dat ongeveer 70% van de coronapatiënten op de ic overleeft. Ik ben natuurlijk geen intensivist. Meneer Gommers is dat wel. Ik wilde hem vragen of hij ons een beeld kan schetsen, vergeleken met de normale situatie op de ic, of dit nou een hoog of een laag overlevingspercentage is. Dus: vergeleken met hoe het er een halfjaar geleden aan toe ging op de ic. Daaraan gekoppeld heb ik de vraag of er op dit moment geëxperimenteerd wordt met behandelingen, met medicijnen. Zijn er op dit moment behandelingen gaande om het overlevingspercentage omhoog te krijgen?

**De heer Gommers:**

Wat wij eerder begrepen hebben uit de data van Wuhan is dat 49% overleed en dus 51% overleeft. Wij denken dat dat bij ons wat lager is. Dat komt ook door wat we al eerder besproken hebben: dat onze ouderenpopulatie vaak niet op de intensive care komt in Nederland. Of het echt zo is, weten we eigenlijk nog niet, want je ziet het niet in de grafieken van de NICE-data, maar ik denk dat die achterlopen. Als ik kijk naar het Erasmus, hebben wij tot nu 92 patiënten gehad of patiënten die er nog liggen. Daarvan zijn er 9 overleden en 21 ontslagen. Dat is eigenlijk het beeld waarvan ik denk het ook bij andere ziekenhuizen te horen. Hoe is dat nou bij andere? Bij dit ziektebeeld zie je eigenlijk vaak een hogere mortaliteit, toch wel tussen de 30% en 40%. Of wij daar precies tussen zitten of daaronder, dat zullen we moeten zien. Dat weten we eigenlijk niet. Een gewone mortaliteit van de hele intensive care ligt op de 19%, 17%, maar dat komt doordat er heel veel postoperatieve patiënten zijn met een lage mortaliteit.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Diertens, D66.

**Mevrouw Diertens (D66):**

Dank u wel, ook voor de presentaties. Het was inderdaad een hele spannende week; dat vond ik zelf ook. Vervolgens was er wat verwarring over het volgende. De NVIC is vrijdag gekomen met richtlijnen voor als er een tekort is aan ic-bedden. De KNMG en de FMS zijn ook bezig met richtlijnen. Die komen nog. Waarom zijn deze niet allebei tegelijk naar buiten gebracht? En op welke manier vindt er eigenlijk afstemming plaats tussen de verschillende organisaties die hierover gaan?

**De voorzitter:**

U stelt de vraag aan de heer Gommers. Gaat uw gang.

De heer **Gommers**:

Een hele goede vraag, omdat wij die crisisfase, de oranje fase in de grafiek, bij nader inzien in drie blokken hebben verdeeld. Blok 1 is wat wij al eerder in het pandemieprotocol van 16 maart beschreven hadden. Daarin hadden we een tabel beschreven, samen met de internisten en geriateren, waar je op zou kunnen triëren. En dan ga je nog eens kritisch kijken of de patiënten die al op je intensive care liggen in de exclusiecriteria vallen.

In blok 2, de volgende fase, ga je nog kritischer kijken op medische gronden. Dus: kun je op medische gronden toch nog, als dat het geval zou moeten zijn, triëren? Dat was dat addendum wat geschreven is. Daar stonden ook dingen in als die 70 jaar. In overleg met anderen, zoals weer de NIV, de internisten, en de geriateren en na signalen uit de samenleving hebben we toch gezegd: kunnen we dat toch niet anders omschrijven en kunnen we niet duidelijker maken op welke medische gronden je nog strenger zou kunnen triëren als dat noodzakelijk zou zijn?

De derde fase noemen wij eigenlijk pas echt code zwart. Die gaat in als er geen medische mogelijkheden meer zijn om nog een keuze te maken. Dat document ligt bij de KNMG. Bij al die gesprekken is de NVIC betrokken, maar omdat die laatste fase zich vooral op ethische en niet meer op medische gronden voltrekt, zijn we wel betrokken bij de discussies, maar ligt dat document nu bij de KNMG, die dat samen met de federatie en de IGJ heeft opgepakt.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Krol, 50PLUS.

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

Dank voor de informatie. Mijn achterban maakt zich vooral zorgen over wat er gaat gebeuren als men wordt opgenomen op de ic. Heeft men dan als het erop aankomt nog wel de mogelijkheid om afscheid te nemen van dierbaren?

De **voorzitter**:

De heer Gommers.

De heer **Gommers**:

We hebben heel veel moeite gedaan om dat virus te bedwingen en omdat het crisis was en het aantal alleen maar aan het stijgen was, hebben wij voor ons eigenlijk hele strenge regels afgesproken over het bezoek van de intensive care. Wel is het zo dat er andere regels gelden, mocht je dierbare helaas komen te overlijden. Dan mag je daarbij zijn, vaak met meer dan één. Ik kan me ook voorstellen dat als er nu wat meer lucht komt, we weer eens kritisch gaan kijken naar deze regels. Want het is ondoenlijk en onmenselijk bijna hoe streng wij moeten zijn. Niet alleen de dierbaren hebben daar last van, maar je merkt dat ook aan de verpleegkundigen en de artsen. Dat heeft dus onze aandacht en ik hoop dat we de komende week die regels weer kunnen versoepelen zoals we gewend waren. Maar wat we gewend waren, is nog ver weg, namelijk dat iedereen de hele dag op de intensive care bij zijn dierbaren mocht zijn. Dat kan ook nog niet, maar we zoeken wel naar kleine stapjes om daarnaartoe te werken.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Veldman van de VVD-fractie.

De heer **Veldman** (VVD):

Dank aan de heer Gommers en mevrouw Van Diemen. De cijfers van de afgelopen dagen bejnkend, mogen we heel voorzichtig wat positief zijn over dat we dat zwarte scenario niet bereiken. Zoals mevrouw Van Diemen terecht aangeeft, bereiden we ons daar wel op voor. Er wordt nu



gewerkt aan een ethische richtlijn waarin afwegingen zullen staan die uiteraard discutabel zullen zijn, omdat het afwegingen zijn die we eigenlijk niet willen maken en die we onder normale omstandigheden ook nooit zullen maken. Ik heb daar een vraag over aan mevrouw Van Diemen. Op basis waarvan gaat de inspectie nou straks zeggen, met de brede uitvraag die er nu is, dat dit een voldragen richtlijn is, ondanks de discutabele afwegingen die erin staan? Hoe voorkomen we dat zorgverleners alsnog met tuchtrecht te maken krijgen of met andersoortige juridische procedures? Biedt bijvoorbeeld de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst voldoende waarborgen om ervoor te zorgen dat onze zorgverleners, met de moeilijke keuzes die ze moeten maken, gevrijwaard zijn van allerlei juridische rimram?

**De voorzitter:**

Mevrouw Van Diemen.

**Mevrouw Van Diemen-Steenvoorde:**

De richtlijn zal zo duidelijk moeten zijn dat deze inderdaad die veiligheid biedt, want het is echt een steun in de rug. Maar hij moet ook helderheid aan de samenleving bieden, want dat is ook waar deze richtlijn voor moet zijn. Je kunt dit niet door professionals alleen laten bepalen. Je zult toch ook breed moeten laten zien wat nou de wegingen zijn die je ethisch zou kunnen maken. Dus ja, we zullen heel goed moeten beoordelen of we daarmee ook echt een steun in de rug zijn, maar ook of er helderheid is over de inhoud van deze richtlijn. Heeft de richtlijn daarmee voldoende diepgang om alle wegingen goed te maken? Dat is de vraag die we onszelf straks moeten stellen, want we hebben het op deze manier natuurlijk ook nooit eerder meegemaakt. Daarom heb ik, bij de ongelukkig goede inzet van de medisch specialisten, toen dat draaiboek klaar was, gezegd: ja, dat is goed, maar dit zal veel breder gedeeld moeten worden, namelijk met verpleegkundigen, maar ook met ouderenorganisaties, met besturen. Want dit is iets van ons allemaal, als je zo'n fase ingaat. Maar de scherpte zal moeten zijn dat we met elkaar kunnen vaststellen dat het een gedragen verhaal is. Daarom moet er ook openheid over zijn. Daarnaast moeten we met elkaar kunnen vaststellen wat de wijze is waarop je uiteindelijk kan toetsen of we deze uitgangspunten op de goede manier in de praktijk kunnen brengen. Dat toetsen is voor een inspectie heel belangrijk om te kunnen vaststellen dat je op deze manier ook naar zorgverleners kan blijven kijken. Dat kan met de huidige wetgeving gewoon zo worden uitgevoerd.

**De voorzitter:**

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

**Mevrouw Ouwehand (PvdD):**

Ik dank u beiden weer voor uw belangrijke presentatie. Ik heb een vraag aan mevrouw Van Diemen. Terecht benoemt u dat er heel veel geworstel is over de vraag wat nu het goede doen is en wat menslievend is. De heer Gommers sprak er al over: misschien kunnen we hopelijk kijken naar het iets versoepelen van de strenge regels op de ic. Is er op dat vlak ook lucht in de verpleeghuizen? We zien nu namelijk dat mensen soms de keuze maken: nou, dan laat ik mij gewoon samen met mijn vrouw in het verpleeghuis opsluiten in die kamer, dan kan ik in elk geval bij haar zijn. Zijn er ook andere vormen waarbij mensen dus zelf deze keuze kunnen maken om wel bij hun dierbare te zijn? Of is daar nog geen ruimte voor op dit moment?

**De voorzitter:**

Mevrouw Van Diemen.

**Mevrouw Van Diemen-Steenvoorde:**

Ik zie dat die ruimte ook wel genomen wordt. Ik zie bestuurders en professionals met elkaar in gesprek gaan om te kijken: wat kan ik nou op dit moment voor deze mensen betekenen? In het begin waren we natuurlijk heel strak, want er kwam iets aan. Landelijk zeggen we dan met elkaar: dit is zoals het gaat. Nu zie je dat professionals echt nadenken over de vraag hoe zij dan toch een stukje menslievende zorg kunnen bieden. Daar zijn creatieve oplossingen voor, maar er is ook ruimte om mensen bij elkaar te laten zijn. Met name ook in Brabant – ik bel met de mensen daar, want bezoeken doen we niet – zie ik hoeveel creativiteit er is om die menslievende zorg dan toch te realiseren, terwijl de familie er nauwelijks bij kan zijn. Maar de druk is hoog; dat valt mij ook op in de gesprekken. Het gevoel van eenzaamheid en het effect daarvan op deze ouderen is enorm. Dat geldt ook voor de zorg thuis; laten we vooral niet alleen over het verpleeghuis praten.

**De voorzitter:**

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

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

Dank voor de beide presentaties. Mijn vraag gaat over de sheet die we hier nog in beeld zien. De druk op het personeel in de zorg is enorm. Mijn vraag is: hoe houden ze het vol? Ik denk dat ik die vraag aan de heer Gommers wil stellen. Hoe is de psychische, sociale en geestelijke ondersteuning voor het personeel in het ziekenhuis en buiten het ziekenhuis nu georganiseerd? Wat is daar nog voor nodig?

**De voorzitter:**

De heer Gommers.

**De heer Gommers:**

Zoals ik de vorige keer zei, kregen we dat soort berichten al uit Brabant. Je ziet dat veel ziekenhuizen dat hebben opgepakt. Er is dus veel psychologische hulp, veel feedback, veel coaching. Die mensen hebben nu ook tijd, omdat de gewone zorg eigenlijk een beetje is stilgevallen. Wij zien nu dat het heel erg positief wordt ervaren als mensen aan het eind van de dag bij elkaar gaan zitten en met elkaar het gesprek aangaan: wat heb je meegemaakt en wat maakte veel indruk? Daar hebben we dan ook hulp van die psycholoog bij nodig. Mensen kunnen ook een burn-out krijgen. Hoe gaan we er volgend jaar mee om en hoe hebben we dit dan allemaal een plekje gegeven? Dat vind ik nog best spannend. We weten wel dat alle professionals daarover meedenken en ons daarbij helpen, maar hoe dat precies invulling gaat krijgen, zullen we moeten afwachten.

**De voorzitter:**

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

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

En buiten het ziekenhuis? Dit geldt ook voor de verpleeghuizen?

**Mevrouw Van Diemen-Steenvoorde:**

Ik zie dat die ontwikkeling in Brabant is ingezet, dus de begeleiding van mensen van de teams. Juist in de afgelopen weken, waarin het bezoekverbod er ook is, zie ik dat teams psychologen hebben om die gesprekken te voeren met elkaar. Dat is zeker nog niet overal in het land zo, dus laten we vooral het leereffect van Brabant ook hierin versterken. Want we krijgen ook signalen dat die zorgen veel te groot zijn voor de zorgverleners in de ouderenzorg.

**De voorzitter:**

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

De heer **Asscher** (PvdA):

Voorzitter, dank u wel. Dank voor de informatie en de ongekende prestaties die breed in de zorg geleverd worden. Mijn vraag is de volgende. Er is nu duidelijk centrale coördinatie in de ziekenhuizen en in de ic-zorg. Is het niet ook nodig om een centraal coördinatiepunt te hebben voor de zorg buiten de ziekenhuizen? Denk aan de bescherming van patiënten, hoe medewerkers moeten opereren, het verdelen van beschermingsmiddelen en het voorkomen van besmettingen, ook naar aanleiding van de ontwikkeling van de verpleeghuizen. Wij zien toch heel veel verschillen en heel veel onzekerheid bij medewerkers. Wordt het niet tijd om dat ook te doen in deze fase van de crisis?

Mevrouw **Van Diemen-Steenvoorde**:

Ik denk dat u een heel goed punt heeft. De afgelopen weken is er ontzettend veel ontwikkeld: er zijn landelijke coördinatiecentra en iedereen is bezig om de goede beschermingsmiddelen binnen te krijgen. Maar vervolgens is de vraag: hoe kunnen zorgverleners begrijpen op welke wijze de dingen bijdragen aan het vertrouwen dat ze anderen niet besmetten of zelf niet besmet worden? Ik zie dat daar enorm veel vragen over zijn. We hebben dus echt iets te doen. We moeten mensen met name informeren over hoe ze ermee om moeten gaan, we moeten ze leren om te gaan met de effecten van dit virus. Volgens mij zit het vooral daar. Dan over de zorg in de ouderenzorg moet je het met elkaar doen in een regio, met al die zorginstellingen bij elkaar, waaronder de zorg thuis. Maar wat je wel landelijk in regie kan nemen, is ervoor zorgen dat we met elkaar de juiste informatie delen. Als er zo veel onzekerheid is – wij krijgen dagelijks vragen binnen van zorgverleners over hoe het nou zit met die bescherming en of ze nou wel het goede doen als wijkverpleegkundige – moeten we daar echt iets aan doen. Dat is op dit moment onvoldoende helder.

**De voorzitter:**

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

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

Voorzitter. Mijn vraag is eigenlijk een vervolgvraag op het punt van de druk op het zorgpersoneel. Je krijgt namelijk het gevoel dat ze alles geven voor een sprint, terwijl ze uiteindelijk een marathon moeten doen. Kan mevrouw Van Diemen misschien zeggen hoe je nu die draagkracht bepaalt? Wat zijn nou hele concrete normen waar je voor de langere termijn wel echt rekening mee moet houden voor de inzetbaarheid van zorgpersoneel?

Mevrouw **Van Diemen-Steenvoorde**:

Niets is moeilijker dan het beantwoorden van die vraag. U heeft zelf de ervaring hoe fantastisch het werkt als u vol adrenaline zit. Tot het moment dat de adrenaline opeens omlaaggaat en je uitvalt. Dat is het risico dat we lopen. Als inspectie voeren wij die gesprekken. We bellen naar alle verpleeghuizen, want er is heel veel aandacht voor de zorg buiten het ziekenhuis. Dan vragen we op welke manier de roosters zijn ingericht, op welke manier er psychologische begeleiding is voor de teams, hoe hoog het ziekteverzuim is, wat daar de effecten van zijn en op welke manier geprobeerd wordt de roosters zo in te richten dat mensen echt even een aantal dagen volledig afstand hebben in plaats van 's morgens vier uur moeten werken en 's avonds nog even twee uur moeten terugkomen, wat in het verleden nog weleens zo ging. Dus wij proberen al die randvoor-

waarden waarvan je weet dat ze impact hebben op het uithoudingsvermogen van mensen, goed bespreekbaar te maken. We praten weinig over bestuurders, maar ik merk hoe ongelofelijk betrokken de bestuurders zijn bij dit verhaal. Denk aan gesprekken met bestuurders over hoe zij omgaan met de zorgverleners en welke gesprekken zij hebben met bewoners van verpleeghuizen of mensen die zorg thuis ontvangen. Dat zijn de dingen waar wij veel aandacht voor hebben. Tegelijkertijd is overal waar ik kom mijn oproep: let op dat we straks, als we toch iets meer evenwicht hebben of denken «o, de ic-zorg valt nu allemaal wel mee», niet alle druk erop gaan zetten omdat we binnen drie maanden alles weer normaal willen hebben, want dan gaat het ten koste van de zorgverleners.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Hijink, SP.

**De heer Hijink (SP):**

Dank u wel, voorzitter. Ook ik zou graag een vraag willen stellen aan mevrouw Van Diemen, over de grote zorgen die er zijn over de persoonlijke beschermingsmiddelen. Zijn er in de afgelopen weken calamiteiten gemeld in de verschillende sectoren in de zorg als het gaat om mensen die ziek werden of zelfs overleden zijn doordat er gewerkt moest worden met te weinig beschermingsmiddelen? Kunt u toelichten wat het beleid daarop is? Er gaan oproepen rond als: verleen geen zorg meer als je niet zeker weet of je goed beschermd bent, voor jezelf maar ook voor de mensen voor wie je moet zorgen. Hoe wordt daar door de inspectie toezicht op gehouden? Zijn er mogelijkheden om werkgevers aan te spreken als bijvoorbeeld de distributie niet goed op orde is of als in regio's de verdeling niet goed gedaan wordt? Hoe gaat de inspectie om met die tekorten? En hoe zorgen we ervoor dat al onze zorgverleners veilig hun werk kunnen doen?

**Mevrouw Van Diemen-Steenvoorde:**

Dat is het absolute uitgangspunt. Het is op dit moment zeker niet overal zo in die situatie dat zorgverleners ten minste dat gevoel hebben. U heeft vanmorgen het college van de heer Van Dissel gehad. Dan zie je welke factoren allemaal een impact hebben en of je het in bepaalde beschermingsniveaus wel moet doen of juist niet. Maar de onzekerheid van zorgverleners is vele malen groter dan dat wat je in de ratio op dit moment over dat virus vertelt. Daarmee zijn mensen onzeker en daarmee kunnen ze risico's lopen op besmetting. In de scherpte over deze beschermingsmaatregelen vragen we om duidelijk te maken wat we geleerd hebben en op welke manier je het kan toepassen. Wij bellen dus veel en krijgen die signalen veel bij ons meldpunt. Als we die krijgen over instellingen, bellen we die instellingen om precies te weten wat er aan de hand is, wat er speelt. Dan kan je soms zeggen: uitleggen. Maar je kan ook, als er tekorten zijn, zeggen: er moet scherp gekeken worden naar hoe u kunt zorgen dat ook u uw hulpmiddelen hebt. Op zich zijn we nu in een fase gekomen dat die hulpmiddelen geleidelijk aan overal aanwezig moeten zijn. Maar ik vind het een hele moeilijke vraag, want ik verwacht zeker dat er situaties zijn waarin die veiligheid niet overal gewaarborgd is.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De heer Azarkan, DENK.

**De heer Azarkan (DENK):**

Dank, voorzitter. Wederom dank aan de heer Gommers en mevrouw Van Diemen-Steenvoorde. Ik vind het mooi om vast te stellen dat artsen en wetenschappers heel goed samenwerken om met elkaar tot inzichten te komen. Ik merk dat steeds meer informatie ertoe leidt dat er betere zorg

verleend wordt. Ik zie aan de grafiek op pagina 8 dat er hoe dan ook in de zorg misschien niet één maar twee marathons moeten worden gelopen. We zien aan de ene kant de COVID-19-epidemie en daarna komt nog de uitgestelde zorg. Kan de heer Gommers aangeven of op dit moment alles er is wat hij nodig heeft en wat de mensen op de intensive care met name nodig hebben, om te zorgen dat ze deze twee marathons kunnen uitlopen?

**De heer Gommers:**

Ja, op dit moment kunnen wij die zorg leveren. Wij hebben heel duidelijk aan onze leden aangeleverd: zorg dat je voldoende capaciteit hebt voor je COVID-patiënt, maar zorg ook dat je die voor de non-COVID-patiënt hebt. In mijn eigen ziekenhuis hebben we nu 102 ic-bedden open, waarvan we er 34 voor de non-COVID hebben ingericht. Dat is een belangrijk iets. Maar je ziet wel dat we heel veel hebben afgeschaald. We hebben nu twaalf operatiekamers in het Erasmus draaien. Normaal zijn dat er 24. Je schuift dus dingen naar voren. Dat zie je eigenlijk in die blauwe curve. Dat hebben we wel van ons afgeschoven, maar je moet dat weer gaan oppakken. Maar je kan dat pas weer oppakken als je zodanig afgeschaald bent dat de ic-zorg weer binnen de muren van de intensive care geregeld kan worden. De ic-zorg buiten de ic gebeurt nu op uitslaapkamers en operatiekamers, maar die heb je dadelijk nodig om voor die zorg van die blauwe lijn te zorgen. Dus je moet, denk ik, echt wel 50% gezakt zijn – nu is dat van 1.400 naar 700 – voordat je het weer binnen de muren van de intensive care kan doen. Dan kan je die operatiekamers weer beschikbaar stellen.

Naast operatieve ingrepen is er ook gewoon niet-chirurgische zorg. Dat is ook wat collega Van Diemen zei: we moeten de mensen ook wel weer uitdagen met de boodschap dat het veilig is om naar de ziekenhuizen te komen. Het beleid en de uitstraling waar we met elkaar voor gezorgd hebben, zijn goed, maar volgens mij zitten er daardoor wel mensen met klachten thuis en bagatelliseren ze hun klachten, omdat ze bang zijn om naar het ziekenhuis te gaan. Dat zijn misschien hartinfarctklachten of uitgestelde klachten waarvan je denkt: ik zou hier eigenlijk mee naar de huisarts willen en daarna misschien wel naar een specialist. Dat stellen we allemaal uit. Dat is niet goed en dat moeten we wel weer gaan oppakken.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg, CDA.

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

Dank u wel, voorzitter. Ook onze dank aan meneer Gommers en mevrouw Van Diemen voor de indrukwekkende informatie, maar ook voor de indrukwekkende verhalen over onder andere de gehandicapteninstellingen. Ik wil graag nog even doorgaan op de persoonlijke beschermingsmiddelen. Er is al weken een afwegingskader van het Outbreak Management Team over het gebruik van die middelen. In de brief die wij vannacht hebben gekregen, staat dat daar nog steeds discussie over is en dat er voor volgende week een advies is gevraagd. Mevrouw Van Diemen geeft aan dat niet alles landelijk moet. Het ROAZ zou een heel belangrijke functie moeten hebben bij de verdeling van de beschermingsmiddelen, maar ik krijg van alle kanten, van gehandicapteninstellingen, van verpleeghuizen, toch door dat men er niet tussen komt. Dus als je in de acute zorgketen zit, kom je er wel bij, maar je komt er gewoon niet tussen. Heeft de inspectie voldoende middelen om daarop in te grijpen?

**Mevrouw Van Diemen-Steenvoorde:**

Ik herken dat beeld. De afgelopen periode is daar natuurlijk heel veel over gesproken, ook met beleid en de wijze waarop dit aangepakt moet worden. Dat betekent dus dat er nu inderdaad een nieuw beleid is over

hoe je een verdeelsleutel zou moeten maken, wat ook landelijk wordt afgestemd. Maar het kost ook weer even tijd om dat te realiseren. Die afstemming maakt dat in zo'n ROAZ-verband de acute zorg en de ziekenhuiszorg, die aanvankelijk natuurlijk echt prioriteit hadden, alle aandacht krijgen, waardoor die wegingen er niet waren voor de zorg thuis, de zorg in het verpleeghuis of de gehandicaptenzorg. Nu is er een nieuw wegingskader dat daarin een nieuw evenwicht moet brengen, maar dat betekent nog wel iets om dat ook te realiseren. Dan zijn we alweer bij volgende week. Wij zullen die druk dus enorm opvoeren om duidelijkheid te geven en daarmee scherpste voor het gevoel van veiligheid, maar ook voor de reële veiligheid van alle zorgmedewerkers.

**De voorzitter:**

Dank u wel.

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

Ik had ook gevraagd of mevrouw Van Diemen voldoende kan ingrijpen als ze dat nodig heeft.

**De voorzitter:**

Dan kijken we voor die vraag nog even in de richting van mevrouw Van Diemen. Die vraag was inderdaad gesteld.

Mevrouw **Van Diemen-Steenvoorde:**

Ja, we kunnen ingrijpen. Er zijn voldoende mogelijkheden.

**De voorzitter:**

Helder. Dank u wel. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Ellemeet namens de fractie van GroenLinks. Gaat uw gang.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank. Ik sluit me aan bij alle vragen die gesteld zijn over beschermingsmateriaal. Ik vrees dat het meer is dan een gevoel, maar dat het een daadwerkelijk dilemma is. Niet het materiaal hebben, maar wel je ofwel moreel verplicht of je door je werkgever verplicht voelen om toch te gaan werken. Dus het is denk ik een reëel probleem, wat verder gaat dan een gevoel. Mijn vraag gaat over de verpleegkundigen. Als we het hebben over de druk die deze beroepsgroep ervaart, dan helpt het niet dat zij als het gaat over de besluitvorming, bijvoorbeeld in crisisteams in ziekenhuizen, maar ook in verpleeghuizen, lang niet altijd even serieus genomen worden als artsen. Ik krijg deze signalen van verschillende kanten. Als wij deze mensen overeind willen houden, dan begint het ermee om ze echt serieus te nemen en ze mee te nemen in de besluitvorming rond alles wat met deze crisis te maken heeft. Dit is een vraag aan mevrouw Van Diemen maar eigenlijk ook een hartenkreet: neem dit mee, zorg dat die beroepsgroep de positie krijgt die ze verdient.

**De voorzitter:**

Mevrouw Van Diemen.

Mevrouw **Van Diemen-Steenvoorde:**

Ja, helaas zeer herkenbaar. Dit is wel een beetje ons verhaal van de gezondheidszorg in Nederland, waarin we heel vaak over artsen praten maar veel minder over verpleegkundigen. Niet in de teams, want als ik naar jou kijk, dan heb je het zeker altijd ook over de verpleegkundigen. Maar als het gaat over inbreng en sturing – dat heeft u ook – dan praat u over artsen en niet zo sterk over de verpleegkundigen. Dus dat is iets wat in onze cultuur zit. Nu hebben we een heel andere situatie en zie je dus ook dat die verpleegkundigen een ongelofelijk belangrijke rol spelen. Wat wij kunnen doen, en u geeft een goed punt aan, is dat wij er extra



aandacht voor hebben bij de instellingen op welke manier de verpleegkundige, de verzorgende, betrokken is bij het realiseren van de plannen. Dat doen we eigenlijk normaal gesproken ook. Maar daar gaan we nog eens even extra naar vragen.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Dan geef ik het woord aan de heer Van Haga. Gaat uw gang, als mevrouw Van Diemen haar microfoon uit wil zetten.

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

Dank u wel. Ik heb een vraag aan mevrouw Van Diemen. Is er een beeld in hoeverre er gekannibaliseerd wordt op andere acute zorg? Dan bedoel ik niet datgene waar u het net over had. U zegt dat bepaalde mensen niet meer naar het ziekenhuis durven te komen. Dat is begrijpelijk en daar moeten we iets aan doen. Maar ik denk dan aan chemokuren, stamceltransplantaties, immunotherapieën, hartoperaties, bypasses, die nu echt actief worden uitgesteld of niet doorgaan. Heeft u dat in beeld en heeft u ook in beeld hoeveel levens dit kost?

**De voorzitter:**

Mevrouw Van Diemen.

**Mevrouw Van Diemen-Steenvoorde:**

Nee, ik heb er geen beeld over hoeveel levens dat kost op dit moment. Wij hebben vorige week met elkaar gesproken over die uitgestelde zorg, over de oncologie, over vasculaire afwijkingen, over alles wat impact heeft, ook op de uitkomsten van zorg. Wij vragen dat wel uit: wat gebeurt er op dit moment in de ziekenhuizen en op welke manier wordt het ingericht? Dat is ook eigenlijk dat plaatje over het weer terugkrijgen van de uitgestelde zorg. Wat we zien is dat de ziekenhuizen samen in de regio's bezig zijn om het allemaal weer in te richten. De NZa heeft nu een opdracht gekregen om daar landelijk op te gaan coördineren, zodat we veel scherper in zicht krijgen wat nu echt uitgesteld is, waar de risico's zitten, maar ook wat voor effect het heeft op de volksgezondheid op langere termijn. Dat moeten we echt boven tafel krijgen. We hadden het vorige week over: let op, let op, we hebben heel veel non-COVID-zorg en dat vindt op dit moment beperkt plaats. Daar hebben we nu regie op genomen door te zeggen: we moeten inzicht krijgen; ziekenhuizen, vul dat in, samen in de regio. En de NZa heeft vanuit VWS de opdracht gekregen om daar regie op te nemen. Dan zullen wij ongetwijfeld als inspectie daarop aansluiten. Maar het is absoluut een cruciaal punt in de komende periode als het niet over deze marathon gaat, maar over een triatlon waar onder andere ook deze uitgestelde zorg in terug moet komen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Van Kooten-Arissen, gaat uw gang.

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

Voorzitter, dank. Allereerst ook mijn dank aan de sprekers voor de zeer indrukwekkende presentatie, en veel respect voor u beiden. Ik heb een vraag, of eigenlijk een tip van een professor cardiologie, tevens trauma-arts, over de hart-longmachines. Zijn die er genoeg op de ic's? Het gaat dan vooral om de ECLS of ECMO-behandeling en de machines die daarvoor gebruikt worden. Kan daarbij de behandelingsduur verkort worden doordat de mensen niet meer op hun buik gedraaid hoeven te worden? Kunt u daar iets over zeggen? Ik stel de vraag aan de heer Gommers of er genoeg van dit soort apparaten in Nederland zijn.

**De voorzitter:**

De heer Gommers.

De heer **Gommers**:

Dat heet ECMO of ECLS. Dat is eigenlijk een hart-longmachine die we normaal gebruiken bij openhartoperaties. Die apparatuur is zo klein geworden dat we die tegenwoordig ook kunnen gebruiken bij longziektes. Bij de Mexicaanse griep is dat heel veel gebruikt; dat is ook een beetje wat ik vertelde aan de hand van die CT-beelden. Bij de Mexicaanse griep hadden we er last van als we veel beademingsdruk gaven dat we de long kapotmaakten. Dan krijg je een pneumothorax, dus een lekkage van de long. Dat zien we nu eigenlijk niet. We zien nu een ander beeld. We zien nu eigenlijk veel meer stollingsproblemen dan echt longproblemen met hele hoge beademingsdruk. Dus de beademingsdruk op dit moment is nog niet zo hoog dat die mensen aan de hart-longmachine moeten. Er zijn centra die dat kunnen. We hebben hart-longmachines. Die worden minimaal ingezet, dus op het moment hebben we geen tekort aan hart-longmachines. Bijvoorbeeld in Parijs zie je dat ze wel heel veel hart-longmachines inzetten en veel ECMO, maar in Nederland hebben we dat nog niet nodig gehad tot op dit moment.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Baudet namens Forum voor Democratie. Gaat uw gang.

De heer **Baudet** (FvD):

Dank. Een van de belangrijkste redenen dat wij in deze lockdown zitten en al die maatregelen nemen, is natuurlijk die capaciteit van de intensive care. Als die opgeschaald is, kunnen we ook weer wat normaler in het leven gaan staan in dit land, dus dat is echt cruciaal. Ik snap dat niet alleen de COVID-patiënten maar ook andere patiënten op de intensive care terecht moeten kunnen, maar in hoeverre is het nou realistisch om te zeggen: we gaan semipermanent die capaciteit van de intensive care opschalen? Er werd eerder vandaag al over gesproken door Van Dissel dat we weer terug moeten naar normaal, want we kunnen dit niet lang volhouden, die vergrote capaciteit. Maar als we dat nog wel een halfjaar of een jaar kunnen volhouden, dan kunnen we ook eerder dat punt bereiken dat we die maatschappelijke maatregelen kunnen afbouwen.

De **voorzitter**:

U stelt de vraag aan de heer Gommers?

De heer **Baudet** (FvD):

Ja. Want u zei over die stippellijn ook: dat weten we eigenlijk niet.

De heer **Gommers**:

Nu zien we in deze grafiek, die is gemaakt op vrijdag 3 april, allerlei kleurtjes. We zitten nu op die blauwe lijn die onder die stippellijn blijft. Zoals die curve nu getekend staat, duurt het best lang. Dan hebben we een lange plateaufase. Als je de prognostische modellen ziet, dan duurt het nog wel tot 1 september dat we in deze fase zitten en misschien nog wel langer. Met de curve daarvoor en de getallen die ik daarbij noemde, liet ik zien dat we het afgelopen weekend sneller dalen dan verwacht. Dat is een beetje waar we mee te dealen hebben. We leren steeds meer, we begrijpen het ziektebeeld meer en daardoor daalt het sneller.

De heer **Baudet** (FvD):

Nee, dat begrijp ik. Dat gaat over de lijn van patiënten, maar je kan ook de capaciteit van de ic nog verder omhooghalen, bijvoorbeeld door mensen uit het buitenland te halen of door op andere manieren dingen aan te wenden waardoor je minder maatschappelijke druk hebt.

**De voorzitter:**

Uw punt is duidelijk. De heer Gommers.

**De heer Gommers:**

In deze grafiek hebben we toen heel duidelijk aangegeven dat de maximale capaciteit voor Nederland 2.400 ic-bedden is. Ja, en dat blijft-ie. Wij kunnen niet meer personeel maken of binnenhalen. We hebben toevallig gesprekken gevoerd in het Erasmus of we Deense collega's zouden kunnen binnenhalen, omdat die niet in Noorwegen mogen werken omdat de grens gesloten is. Dat is toch heel moeizaam. Dan spreken ze ook nog Engels en dan moet je daar ook nog je hele systeem op aanpassen. Dus mondjesmaat zijn die connecties er wel, maar dat gaat niet tot grote getallen in ic-bedden leiden. Deze 2.400 zijn toch ongeveer de grens waarmee we moeten blijven werken.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van deze briefing. Net als vorige week denk ik dat er nog heel veel vragen te stellen zijn, maar helaas is onze tijd beperkt, want om 14.00 uur begint het debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus. Dit debat zal weer live uitgezonden worden via de stream op de website van de Tweede Kamer en via de app Debat Direct, en op de televisie via NPO 1.

Ik dank de genodigden: de heer Van Dissel in de zaal hiernaast, maar ook de heer Gommers en mevrouw Van Diemen-Steenvoorde. Hartelijk dank voor uw komst. Ik dank de Kamerleden voor hun aanwezigheid en het stellen van hun vragen. Ik dank uiteraard al onze ondersteuning – mag dat ook een keer gezegd worden? – hier in de zaal, maar zeker ook buiten deze zaal. Hartelijk dank voor uw medewerking om deze vergadering op deze manier mogelijk te maken. Daarmee sluit ik de vergadering, met de woorden: houd vol!

Sluiting 11.58 uur.