

Vergaderjaar 2019–2020

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 243

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 14 april 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 3 maart 2020 gesprekken gevoerd over **ontwikkelingen coronavirus**.

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Lodders
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn dertien leden der Kamer, te weten: Van den Berg, Diertens, Dik-Faber, Van Esch, Hijink, Jansen, Lodders, Van Otterloo, Renkema, Sazias, Slootweg, Van der Staaij en Veldman,

alsmede mevrouw De Boer en de heer Van Dissel.

Aanvang 16.34 uur.

Gesprek met:

- de heer van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM
- mevrouw de Boer, Directeur Publieke Gezondheid bij GGD Haaglanden

De voorzitter:

Goedemiddag, hartelijk welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is de technische briefing over de ontwikkelingen rond het coronavirus. Ik heet de heer Van Dissel van het RIVM en mevrouw De Boer van GGD Haaglanden van harte welkom. Ook heet ik de Kamerleden, u hier op de publieke tribune en de mensen die deze technische briefing op een andere manier volgen zeer welkom. Ik heb een tweetal mededelingen. Mevrouw Van den Berg moet over tien minuten deze bijeenkomst verlaten, maar een collega en ambtelijke ondersteuning luisteren mee. Mevrouw Van Esch moet ook vanwege andere verplichtingen eerder weg.

Dat gezegd hebbende, geef ik graag als eerste het woord aan de heer Van Dissel. Hij zal een presentatie geven over de stand van zaken. Gaat uw gang.

De heer Van Dissel:

Dank, voorzitter. Ik wilde u kort een update geven over de stand van zaken rond het coronavirus. Ik herhaal een aantal slides die u zich van de vorige keer nog herinnert – maar dan doe ik het uiteraard wat sneller – en ik zal kort ingaan op de huidige situatie. De vorige keer hadden we wat weinig tijd voor vragen, dus ik ben een stuk eerder klaar. Dan is daar ruim de gelegenheid voor.

Om weer even iedereen op dezelfde hoogte te hebben: we hebben het over een nieuw coronavirus, dat een longontsteking kan veroorzaken, naast griepachtige beelden. De incubatietijd is korter dan een week en in alle gevallen korter dan twee weken, wat van belang is voor bijvoorbeeld quarantaineperiodes. Het gaat om een ziektebeeld met griep die over kan gaan in hoesten en koorts. Het betreft vooral de lagere luchtwegen, maar soms ook de hogere luchtwegen. Als de longen zijn aangedaan en er een pneumonie ontstaat, zoals wij dat noemen, een longontsteking, kan er een shocklong ontstaan, een ARDS. Dat ziektebeeld heeft een hoge mortaliteit, zo tegen de 50%.

Een nieuw virus is geïsoleerd. Het verspreidt zich via druppel en contact, via druppels die ongeveer anderhalve meter gaan en via contact, omdat je voorwerpen vastpakt en nou eenmaal frequent aan je ogen en aan je mond zit. Er is ook virus aangetoond in ontlasting, maar de rol daarvan is onbekend en waarschijnlijk zeer beperkt. In het ziekenhuis nemen we speciale maatregelen, omdat een heleboel handelingen die we aan patiënten verrichten ook kunnen leiden tot een soort mist – dat noemen wij dan aerosol – met dit virus. Dan wordt het veel besmettelijker, omdat zo'n mist blijft hangen en zich ook kan verspreiden.

Ik heb u vorige keer R_0 , het reproductiegetal, geïntroduceerd. Dat is een getal dat iets zegt over hoeveel nieuwe patiënten gemiddeld geïnfecteerd worden door één andere patiënt. We hebben de vorige keer even

benoemd dat dat in het begin rond de 3 lag en dat we weten dat dat inmiddels tot zo'n 1,6, 1,7 is gedaald. Dat komt niet doordat het virus van karakter veranderd is, maar omdat men eerder in de zorg belandt en eerder wordt geïsoleerd. De periode dat men buiten isolatiekamers bijvoorbeeld rond kan hoesten is dus verkort. Daardoor zie je dan ook karakteristiek dat zo'n reproductiegetal terugloopt. De generatieverdobbelingstijd is bijna gelijk, zoals u ziet op de dia. Dat duidt erop hoe snel de ene infectiereeks op de andere volgt in een cluster. De belangrijkste maatregelen die we kunnen nemen, zijn van hygiënische aard. We hebben immers nog geen bewezen therapie en nog geen vaccin. Handen wassen, handen wassen: dat is het devies. Dat is van belang, omdat je het dus met name via voorwerpen kan verspreiden. Social distancing, zoals we dat noemen, dus afstand bewaren tot anderen, helpt daarbij, zeker als je die anderhalve meter aanhoudt. In het ziekenhuis doen we meer. Vooral ook omdat we die aerosolgenererende procedures daar nou eenmaal toepassen, moeten we dus meer doen dan alleen maar maatregelen nemen op het gebied van druppel en contact, zeker op intensievecareafdelingen. We zullen in het ziekenhuis ook voor zover mogelijk de patiënt in een onderdrukkamer, waar althans de sluis onderdruk heeft, verplegen, zodat de overige patiënten in het ziekenhuis en de zorgverleners niet besmet kunnen worden. Handalcohol is een belangrijke maatregel, alsook oogbescherming voor zorgverleners. Zorgverleners hebben immers intiem contact met de patiënt. Zij komen dus ook in een kamer met een zieke patiënt, die veel virus, in druppeltjes, verspreidt. In dergelijke situaties zijn maskers, zoals we al genoemd hebben, onomstotelijk van belang, maar niet in de situatie in de populatie, omdat men daar nu eenmaal veel vluchtiger contact heeft, de voorafkans om iemand met een infectie tegen te komen natuurlijk heel erg gering is en je dan eigenlijk alleen maar mondkapertjes onthoudt aan zorgpersoneel, dat nou eenmaal voor onze kwetsbaren moet zorgen.

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

De vorige keer hebben wij een kopie gekregen van de sheets. Is dat nu ook weer aan de orde, of niet?

De heer **Van Dissel**:

De afgelopen 24 uur heb ik helaas geen tijd gehad om dit te realiseren, maar dat kunnen we natuurlijk achteraf doen, dus dat is prima.

De **voorzitter**:

We zullen ervoor zorgdragen dat die via e-mail bij u terechtkomen.

De heer **Van Dissel**:

Vorige keer hebben we al even benoemd dat er een grote studie gepubliceerd is, waar we natuurlijk veel gegevens aan ontleenen, met name met betrekking tot de aanpak. Het ging om een groep van zo'n 70.000 patiënten uit China waarvan uiteindelijk 2,3% kwam te overlijden. Ik kom daar zo nog even op terug. We hebben genoemd dat het opmerkelijk was dat in die groep met name bij de jongeren eigenlijk geen infecties beschreven zijn, zeker niet bij de allerjongsten en dat ook de laatste berichten uit China doen vermoeden dat die geen of een uiterst beperkte rol spelen bij deze luchtweginfectie. Dat is heel opmerkelijk, want bij een heleboel andere luchtweginfecties is dat wel het geval. U ziet dat het aantal ouderen met infecties oploopt. We weten dus ook dat met name de oudere kwetsbaren, dus oudere personen met onderliggende medische problematiek, het risico hebben om te overlijden aan deze infectie. Dan kom ik nog even op de incidenties in China. Dit zijn wel de getallen van een week geleden, maar goed, het aantal is op zich niet zo veel veranderd en eerder alleen maar wat omlaaggegaan. Het is hier even in perspectief geplaatst ten opzichte van onze eigen griepmetingen. De

griepmeting in Nederland houdt in dat we van een griepseizoen spreken als het aantal griepachtige ziektebeelden boven de 58 is en er voldoende griep wordt geïsoleerd in monsters. U ziet dat de getallen uit China over het algemeen ver daaronder liggen en dat eigenlijk alleen de provincie Hubei, waar natuurlijk ook de stad Wuhan is, wel dat incidentiegetal bereikt. Maar het geeft een beetje een indruk met betrekking tot de totale load op de populatie. Die is natuurlijk ook in China nog klein, met uitzondering van een aantal steden in Hubei en bijvoorbeeld ook in Macau, zoals u hier ziet. Sinds dit getal is het eigenlijk verder omlaaggegaan.

De voorzitter:

Ik zie dat de heer Jansen wil interrumperen. Maar ik zou eigenlijk willen vragen om eerst even de presentatie af te wachten, tenzij het echt een technische vraag is. Daarna zal ik de vragen inventariseren. Akkoord?

De heer Jansen (PVV):

Ik denk dat dit puur technisch is. Volgens mij hoor ik net de heer Van Dissel zeggen «van een week geleden», maar ik zie 13 februari staan.

De heer Van Dissel:

Dit zijn de getallen die ik u vorige week liet zien. Dit zijn dus dezelfde getallen als vorige week, maar de getallen sindsdien in China zijn, zoals waarschijnlijk ook heeft gelezen, eigenlijk alleen maar omlaaggegaan. Dit zijn dan als het ware de piekgetallen die er toen waren. Dit bepalen we namelijk steeds per week, bijvoorbeeld. Ja? Is dat het antwoord?

Ik moet dus helaas wat herhalen, maar de essentie is gelijk gebleven; vandaar dat ik het zo heb gelaten.

Het beeld op deze sheet heb ik u de vorige keer ook geschetst. Het is overgenomen uit dat artikel, dus die getallen zijn natuurlijk ook gelijk aan de vorige keer. Deze getallen laten zien dat zo'n 81% een mild ziektebeeld doorgemaakt had, dat 14% een ernstiger ziektebeeld had, waar vaak ook ziekenhuisopname voor nodig was en dat uiteindelijk zo'n 5% kritisch ziek is geweest. Dit plaatje was allereerst van belang vanwege de brede piramide met milde ziektebeelden bij mensen die waarschijnlijk lang niet altijd bijvoorbeeld het ziekenhuis bereiken, ook niet in China, terwijl je ziet dat de personen die komen te overlijden zich eigenlijk alleen maar bevinden in de groep die kritisch ziek is en die op de ic wordt opgenomen. U ziet dat van de ernstig zieken, dus mensen die toch een longontsteking oplopen, en zeker van de milde zieken in China eigenlijk geen overlijdensgevallen gerapporteerd zijn. De sterfte bevindt zich dus echt in de piek van de piramide, bij kwetsbare ouderen.

Dan hadden we nog even de case fatality rate. Dit zijn opnieuw getallen die ik u vorige week ook toonde, maar daar is niks in veranderd. Die waren aanvankelijk dus hoger in de provincie Hubei, waar het begon. Als een uitbraak begint, vallen natuurlijk eerst de meest ernstige gevallen op. Pas later zie je dat die piramide veel breder is. Dat betekent dus altijd dat aangezien de sterfte in de ernstige gevallen valt, daar de case fatality rate altijd hoger is. U ziet dat dat in de rest van China al lager is en buiten China nog lager. Wij bevinden ons waarschijnlijk ergens tussen de 0,5% en 1%.

Dan kan ik beter even doorgaan met de andere presentatie. Kan die gestart worden? Dank u wel. De rest bewaar ik dan even, als dat nodig is, voor vragen. Dan ga ik naar de nieuwe getallen, dus deze dia kan weg. We moeten even de andere hebben. Ik wilde u even de huidige situatie in Nederland schetsen, want dat is actueel, denk ik, dus dat komt op de volgende dia's. Op het moment, zo ziet u hier, hebben we 23 bevestigde patiënten: 3 daarvan liggen in het ziekenhuis en 20 zijn in thuisisolatie. Je kan erover discussiëren of dit plaatje nou echt inzicht geeft, maar hiermee worden een aantal dingen bedoeld. Allereerst is het heel essentieel of we

weten waar de besmetting is opgelopen. Dat ziet u aan de kleuren. De personen in Nederland die de besmetting met zekerheid hebben opgelopen in Italië, ziet u in blauw. Het valt dus direct op dat blauw overheerst. Dan ziet u de blauwe soms met elkaar verbonden en dan zijn ze geel. Die gele zijn dus de contacten van bijvoorbeeld zo'n blauwe patiënt. U ziet ook één keer «overig», een groene. Je ziet dus dat de infectie in Nederland op dit moment voornamelijk bestaat uit importgevallen, als ik het zo mag noemen, uit Italië. Daarbij wordt iemand hier natuurlijk pas ziek. U ziet dat dan rond zo'n geval een familiecluster ontstaat, waarbij verschillende familieleden positief worden. Daarnaast zijn er nog een aantal die we niet kennen. Dat kan komen omdat dat nog onbekend is en nog verder moet worden uitgezocht. Maar het overheersende beeld – dat is wat ik wilde overbrengen – is dat de gevallen in Nederland voor het merendeel terug zijn te voeren op besmettingen die hebben plaatsgevonden in Italië. Tot zover met betrekking tot de patiënten momenteel.

Dan zijn er natuurlijk altijd vragen over wat mensen nou moeten doen. Daarvoor is een aantal dingen van belang. U moet ermee rekenen dat de maatregelen die we nemen, zijn vastgesteld op geleide van de kans dat iemand het virus onder de leden heeft. Die kans is altijd hoger bij iemand die uit een gebied komt waar het virus circuleert dan bij iemand ergens willekeurig nu in Nederland, waar natuurlijk naar we weten nog maar weinig virus is. Dat betekent dus het volgende. Als iemand uit een gebied komt waar het virus circuleert, bijvoorbeeld Noord-Italië, en diegene gezond is, dan is het prima. Dan gaat hij aan de slag en is er niks aan de hand.

Maar we hebben in het weekend wel iets veranderd voor als iemand klachten krijgt, ook al zijn die misschien aanvankelijk nog van geringe aard. We realiseren ons dat die klachten misschien in de loop van een of twee dagen ernstiger kunnen worden, waardoor iemand uiteindelijk gaat voldoen aan de case definition die we hanteren. Met het oog op de belasting van en de verdere verspreiding onder de bevolking en met het oog op de contacten die deze personen opbouwen terwijl zij al klachten hebben maar nog niet voldoen aan de case definition, hebben we hen al gevraagd om gewoon thuis te blijven. Blijf thuis. Ga niet naar je werk. Het is dan niet zo ernstig dat je niet meer boodschappen kunt doen of een keer de hond kunt uitlaten, maar je gaat je contacten inperken. Je gaat bijvoorbeeld niet naar een feest dat gepland stond of naar de bioscoop of wat dan ook. Dat is geen reden – dat zeg ik voor de duidelijkheid en dat hebben we ook een aantal keer in de media herhaald – om de huisarts te bellen. We hebben het dus over iemand die terugkomt uit Italië en voelt dat hij neusverkouden begint te worden of keelklachten begint te krijgen. Diegene denkt: ik krijg misschien griep. Zo'n persoon vragen we om thuis te blijven en te bekijken hoe dat beeld zich ontwikkelt.

Een aantal van die personen zal ernstige klachten ontwikkelen, in de loop van een dag of een paar dagen. Zodra die klachten gekenmerkt worden door de manier waarop we de case definition hebben omschreven, is het natuurlijk wél zaak om de huisarts te bellen. Dan gaat de vraag namelijk opkomen of iemand al dan niet getest moet worden. Dus iemand komt terug en heeft klachten. Die klachten nemen toe. Hij zit dan dus al in een situatie van social distancing. Als hij dan koorts krijgt, moet hoesten of benauwdheid ervaart, of een combinatie van dat alles, dan is het natuurlijk wel zaak om contact op te nemen met de huisdokter. Dan zal de patiënt over het algemeen – dat is altijd afhankelijk van hoe het precies zit – worden bemonsterd.

Het tweede punt betreft de contacten van bekende patiënten. Ik kan me voorstellen dat het op het eerste oogpunt wat verwarrend is of althans zo zou kunnen overkomen. Ik heb u net op de vorige dia laten zien dat we bij bekende patiënten bij wie we uiteindelijk de diagnose stelden in de loop van de follow-up merkten dat binnen het gezin een aantal leden positief

werden. Ook daar wil je dat men geen verdere contacten uitbouwt, terwijl men eigenlijk al klachten begint te krijgen die tot de case definition gaan leiden. Over gezinscontacten van bevestigde gevallen zeggen we eigenlijk weer hetzelfde als wat u hier onder één ziet: blij thuis en ga niet meer naar je werk; doe aan social distancing en zoek de contacten niet op. Dat heeft namelijk het hele grote voordeel dat op het moment dat iemand binnen het gezin van een bekend geval ook klachten ontwikkelt die gaan voldoen aan de case definition – vaak hanteren we een heel soepel beleid voor het testen daarvan – en we hem positief testen, hij geen additionele contacten heeft opgebouwd. Ik hoop dat dat duidelijk is. Maar het is eigenlijk allemaal in de lijn om contacten te vermijden in de groep die een hoge voorafkans heeft om eventueel het virus onder de leden te hebben. Dan gaan we door naar de gebieden die we momenteel beschouwen als gebieden waar circulatie in de bevolking is. Dat is nog steeds: China, Singapore, Zuid-Korea en Iran, waar we buitengewoon weinig gegevens van hebben. In Italië speelde dat natuurlijk ook. Zoals u ziet is dat uitgebreid met eigenlijk het hele gebied boven de grens met Toscane. Daar vallen nu bijvoorbeeld ook de skigebieden in Zuid-Tirol onder. Daar zijn op zich geen gevallen geconstateerd, maar we realiseren ons natuurlijk dat daar ook veel Italiaanse personen skiën. Die gaan van Milaan naar Zuid-Tirol. Dan gaan ze weer terug en worden ze ziek. U kunt zich voorstellen dat in een skicabine de berg op, in een beperkte ruimte, aanhoesten heel makkelijk is. Dat betekent dat we uit voorzorg ook die gebieden hebben geïncludeerd. Mocht je daar vandaan komen, vervolgens met de auto terug naar Oostenrijk gaan en dan die klachten krijgen, dan moet je toch verdacht zijn op het feit dat je een coronavirusinfectie kunt hebben.

Ten slotte: wat kunnen we doen om besmetting te voorkomen? Het belangrijkste wat je daaraan kunt doen, is: regelmatig handen wassen met water en zeep. Soms zal ook handalcohol worden gebruikt. Maar voor de duidelijkheid: handalcohol op vieze handen heeft geen effect, dus dan moet je ze toch eerst wassen met water en zeep. Water en zeep verdunt ook eventueel, dus dat is een prima maatregel. Mocht je ziek zijn, even los van de vraag of dat het coronavirus, het influenzavirus of wat dan ook is, dan is het natuurlijk altijd goed om dat te beperken. Dat betekent dat je hoest of niest in de elleboog, in wegwerpzakdoekjes, maar natuurlijk niet in het rond. Omgekeerd geldt dat als je iemand ziet niezen en hoesten, je diegene daarop kunt wijzen. Je kunt natuurlijk ook die 1,5 meter afstand bewaren. Als je bekend contact hebt gehad, is het natuurlijk, nogmaals, goed om je handen te wassen. Ik denk dat dat het voor nu even is.

De voorzitter:

Hartelijk dank. U had geen nadere toelichting, of wel, mevrouw De Boer? Ja. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw De Boer namens GGD Haaglanden. Gaat uw gang.

Mevrouw De Boer:

Ik hoop een verhaal te houden namens alle 25 GGD's in Nederland. GGD Haaglanden is de GGD hier in de buurt. Een van de blauwe vierkantjes uit de presentatie van Jaap van Dissel is een casus die bij ons in de regio speelt, namelijk een TU-studente uit Delft.

Ik wil u eerst meenemen in het wettelijk kader, voor zover dat niet al helemaal in de vorige presentaties aan de orde is geweest. Het aanwijzen van een type A-ziekte, zoals gebeurd is bij dit nieuwe coronavirus, betekent dat de landelijke aansturing van de infectieziektebestrijding van kracht wordt, dat de Minister van VWS verantwoordelijk is en dat wij als een soort verlengde arm – zo zou ik het haast kunnen formuleren – van het RIVM ons werk doen als GGD's. Tegelijkertijd stelt de Wet publieke gezondheid dat als er maatregelen genomen moeten worden die verder gaan, zoals bijvoorbeeld het opleggen van dwang of het opleggen van

quarantaine, de voorzitter van de veiligheidsregio daartoe gemachtigd is. Dat is in de meeste gevallen de burgemeester van de grootste plaats in de regio. Vanwege de bijzondere positie van de Directeur Publieke Gezondheid – deze staat namelijk met het ene been in de veiligheidsregio vanwege de GHOR, de geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio, en is tevens directeur van de GGD – kunnen wij die twee domeinen verbinden, dus zowel veiligheid als zorg. Dat doen wij als DPG's.

De aansturing van de infectieziektebestrijding gebeurt zoals gezegd vanuit het Ministerie van VWS, vormgegeven door het RIVM. Wij volgen als GGD's dus de richtlijnen van het RIVM. Dat doen we heel nauwgezet. Daar hebben we als DPG's en GGD's goed overleg over, om zo goed mogelijk uniform te werken en daarbij ook de richtlijnen van het RIVM zo goed mogelijk op te volgen.

Wat betekent dat nou? Als er ergens een patiënt opduikt van wie gedacht kan worden dat hij besmet is met het coronavirus, dan gaat zo'n patiënt contact opnemen met de huisarts. Zo communiceren we dat overal, heel breed. De huisarts gaat dan na, bij voorkeur via telefonisch contact, of het inderdaad een patiënt is die voldoet aan de casusdefinitie. Als de huisarts denkt dat dit inderdaad het geval zou kunnen zijn, neemt deze contact op met de GGD, want het is een type A-ziekte, dus is er een verplichte melding aan de GGD. De GGD gaat dan naar die persoon toe om hem te bemonsteren. Dat gebeurt in volledig beschermende kleding: handschoenen, schort, spatbril, mondkapje. Dat ziet er dus best indrukwekkend uit voor zo'n persoon. Er worden dan een neusswab en een keelwab afgenomen. Die gaan in een buisje dat naar het RIVM of naar het Erasmus MC wordt gestuurd. Die testen of er coronavirus in zit. Wij krijgen dan als GGD de uitslag. Wij zeggen ondertussen tegen de patiënt: u moet in isolatie blijven, want u bent mogelijk besmet.

Dat betekent nogal wat voor een persoon. Onze TU-studente bijvoorbeeld woont in een unit met eigen sanitair, best alleen en op zichzelf, maar wij vonden toch bij nader inzien dat die isolatie niet scherp genoeg was en we hebben haar gisteren met hulp van de gemeente verplaatst naar een lege portiekflat waar alleen maar voor haar een woning was. Die is dan schaars gemeubileerd, maar wel totaal geïsoleerd, want daar verblijft zij nog steeds. Dit is dan iemand met wie het eigenlijk best goed gaat, die helemaal niet zo ziek is, die goed voor zichzelf kan zorgen en die ook goed begrijpt wat het allemaal betekent als je in isolatie moet verblijven. Als daar twijfel over is, zouden de maatregelen dus ook anders zijn, dus als iemand zelf niet echt goed geïsoleerd kan wonen en zichzelf niet kan redden.

Maar goed. Wij krijgen de uitslag van de test. Op dat moment weten we of het inderdaad een bevestigd geval is en worden die isolatiemaatregelen werkelijk goed ingesteld. Dan zeggen we: nu moet u zich er echt aan houden. We houden dan regelmatig contact met de persoon in kwestie. Die persoon in kwestie kan natuurlijk intussen andere mensen hebben besmet. We starten dus een contactonderzoek, waarbij we alle personen die die persoon – dat is de casuspatiënt, de eerste patiënt uit zo'n cluster – heeft ontmoet sinds de klachten zijn ontstaan, bevragen op wat voor soort contact het was. Dan gaan we ook na in welke mate er een risico op infectie zou kunnen zijn opgetreden.

Dat contactonderzoek is eigenlijk het betere detectivewerk. Daar hebben we ervaring mee als GGD, want dat doen we voor tal van ziekten, bijvoorbeeld ook voor tuberculose en voor diverse andere ziekten. Daarbij bekijken we telkens vanuit één patiënt met wie er contacten zijn geweest, zodat we die andere besmettingen zo goed mogelijk in kaart kunnen brengen en ook maatregelen kunnen treffen tegen andere mogelijke besmettingen. Bij het contactonderzoek bekijken we dan wie mogelijk klachten heeft. Zijn er klachten, dan wordt er weer diagnostiek ingezet. Komt daar een uitslag uit die positief is, dus dat iemand het coronavirus

bij zich draagt, dan gaat die persoon weer in isolatie en gaan we weer dezelfde ringen bouwen.

Dat doen van contactonderzoek is dus een telkens groeiend geheel. Dat is erg arbeidsintensief, dus de GGD's hebben daar hun handen aan vol. Dat gaat trouwens niet alleen over het werk dat we dan doen rond zo'n mogelijke besmetting, bemonstering en mogelijke isolatie als het werkelijk een bevestigd geval is, maar ook over alle honderden vragen die we krijgen van burgers en professionals. Bij de professionals wil ik vooral de huisartsen noemen, die ook heel regelmatig met ons in overleg treden: «Hoe moeten we dit nou interpreteren? Ik heb iemand met 37 graden koorts en die komt net uit Zuid-Oostenrijk en hoest toch wel heel erg verdacht. Moet ik dit nu als een casus beschouwen?» Dat type overleg vindt heel veel plaats.

Het volgen van de casusdefinitie en andere richtlijnen van het RIVM betekent dat wij daar dan dus ook telkens adaptief op moeten reageren. De ene dag zeggen we nog tegen iemand die uit Milaan komt en hoest dat hij niet voldoet aan die casusdefinitie en dus niet verder in aanmerking wordt genomen, maar de dag erna is het op grond van nieuwere inzichten, en terecht, de bedoeling dat we die persoon ook bemonsteren. Zo volgen we nauwgezet wat er telkens aan inzichten verandert, maar dat is wel alle zeilen bijzetten, want dat moeten we dus telkens ook heel goed volgen. Gelukkig worden we daarin erg goed ondersteund door het RIVM en treden wij daar vanuit de GGD en als DPG met name over in contact met de burgemeester om op maat met bevolkingszorg faciliteiten te regelen voor de personen in kwestie.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan ga ik naar de Kamerleden. Ik wil voorstellen om bij de eerste vijf Kamerleden de vragen te inventariseren. Dan vraag ik om antwoord te geven. Dan komt de tweede groep. We beginnen gewoon met één vraag. We hebben tot uiterlijk 18.00 uur, want de heer Van Dissel heeft aangegeven dat hij echt om 18.00 uur de zaal moet verlaten. Mevrouw Diertens van D66, mag ik u als eerste het woord geven?

Mevrouw Diertens (D66):

Dank u wel. Dit is de derde presentatie die we gehad hebben en ik wil toch even mijn respect en bewondering uitspreken voor de manier waarop jullie ons informeren naast het belangrijke werk wat gedaan moet worden. Toch heb ik een paar vragen. Stel dat het toch iets minder gaat dan we nu hopen – we hope for the best, but prepare for the worst, zou ik bijna zeggen – wat zijn dan de maatregelen als de capaciteit werkelijk tekort gaat schieten, zowel qua personeel als qua aantal bedden in ziekenhuizen? Wat is dan de juridische verantwoordelijkheid daarbij? Ik krijg namelijk ook vragen uit ziekenhuizen: als er triage moet worden gedaan, wie is daar dan verantwoordelijk voor?

Ten slotte was er een suggestie om dan eventueel ook verpleeghuizen beschikbaar te stellen. Maar aangezien kwetsbare mensen juist voor dit virus zo bevattelijk zijn, zou ik graag een antwoord willen hebben op de vraag hoe u dat voor u ziet.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Mevrouw Sazias van de fractie van 50PLUS.

Mevrouw Sazias (50PLUS):

Ik sluit me graag aan bij mevrouw Diertens; ook ik heb respect voor u en voor het feit dat u toch ook wel redelijk zichtbaar bent. Ik heb ook een paar vragen, onder andere over het middel chloroquine. Dat schijnt in China al gebruikt te zijn en met hele goede resultaten. Het geneest de zieke niet, maar het kan wel de angel uit die rode punt aan de bovenkant van de

piramide weghalen. Dus zijn daar al experimenten mee? Hoe denkt u daarover?

Dan een vraag die mevrouw Diertens eigenlijk ook al heeft gesteld: de capaciteit. Mevrouw De Boer vertelt dat ze nu één patiënt heeft in de regio. Dat lijkt me dus nog wel te doen, maar wat als er meer patiënten komen? Bij hoeveel patiënten wordt het voor bijvoorbeeld de regio Haaglanden kritiek qua capaciteit? Ik begrijp namelijk dat zeker ook dat contactonderzoek bijzonder arbeidsintensief is.

Tot slot heb ik nog een andere vraag. Bij de gewone griep ben je een dag voordat je ziek wordt al besmettelijk. Bij het coronavirus wordt steeds gezegd «pas als je klachten hebt», maar ik wil graag even weten hoe dat precies zit.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Hijink van de SP.

De heer Hijink (SP):

Dank, voorzitter. Ik wil mij aansluiten bij de vraag over de verpleeghuizen als back-up voor het geval dat er in ziekenhuizen geen plek zou zijn. Ik vind dat een vreemde zet, in die zin dat de heer Van Dissel net ook zelf zei dat juist de ouderen de meest kwetsbare groep zijn als het om deze ziekte gaat. Ik vraag me af waarom dan bij uitstek de verpleeghuizen genoemd worden als back-upfaciliteit voor als de ziekenhuizen het niet meer aankunnen.

Ik zou graag ook een antwoord willen op de vraag hoe u aankijkt tegen het sluiten van bijvoorbeeld afdelingen voor intensive care in die ziekenhuizen waar een patiënt in het ziekenhuis op een of andere manier besmet is geraakt. Dat is nu drie keer gebeurd, maar het lijkt mij dat je dat niet vol kunt houden als er op meer plekken in het land besmettingen uitbreken. Ik vraag mij af hoe u daarnaar kijkt en hoe dat voorkomen kan worden.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Veldman, VVD.

De heer Veldman (VVD):

Dank u wel. Ik wil beide gasten bedanken voor hun heldere toelichting, zeker de heer Van Dissel, die we voor de derde keer zien en die zeer helder kan toelichten waar we het over hebben. Ik zou haast willen dat elke Nederlander een presentatie van u ziet, zodat iedereen daarmee een beetje de rust kan bewaren. Over die rust gesproken: ik zie dat heel veel mensen in de media, maar ook op andere plekken, zich afvragen of we niet meer moeten doen, omdat in andere landen veel steviger wordt ingegrepen. Nou heb ik u al horen zeggen: wij nemen proportionele maatregelen. Klopt het dat datgene wat wij nu doen in lijn is met wat de Wereldgezondheidsorganisatie zegt? En als er verdergaande maatregelen genomen zouden moeten worden, op basis waarvan doen we dat dan? Hoe ziet een volgende fase er dan uit? Wat is er dan aan de hand? Over wat voor situatie hebben we het dan, anders dan de 25 patiënten die we nu hebben?

De voorzitter:

Dank u wel. Voor de eerste ronde tot slot de heer Van der Staaij, SGP.

De heer Van der Staaij (SGP):

Dank u wel, voorzitter. Ook van mijn kant dank en waardering voor de presentaties. Ik zal me, zoals u vroeg, voorzitter, beperken tot één vraag. Die gaat over de verpleeghuizen. Ik hoor daarvan terug: wij hebben ervaring met het omgaan met griep en norovirussen. Mijn vraag is: als er in het kader van het adaptief reageren dat even werd genoemd, toch aanvullende maatregelen nodig of wenselijk zijn, hoe snel kunnen die dan

gerealiseerd worden? Dat adaptief reageren kan toch ook het risico met zich brengen dat er makkelijk verwarring ontstaat, zo van: gisteren werd nog dit gezegd, maar nu dat. Hoe wordt daar in de communicatie mee omgegaan?

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik graag als eerste het woord aan de heer Van Dissel. Gaat uw gang.

De heer Van Dissel:

Ik zal de vragen uiteraard doorlopen. Misschien moet ik eerst wat zeggen over verpleeghuizen. Ik heb natuurlijk ook de brief gezien. Ik denk dat er helaas wat verwarring is opgetreden. Ik hoop dat het vanuit VWS gecorrigeerd wordt. Het advies vanuit het OMT was om personen uit verpleeghuizen zo lang mogelijk in het verpleeghuis te houden en daardoor niet de zorgcapaciteit in het ziekenhuis te beïnvloeden. U moet de exacte zin misschien nog maar eens naar voren toveren en dan zult u zien dat dat precies in de essentie van die zin past. De gedachte was dat verpleeghuizen voor patiënten met het coronavirus zouden kunnen dienen als vervanging voor ziekenhuiszorg. Dat betekent dat ze gewoon in het verpleeghuis blijven. Het was niet de bedoeling, zo stel ik even met nadruk, om het verpleeghuis extra te laten opnemen, want de verpleeghuizen liggen vol, daar is helemaal geen capaciteit.

Het punt is dat een belangrijk deel van de patiënten met het coronavirus problemen krijgt, omdat men een longontsteking krijgt. Die longontsteking leidt ertoe dat de zuurstofoverdracht in de long gestoord is, dus dat iemand een tekort aan zuurstof dreigt te krijgen. Dat is relatief eenvoudig vast te stellen met een zogenaamde zuurstofsaturatiemeter, waar men makkelijk mee zou kunnen worden voorzien als we dat breed zouden moeten uitdragen. De gedachte is dat we dat dan voor dat soort personen, die alleen maar naar het ziekenhuis zouden moeten om zuurstof te krijgen, proberen te realiseren in de verpleeghuissetting. Dat heeft het geweldige voordeel dat we ziekenhuizen kunnen ontlasten voor ernstiger zieke patiënten. Misschien stond het er zeer ongelukkig, maar dat was eigenlijk de bedoeling van wat er geschreven was. Het is niet de bedoeling om het verpleeghuis extra te gaan belasten, want wij, en zeker het OMT, realiseren ons dat dat helemaal niet kan, want die bedden zijn er niet. Maar het is de bedoeling om de patiënten van verpleeghuizen niet alleen maar voor zuurstofbehandeling over te plaatsen, tenzij dat echt moet. Ik hoop dat dat duidelijk is. Dat is het antwoord met betrekking tot verpleeghuizen.

De voorzitter:

Misschien even voor de duidelijkheid: het OMT is het Outbreak Management Team.

De heer Van Dissel:

Ja.

Heel terecht werd een aantal keren door u gevraagd: hoe gaat het nou verder? U noemt steeds de huidige situatie. Ik hoop dat we die duidelijk duiden. Dat is al ingewikkeld genoeg, want we moeten zo nu en dan heel snel acteren. Ik noem even een voorbeeld. U heeft net gehoord hoeveel mankracht contactonderzoek kost. De maatregel die we genomen hebben door gezinscontacten van een bewezen geval op dat moment al aan social distancing te laten doen, is vooral bedoeld om ervoor te zorgen dat bijvoorbeeld de echtgenoot geen nieuwe contacten opbouwt. Want anders krijgt die echtgenoot vervolgens klachten en moet de GGD van die echtgenoot ook nog eens alle contacten gaan opsporen, terwijl de GGD dat al gedaan heeft voor de man. Op het moment dat een geval bevestigd is, kan je dat beperken door meteen te zeggen: jullie gaan in social

distancing; je gaat geen nieuwe contacten opbouwen en je kunt alleen naar buiten voor de supermarkt of om de hond uit te laten. We hebben het net al even genoemd. Dat betekent dat als zo'n persoon binnen het gezin de infectie krijgt – we hebben al een aantal voorbeelden in Nederland gehad – de GGD op voorhand al ontlast is met betrekking tot het opnieuw uitvoeren van contactonderzoek. Op die manier proberen wij dus te helpen om dat contactonderzoek te beperken en de GGD te ontlasten. Maatregelen in de toekomst zijn alleszins afhankelijk van wat we als doel stellen. Zoals ik u heb laten zien en zoals ik ook heb benadrukt, is het huidige doel: containment van de infectie. Helaas zijn het allemaal Engelse termen; zo gaat dat tegenwoordig nou eenmaal. Ik hoor «inperking», maar dat is het eigenlijk ook niet. Het is gewoon: de kop indrukken. We willen het virus kwijt. Dat is toch wat anders. We willen het gewoon kwijt. Waarom wil je het kwijt? Niet omdat we denken dat het voor het gemiddelde individu zo ernstig is – we hebben al een aantal keer toegelicht dat dat best wel mee zal vallen – maar omdat we wel een groep hebben die kwetsbaar is en die we met z'n allen willen beschermen. Ten tweede is het een nieuw virus, dus de kans is groot dat tot 60% van de bevolking het kan krijgen. Dan heb je dus geen individueel probleem, maar een probleem voor de maatschappij, domweg vanwege de zorgcapaciteit. Dat is een reden dat zolang het kan we het virus nog de kop in willen drukken.

Waar hangt dat vanaf? Dat hangt ervan af of we begrijpen waar het virus vandaan komt. Ik heb u middels de kleurtjes laten zien. Momenteel kunnen we alle gevallen nog terugleiden tot Noord-Italië. Iemand komt uit Noord-Italië, heeft daar een besmetting opgelopen, gaat naar Nederland, heeft het onder de leden maar is nog niet ziek, en ontwikkelt dan het ziektebeeld hier. Dat is nu de situatie. Dat betekent dat we op dit moment nog steeds na kunnen streven om het de kop in te drukken, omdat die connectie er nog is. Overigens is dit de reden – dat kan ik misschien wél zeggen – dat we nog bij elkaar zijn geweest en hebben gemeend te moeten adviseren om het reisadvies naar Noord-Italië aan te scherpen. De brief daarover is er inmiddels uit.

Het besluit moet natuurlijk worden genomen door de betreffende ministeries, maar als professionals denken we dat het belangrijk is dat je niet meer moet willen dat er contacten zijn tussen Nederland en Noord-Italië, voor zover het reizigers betreft die niet per se daarnaartoe hoeven. Anders krijgt het namelijk een beetje het karakter dat wij steeds proberen om ze op te sporen, terwijl we tegelijkertijd weten dat er weer nieuwe binnenkomen. Dat vinden we niet de manier om de komende weken in te gaan. Wij willen dat er zo snel mogelijk een helder advies komt met betrekking tot reizen naar Noord-Italië, namelijk dat dat alleen maar moet worden gedaan als dat strikt noodzakelijk is. Je moet proberen de hele flux van mensen die nu terugkomen te gaan beperken, zodat er een eind komt aan de introducties en we de personen die er al zijn, kunnen opsporen. Nog steeds zitten we dan in een scenario dat erop gericht is om het de kop in te drukken.

Zodra we gevallen gaan zien – daarom houden we het ook zo nauwkeurig bij – die niet meer zijn terug te voeren op Noord-Italië, gaat de situatie veranderen. Want als dat zo is en we eigenlijk niet kunnen vinden waarom iemand besmet is geraakt, betekent dat per definitie dat het virus breder in de bevolking circuleert. Dat kan tot een niveau gaan waarop we van acht van de tien gevallen niet meer kunnen achterhalen waar iemand besmet is geraakt. Als dat zo is, begrijpt u wel dat we mijn case definition over de verbintenis met het gebied waar het virus circuleert, kunnen schrappen, want die is dan niet meer informatief. Dan kom je dus in een andere fase van infectiebestrijding. Dan weten we dat we het virus niet tegen kunnen houden. Dan is het gewoon om ons heen en kunnen we niet meer, op grond van de link, het virus helemaal de kop indrukken. Dat betekent dan ook dat onze doelen van bestrijding gaan veranderen. Het

doel is dan niet meer om het virus helemaal uit Nederland te krijgen, maar om het virus uit te smeren, zodat de zorg niet overbelast raakt. Dat is dan een ander doel dan we nu hebben. Dat betekent dus ook dat op dat moment opnieuw dingen als de case definition gaan veranderen, zoals mijn collega al aangaf. Die oorspronkelijke link met Noord-Italië, China, Zuid-Korea et cetera vervalt dan natuurlijk, want in wezen zou dan de kans groter kunnen zijn dat je het in Nederland oppikt. Dat is dan een kanteling in de wijze van aanpak en dat betekent dat we dan moeten kijken hoe effectief andere dingen kunnen zijn om die piek uit de uitbraak te houden. Een derde factor – er zijn er overigens nog meer, maar ik wil er gewoon een aantal schetsen – is de tijdsperiode waarin we nu zitten. Als we er nu toch nog in slagen om het virus zo veel mogelijk weg te drukken, zo niet steeds de kop in te drukken, zou het kunnen dat we de zomerperiode bereiken zonder dat we in die andere fase komen. U weet ongetwijfeld allemaal dat in de zomerperiode alle respiratoire virussen, alle luchtwegvirussen, minder prominent zijn, gewoon doordat men grotere afstand houdt en meer buiten is. En misschien speelt uv-licht, zonlicht, nog een rol.

Eigenlijk is het ook ons beleid, is het een van onze doelen, om die zomerperiode te halen zonder dat we een grote uitbraak hebben. Zo kan ik u nog een aantal factoren noemen die allemaal stapelen en uiteindelijk leiden tot het beleid dat ik hier probeer te duiden. Het zijn dus een heleboel factoren. Het beleid is nu gericht op de kop indrukken, maar we realiseren ons dat het verder zou kunnen gaan. Dan moeten we ons richten op het beschermen van de kwetsbare groepen in de samenleving, want dat zijn degenen die de klappen krijgen. We moeten zorgen dat de zorg toegankelijk blijft en dat die niet overbelast raakt. Dan zou het dus kunnen dat je dingen moet communiceren als: als je een beetje ziek bent, blijf dan uiteraard thuis, maar ga bijvoorbeeld niet de huisarts overbelasten. Op grond van alle gegevens weten we namelijk dat het overgrote deel van vrij jonge mensen die dit krijgen eigenlijk zonder problemen het virus klaart. Die wil je helemaal niet bij de huisarts en bij de GGD hebben. U kunt begrijpen dat de communicatie dan weer een geweldig onderdeel van het geheel wordt en opnieuw gaat kantelen. Zo hangt alles af van de fase van de uitbraak waarin we ons bevinden. Ik denk dat dat een beetje de blik is op de maatregelen naar de toekomst, waar het nodige over gevraagd werd.

Ik wil nog even ingaan op chloroquine. Er zijn zo'n zestigtal geneesmiddelen in onderzoek. Uit de eerste WHO-terugrapportages over onderzoeken in China krijgen we te horen dat het nog onvoldoende te duiden is en dat het onvoldoende helder is of chloroquine inderdaad een rol kan spelen. Onze aanpak is om af te wachten tot daar meer duidelijk over wordt, zeker voordat dat een standaardbehandeling wordt. Er zijn nog een aantal andere behandelingen gesuggereerd, waarvan we van sommige teruggerapporteerd krijgen dat ze eigenlijk geen effect hebben. Het heeft dus ook niet zo veel zin om die hier te noemen. U moet mij maar geloven als ik zeg dat het een veld is dat nauwkeurig wordt gevolgd en als daar iets uit naar voren komt wat ons zou kunnen helpen bij de behandeling van ernstig zieke patiënten, gaan we dat uiteraard direct toepassen. Hetzelfde geldt als er vaccins voor worden ontwikkeld.

Er was een vraag over de ic's. We hebben een aantal situaties gehad waarbij een patiënt op de ic achteraf besmet bleek te zijn met het nieuwe coronavirus. Dat is natuurlijk een ernstige situatie voor zo'n ic en kan er soms toe leiden dat je de ic sluit of aanvankelijk zelfs een ziekenhuis, zoals het Beatrixziekenhuis. De reden daarvoor is dat je in kaart wil brengen wat er gaande is. Je weet niet altijd op het moment dat de diagnose bekend wordt wat er precies met zo'n patiënt gebeurd is, met wie hij allemaal contact kan hebben gehad op de ic of hoe het met het bezoek is gegaan. Op zo'n moment is het dus eigenlijk heel gebruikelijk dat je de situatie even probeert te bevriezen. Bij het Beatrixziekenhuis, waarbij dat

onvoldoende helder was, ook omdat dat in het weekend gebeurde, hebben we gezegd: bevries de situatie nu en neem de tijd om het uit te zoeken; zodra je weet welke onderdelen van het ziekenhuis zeker niet besmet kunnen zijn, ga dan zo snel mogelijk weer open. Dat is bijvoorbeeld voor de dagbehandelingen en voor de verloskundige hulp allemaal gerealiseerd. Dat is allemaal om het ziekenhuis tijd te geven om het uit te zoeken. Uiteraard is hier het uitgangspunt van de ziekenhuizen dat het ziekenhuis veilig moet zijn, dat ze veilige zorg moeten kunnen verlenen en veilig moeten kunnen zijn voor de werknemers en de bezoekers. Dat is reden om de ic's even te bevriezen en het te gaan uitzoeken, en in dat ene geval was er mogelijk een flow door het ziekenhuis geweest en werd het hele ziekenhuis even bevroren. Dan verwacht je dat dat binnen redelijke termijn bekend wordt en dat je daarna weer kan openen, zoals ook bij het Beatrixziekenhuis.

Er was een hele juridische vraag waar ik in ieder geval helemaal niks van weet, maar mevrouw De Boer misschien wel. Dat komt straks.

Dan nog een vraag over de WHO: zijn dingen proportioneel of niet en moeten we meer doen? Ik denk dat ik al heb aangegeven dat we steeds per fase waarin we zitten kijken of we op dat moment goed bezig zijn, wat ons toekomstbeeld is voor de komende periode en wat we hebben gehad. We zitten nu in een fase waarbij er de introductie is van het coronavirus vanuit het buitenland. In alle gevallen die we tot nu toe helemaal hebben kunnen uitzoeken, is dat Italië geweest. We hebben ook een geval vanuit Duitsland, dat weer gelinkt was aan Italië. Wat dat betreft zitten we nu dus in een fase waarbij we introductie hebben. Ook is er verspreiding binnen gezinnen, dat we gezinsclustering noemen. Dat is typisch het beeld dat in China ook herkend werd als spelende in die fase van de uitbraak. Er wordt gerapporteerd dat in China al die getallen omlaaggaan door het beleid dat wij in wezen ook voeren: isolatie van patiënt, social distancing van contacten en isoleren op het moment dat zij patiënt worden. Dat lijkt ons nog een proportionele aanpak, want je kan niet zomaar tegen iedereen zeggen: ga bij elke neusverkoudheid apart zitten. Dat rechtvaardigt de situatie gewoon nog niet.

Op die manier proberen we dus continu te kijken wat een proportionele maatregel is, terwijl we tegelijkertijd natuurlijk dat doel nastreven waarover ik u net heb verteld, namelijk de kop indrukken van het virus. Dat is overigens ook het beleid van de WHO en dat van de Europese infectieziekteautoriteit, het ECDC, in Stockholm, en wordt dus ook gedragen door de andere landen binnen de EU. Met betrekking tot het reisadvies moet ik zeggen dat we verder gaan dan de andere landen, want dat heb ik verder nog niet gezien. Maar het ligt uiteraard aan de Ministers om dat al of niet over te nemen.

Misschien wil mevrouw De Boer nog wat zeggen over de juridische vragen?

De voorzitter:

Hartelijk dank. Mevrouw De Boer, gaat uw gang.

Mevrouw De Boer:

Het streven om te proberen de verspreiding de kop in te drukken, in de fase van containment zitten, is natuurlijk niet alleen van belang voor zorgcontinuïteit, maar zeker ook voor de continuïteit van andere hulpdiensten en gewoon van de samenleving als geheel. Ik wil met name aandacht vragen voor de politie, dat die de roosters rond kunnen krijgen. In het algemeen willen we containment bereiken, maar voor zorgpersoneel geldt dat in het bijzonder, omdat dat veel in contact is met patiënten.

Er werd gevraagd bij hoeveel patiënten het de capaciteit zou overstijgen en of het contactonderzoek dan te arbeidsintensief zou zijn. Het aantal patiënten is niet aan te geven, want dat hangt erg af van het aantal

mensen waarmee zij contact hebben gehad. De maatregel dat er direct gedacht wordt aan gezinsclusters is daar een handige in, want dat scheelt in de hoeveelheid mensen die allemaal nagetrokken moeten worden. Het is dus niet zozeer het aantal patiënten dat de werklast geeft, maar wel hoe sociaal-actief die patiënten zijn. Daarom kunnen we niet precies aangeven bij welke hoeveelheid patiënten, en zelfs niet bij hoeveel contactonderzoeken, het niet meer haalbaar zou zijn.

We schalen nu als GGD's maximaal op en proberen dat bijvoorbeeld door herprioritering voor elkaar te krijgen, of zetten anderszins gewoon de zeilen bij. Als dat niet meer haalbaar blijkt, is dat een van de overwegingen die meegenomen wordt in de vraag of we deze aanpak van containment nog wel kunnen volhouden. We willen de situatie voor zijn dat we door de feiten worden ingehaald en dat er al heel veel transmissies zijn in Nederland, voordat we denken aan de fase van containment en die niet meer te realiseren is. We willen die fase al wat geleidelijker laten overgaan in in ieder geval het denken, en daar ook op voorbereid zijn. Ik denk dat dat correct is, hè?

De heer Van Dissel:

Zeker.

Mevrouw De Boer:

Er was ook een vraag over het adaptief reageren: hoe snel kunnen we daarmee zijn? We moeten telkens adaptief reageren op een net iets veranderd inzicht; gaat dat nou allemaal wel? Dat is soms best de zeilen bijzetten, zoals ik al zei. Als je op zondagmiddag hebt begrepen dat het advies nu is dat iedereen die verkouden terugkomt uit Noord-Italië het beste thuis kan blijven, is dat wel even schakelen. In mijn geval probeer je dan om 7.10 uur bij Omroep West op de radio te komen, zodat zo veel mogelijk mensen dat nog horen op maandagochtend, zodat ze niet hun kinderen naar school brengen die verkouden zijn en net terug zijn uit Italië. Dat proberen we dus zo snel mogelijk uit te dragen, maar dat is schakelen. Hoe meer tijd, hoe beter we voorbereid zijn en hoe beter we met z'n allen nadenken – daar zijn we nu gewoon heel goed mee bezig als GGD's en RIVM samen – hoe beter die adaptatie gaat.

Wie is verantwoordelijk voor de triage in de zorg? Dat juridische vraagstuk is niet zo een-twee-drie te beantwoorden. Over de juridische grondslag daarvan kan ik zeggen dat het uiteindelijk de zorgplicht is van elke individuele arts die een patiënt voor zich krijgt om daar correct op te handelen. Maar hoe het hele gezondheidszorgsysteem in elkaar zit, is niet gebaseerd op alleen maar individuele beslissingen. In Nederland hebben wij het zogenaamde ROAZ ingericht, het Regionaal Overleg Acute Zorgketen, waarin wij in ROAZ-regio's met ziekenhuizen, verpleeghuizen, ggz-instellingen, huisartsenposten en GGD's samen in overleg treden. Hoe organiseren we de zorg in dit soort heel bijzondere situaties? Hoe gaan we dan om met isolatiecapaciteit? Hoe gaan we om met beperkt beschikbare persoonsgebonden bescherming? Al dat soort factoren proberen we per regio goed te organiseren. Het knappe van ons zorgsysteem is volgens mij dat het in dit soort bijzondere gevallen in onderling overleg ook goed lukt. Mijn ervaring in mijn regio is dat de zorginstellingen zich dan echt niet opstellen als marktpartijen, maar in onderling overleg proberen het zo goed mogelijk te organiseren, daar waar dat het meest nodig is. Dat is dus echt vanuit de bedoeling dat een arts zo goed mogelijk zorgt voor een patiënt.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan ga ik naar de heer Slootweg van de CDA-fractie. Gaat uw gang.

De heer **Slootweg** (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil beide sprekers bedanken voor de heldere uiteenzettingen. Ik wil daarbij echt onderkennen hoe belangrijk het is dat er helder en met één mond gecommuniceerd wordt. Over de verpleeghuizen – ik heb dat nog even nagelezen – stond gisteren geschreven: ziekenhuizen moeten op zoek naar alternatieve locaties om patiënten op te vangen, zoals verpleeghuizen. Dat versta ik toch echt anders dan wat de heer Van Dissel net vertelde. Ik wil dat toch nog wel even heel helder bevestigd zien.

Voorzitter. De vraag die ik het meest prangend vind, gaat over testen. In de brief van 2 maart geeft u aan dat het RIVM en het Erasmus MC nog maar één keer een test moeten doen, maar dat dat bij de twaalf opschaallocaties vaker moet gebeuren. Wat is daarvan de reden? Betekent dat dat er verschillen zitten in de manier waarop getest moet worden? De reden waarom ik dat vraag is de volgende. Kijk naar het Verenigd Koninkrijk. Het beeld is dat daar veel vaker getest wordt en dat daar de verspreiding minder groot is dan bijvoorbeeld in een land als Duitsland. Ik verwijs dan naar een sheet die u de vorige keer heeft gestuurd met blauwe bolletjes en groene bolletjes. Kunt u daar misschien nog even de relatie tussen uitleggen?

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Renkema, GroenLinks.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Dank u wel. Dank aan beide inleiders voor deze presentatie. Ook ik heb een vraag over blauwe en groene bolletjes, maar die gaat over het schema dat we vanmiddag kregen. Daaruit blijkt heel nadrukkelijk dat het beeld is dat mensen uit Noord-Italië zijn gekomen en dat vervolgens gezinsleden ziek worden. Blijkbaar is dat op dit moment de casusdefinitie. Ik schrok een beetje van het feit dat er drie bolletjes staan met mensen waarvan wordt gezegd: die kunnen we niet herleiden, maar dat zijn ook de drie mensen die in een ziekenhuis liggen. Zou het dan niet een reden zijn om mensen met longklachten in een ziekenhuis eerder te testen dan nu het geval is? Zij vallen op dit moment niet onder die casusdefinitie. Kunt u daar iets meer over zeggen?

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Jansen, PVV.

De heer **Jansen** (PVV):

Ik zal proberen mij te beperken tot één vraag, voorzitter, maar dat wordt heel lastig, want ik heb er heel veel. Maar goed, ik probeer het wel. Ik ben met name benieuwd naar het volgende. Er zijn vandaag een aantal besmettingen bij gekomen en daar zaten ook een aantal jongeren tussen. Het gaat om jongeren waarvan ik het idee kreeg dat ze naar school zijn geweest in de afgelopen periode. Klopt dat? Of zijn die, toen ze thuiskwamen van bijvoorbeeld een vakantie uit Noord-Italië, thuisgebleven? In het verlengde daarvan, en dan blijf ik bij mijn ene vraag: er zijn 900 studenten van Vindicat gaan skiën in dat gebied, en die gaan terugkomen. Dat is het gebied waarvoor een negatief reisadvies geldt. Wij proberen het met z'n allen in te perken, maar er komen wel 900 studenten terug. Wat is dan het advies van de heer Van Dissel voor deze 900 studenten? Moeten die maar gewoon thuis gaan zitten als ze terugkomen?

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Dik-Faber, ChristenUnie.

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

Dank u wel. Ook van mijn kant veel dank aan beide personen voor de heldere uiteenzetting. Mijn vraag is aan het RIVM: in hoeverre is er contact met de RIVM's, om ze zo maar te noemen, van andere Europese landen? Verschillende Europese landen nemen namelijk verschillende maatregelen. Zwitserland heeft nu, geloof ik, besloten om evenementen met meer dan 1.000 personen af te gelasten. Bij mijn weten – maar goed, het nieuws gaat allemaal heel snel, en er komen gelukkig ook veel brieven van de Minister – is dat niet een regel die in Nederland überhaupt overwogen is, maar mensen lezen wel dat dat in Zwitserland wordt doorgevoerd en hebben daar vragen over. Ik vroeg me dus af of er over dit soort stappen overleg is tussen de RIVM's binnen Europa.

De **voorzitter**:

Dank u wel. En de heer Van Otterloo, 50PLUS.

De heer **Van Otterloo** (50PLUS):

Excuses, voorzitter, ik kon niet eerder komen. Ik heb even een vraag over een achtergrondvergelijking hierbij. Bij de eerste technische briefing hebben wij het erover gehad dat in dit geval de meest kwetsbare mensen worden getroffen, net als bij de gewone griep. Ik ben benieuwd of er vanuit het RIVM nog achtergrondinformatie kan worden gegeven over hoe het nu zit met de griep. Veel mensen maken zich natuurlijk zorgen en denken vervolgens: heb ik nou een gewone griep, of heb ik het coronavirus? Ik zou ook willen weten hoe het zit met de sterfte aan de gewone griep van dit jaar, omdat we daar de afgelopen jaren hoge aantallen van hebben gezien.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank. Dan geef ik het woord aan de heer Van Dissel. Gaat uw gang.

De heer **Van Dissel**:

Dank u wel voor de vragen, want die geven me de gelegenheid om wat dingen toe te lichten die belangrijk zijn.

Allereerst even over de testen. Dit is een nieuwe test. Zonder al te diep in detail te gaan: we spreken van een moleculaire test. Dat betekent dat je bepaalde genetische informatie van het virus versterkt, zodat je het kan waarnemen. Dat doe je dan op een specifieke wijze. Als je een versterking krijgt, weet je dat het virus aanwezig is, en als de test negatief is niet. Die testen gaan niet zomaar honderd procent goed. Dat betekent dat er ervaring mee moet worden opgedaan. In Nederland hebben we een systeem waarbij die ervaring initieel wordt gebruikt. Dat wil zeggen: op het moment dat er bij wijze van spreken in China een tweede patiënt was, zijn het RIVM en het Erasmus MC al begonnen om die testen op te zetten. Dat is de manier waarop er gewerkt wordt: je begint met laboratoria die ervaring hebben met het opzetten van nieuwe testen om zo snel mogelijk zoiets gereed te hebben. Mocht er een patiënt naar Nederland komen, dan kan je vaststellen of er al dan niet sprake is van de diagnose. Inmiddels hebben we redelijk wat ervaring opgedaan. We hebben die hele periode tot nu toe steeds elkaars resultaten geconfirmeerd. Dat doen we niet voor niks, want we hebben resultaten gehad die niet eenduidig waren. Dat betekent dat je van elkaar moet leren om uiteindelijk een goede conclusie te kunnen trekken met betrekking tot de uitkomst. Tegelijkertijd hebben we, ons realiserende dat dit toenam, onze zogenaamde opschalingslaboratoria erbij betrokken. Dat wil zeggen: twaalf tot veertien laboratoria die opnieuw begonnen met het opzetten van de test. En ook daar hebben we weer ervaring mee moeten opdoen. Daarbij hebben we afgesproken dat wij, nu het RIVM en het Erasmus MC al enige tijd samen weten dat ze beide dezelfde uitslagen geven, stoppen

met elkaar te confirmeren, wat een versnelling betekent van de diagnostiek. Tegelijkertijd vragen we aan ziekenhuizen die nu begonnen zijn met de testen om in de eerste fase – dat is nog voor vijf positieve en tien negatieve – wel bij het Erasmus of het RIVM die confirmatie te vragen. Dan zijn zij ook weer volledig geschikt, om het zo te noemen, en dan gaan we weer met de volgende laboratoria verder. Dit is dus eigenlijk een afspraak tussen laboratoria om zeker te weten dat de testen goed worden uitgevoerd.

Dan was er een vraag – nu we het over testen hebben – met betrekking tot ziekenhuizen. Waarom verbreedt u de testdefinitie of de casusdefinitie? Voor de duidelijkheid, als u de casusdefinitie leest, dan zal het u opvallen dat het een definitie is die gebruikt wordt in de publieke gezondheid. Het gaat uit van iemand die koorts krijgt en die een epidemiologische link heeft met een gebied. Daarop identificeren we mogelijke nieuwe gevallen. We hebben ons gerealiseerd dat er ook weleens patiënten direct naar het ziekenhuis kunnen komen die zo snel beademd moeten worden, dat je geen verhaal kunt afnemen. Dan kom je er niet achter of er zo'n link is. We hebben helaas een aantal patiënten zo herkend. We hebben vorige week maandag, de 24ste, aan alle betrokkenen gecommuniceerd dat ze daaraan moeten denken. Dat is een voorbeeld van hoe we die case definition, waar collega De Boer het ook over had, continu aanpassen. Wij doen dat via zogenaamde infect-berichten. Via de eerste presentatie kan ik u even laten zien hoe dat eruitziet.

De voorzitter:

De heer Hijink heeft een vraag.

De heer Hijink (SP):

Ik heb een technische vraag, misschien een heel onnozele. Als iemand aan de beademing ligt, is het natuurlijk lastig praten, maar iemand heeft toch familie en bekenden met wie dan gesproken wordt over waar iemand geweest is enzovoort?

De heer Van Dissel:

Uiteraard, en dat gebeurt natuurlijk ook. Ik wil alleen even laten zien dat het soms ingewikkeld kan zijn. Uiteraard vraag je dat uit, maar niet alles gaat perfect. Het zijn misschien wat slechte opnamen van een beeldscherm, maar wij hebben zogenaamde lab-infect-berichten. Die sturen we aan zo'n 2.500 Nederlandse betrokkenen. Dat zijn virologen, medisch microbiologen, arts-infectiologen. Die zijn we continu aan het updaten van de case definition als wij dat nodig vinden. Die updates zijn echt op de minuut. We willen direct iets kunnen communiceren. Later volgt het op de website. Ik laat nu zien het bericht van 24 februari jongstleden: we suggereren hier dat er een uitbreiding van de syndroomsurveillance moet zijn naar onbegrepen pneumonie in het ziekenhuis. Met andere woorden, als je een patiënt in het ziekenhuis hebt, op de ic of niet, en je begrijpt het niet goed, dan wordt aangeraden om het coronavirus te bepalen. Op deze manier communiceren we met de groep en proberen we zo up-to-date mogelijk iedereen gespist te houden dat het ook weleens niet aan de case definition kan voldoen en dat er dan toch reden kan zijn om te testen. Bij het OMT, waarover u bent geïnformeerd, hebben we het hier natuurlijk ook over gehad. Toen hebben we het zelfs nog breder getrokken. Ziekenhuizen wordt, op het moment dat zij onzeker zijn over een bepaalde patiënt, aangeraden om het te doen, want de test kost relatief weinig ten opzichte van wat je moet doen als het uiteindelijk toch positief blijkt. Dat even met betrekking tot de testen in het ziekenhuis.

Er is een vraag gesteld over besmettingen op school, althans over één geval. Ik ben nog niet volledig op de hoogte van alle nieuwe gevallen die ik net genoemd heb; het is natuurlijk een continu proces. Een van de kinderen die positief getest is, is precies zo'n voorbeeld van iemand die uit

Noord-Italië terugkwam. Hij werd wat snotterig. De ouders hebben hem meteen apart gehouden. Ze hebben eigenlijk al de nieuwe definitie gevolgd van sociale distancing. Toen het verder ging, is hij getest. Dat is eigenlijk een mooi voorbeeld. Het is altijd verwarrend en moet meer uitleg krijgen, maar je past het beleid dan net iets aan om te voorkomen dat het zich verder verspreidt.

Dan het reisadvies voor de studenten. Ik ken niet alle details, maar stel dat er studenten in Noord-Italië zijn geweest. Dan vallen ze onder wat ik u heb uitgelegd. Ze moeten zichzelf in de gaten houden. Als ze zich gezond voelen, is het prima. Maar op het moment dat ze een neusverkoudheid krijgen of andere klachten, moeten ze aan social distancing gaan doen en moeten ze geen nieuwe contacten meer aangaan. Ze moeten uiteraard het ziektebeeld volgen. Het kan zich ontwikkelen tot het wél voldoet aan de case definition, bijvoorbeeld omdat ze er dan koorts bij krijgen. Als de verkoudheid gewoon voorbijgaat, dan gaat het voorbij en dan kunnen ze weer door. De groep moet gewoon oplettend zijn op hun gezondheidsconditie. Als daar dingen in optreden, dan moeten ze zich beperken. Als ze meer krijgen, zoals hoesten en koorts, dan moeten ze de huisarts raadplegen en worden ze getest.

De voorzitter:

Ik wil eigenlijk geen aanvullende vragen toestaan.

De heer Jansen (PVV):

Het is geen vraag, maar die groep studenten komt dit weekend terug. Ik mag toch hopen dat iemand hen op de hoogte brengt van dit advies.

De heer Van Dissel:

Dat lijkt mij heel nuttig, want zij zullen dit gemist hebben omdat ze aan het skiën waren. Ik denk dat we hier aandacht aan moeten besteden. Verder geven we natuurlijk ook aandacht door dit soort bijeenkomsten, via kranten en via de website. Ik roep nog even in herinnering dat onze website de afgelopen vijf dagen dagelijks door meer dan 1,2 miljoen mensen bezocht is. Dat zijn page-bezoeken. Het is echt ongelofelijk veel. Het voorziet blijkbaar in een informatiebehoefte, want anders zou men er niet naartoe gaan. Dit soort dingen staat er natuurlijk prominent op. Maar dit is zo'n grote groep, dat ik mij kan voorstellen dat we daar apart aandacht aan moeten geven. Men moet goed getriggerd worden. Een uitstekend punt.

De voorzitter:

Mevrouw Diertens, ik ga geen discussie toestaan. Misschien hebben we er zo meteen nog een gelegenheid voor. Ik verzoek de heer Van Dissel om verder te gaan.

De heer Van Dissel:

Misschien kan mevrouw De Boer iets toevoegen.

Mevrouw De Boer:

Ik kan niet helemaal spreken voor mijn collega uit Groningen, maar als het bij ons zou gebeuren, dan zouden wij zo'n groep informeren voordat ze terug zijn. Het is typisch een GGD-taak om dit soort bijzondere groepen te benaderen.

De heer Van Dissel:

Ten slotte was er een vraag over de huidige griep. Ik ken nog niet de getallen van deze week, maar we zien het weer afnemen. De eventuele oversterfte daarvan kennen we pas over een halfjaar of nog verder weg. Dat zijn berekeningen waarvan we eerst nog de getallen moeten krijgen. Dat is dus nog onbekend.

De voorzitter:

Er ligt nog een vraag van mevrouw Dik-Faber over contact met RIVM's uit andere landen.

De heer Van Dissel:

Ik ben ook nog een vraag over Zwitserland vergeten. We hebben veel onderling contact met de Europese RIVM's. Dat gaat via e-mail. We hebben het ECDC in Stockholm. Dat heeft een management board en een advisory forum, waar personen zoals bij het RIVM zitting in hebben. Die hebben ook frequent onderling contact, zeker als er veranderingen zijn. Het ECDC benadert ons frequent over mogelijke voorstellen wat betreft case definition. Voor de duidelijkheid, de definitie die wij gebruiken, is de definitie die het ECDC aanraadt. Het antwoord is dus dat we daar veel contact over hebben.

Dan de specifieke vraag over het niet laten doorgaan van een evenement. Kijk, wat je doet met evenementen is natuurlijk heel erg contextbepaald. En dit evenement in Zwitserland was een evenement waar zeer veel personen van buiten Zwitserland naartoe komen, ook uit Noord-Italië. En ja, dan laat het antwoord wat men dan kiest zich raden.

De voorzitter:

Mevrouw De Boer, heeft u nog meer aanvullingen?

Mevrouw De Boer:

Ja, over de evenementen. Totdat de burgemeester zegt dat ze niet door mogen gaan, is het de verantwoordelijkheid van de organisator om met alle hygiëne-adviezen die hij krijgt van GGD en GHOR zijn evenement te organiseren. Dat wordt niet overgenomen totdat het echt een advies is dat zo'n evenement niet meer mag. De verantwoordelijkheid ligt bij de organisator.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Het is 17.45 uur. Er is geen tijd om alle leden nog een vraag te laten stellen. Ik kijk daarom even rond voor de heel urgente vragen. Ik ga u echt vragen om één vraag te stellen en zal u daar scherp aan houden. Geen discussie of anderszins, maar echt een concrete vraag. Mevrouw Diertens.

Mevrouw Diertens (D66):

Over de triage van het ziekenhuis heb ik toch een heel duidelijke vraag. Als er nu toch heel veel mensen met het coronavirus moeten worden opgenomen, moeten andere mensen die ingepland zijn, worden afgezegd en kunnen eventuele spoedeisende gevallen niet meer in het ziekenhuis terecht. Dan moet er een triage plaatsvinden. De vraag is: wie is juridisch verantwoordelijk voor die triage?

De voorzitter:

Helder. Dank u wel. Mevrouw Sazias heeft geen vraag. Dan de heer Hijink.

De heer Hijink (SP):

Dank. Ik zou graag willen weten wie er de eindverantwoordelijkheid voor draagt dat ziekenhuizen en huisartsenpraktijken voldoende beschermingsmiddelen hebben. Wij horen dat er bij tandartsen in Amsterdam al een tekort is aan bijvoorbeeld mondkapjes. Is dit uiteindelijk een taak van de Minister of van de GGD? Wie coördineert het dat al onze huisartsen en zorgverleners voldoende beschermingsmiddelen hebben?

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Van der Staaij.

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

Ik heb nog een vraag over China omdat daarmee de vergelijking werd getrokken dat indamming kan helpen of kan werken. Mijn vraag is of ons beleid wel vergelijkbaar is met China, want het lijkt mij dat daar een sterkere inzet op isolatie aanwezig is. Kunt u die vergelijking nog maken?

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Slootweg.

De heer **Slootweg** (CDA):

Een beetje in het verlengde van de vraag van de heer Jansen. Het valt mij op dat er in de tabelletjes die werden getoond, procentueel weinig kinderen te zien zijn. Maar in Nederland zijn er nu geloof ik al twee à drie kinderen. Is daar een verklaring voor te geven?

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Jansen.

De heer **Jansen** (PVV):

Een vraag over consistentie in beleid. Het Europees parlement heeft vandaag een schrijven doen uitgaan waarin het heel ver gaat. De kernactiviteiten van het parlement gaan door, maar veel andere activiteiten worden afgelast, waaronder bezoeken van delegaties, hoorzittingen, seminars, evenementen en dat soort zaken. Is dat ook aan te bevelen voor de Kamer? Of heeft men Europees toch een andere richtlijn dan wij hier hanteren?

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Dik-Faber.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik heb een aanvullende vraag. Ik heb het nu maar gewoon even opgezocht. Een aantal scholen in Frankrijk sluiten. Duitsland heeft ervoor gekozen om een reisbeurs af te gelasten. In Zwitserland zijn alle evenementen met meer dan 1.000 bezoekers afgelast. Dat gaat dus niet alleen om dat ene evenement, maar om alle evenementen waar meer dan 1.000 bezoekers komen. In Frankrijk is een halve marathon afgelast. Mensen lezen dit in de krant en vragen zich af of Nederland niet te weinig doet. Daarom was mijn vraag of hierover afstemming plaatsvindt binnen de Europese RIVM's. Je ziet dat elk land zijn eigen maatregelen neemt. Mensen snappen dat niet. Hoe vindt die afstemming plaats? Wie neemt die besluiten? Europa is klein en we reizen allemaal ... U snapt het.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dank voor uw constructieve bijdragen. De heer Van Dissel. Gaat uw gang.

De heer **Van Dissel**:

Eerst de vraag over triage. Misschien is het nuttig om de volgende keer hier ook iemand uit het ziekenhuiswezen bij te vragen. Ik weet dat ziekenhuizen bezig zijn om juist dit soort dingen te adresseren. Dit betekent dat ziekenhuizen plannen hebben: er komen zoveel patiënten; hoe vangen we hen op? Uiteraard betekent dit ook dat er plannen zijn voor de situatie waarin men het niet meer aankan op de normale wijze. De ziekenhuizen maken daarin dan een prioritering. Je gaat dan kijken wat de meest essentiële dingen zijn die je nog moet doen, zoals trauma's en sommige hartoperaties. Electieve operaties, bijvoorbeeld voor een kunstheup, laat je dan vallen. Dat soort plannen zijn er en worden gemaakt. Die zijn allemaal bedoeld om zo flexibel mogelijk op te kunnen lossen waar de situatie om vraagt. Ik denk dat u dat bedoelde met het

trriageaspect. De juridische verantwoordelijkheid hiervoor weet ik niet. Die ligt of bij het beleid of bij het ziekenhuisbestuur. Men heeft natuurlijk een relatie met de patiënt. Ik weet niet of mevrouw De Boer daar wat van weet?

Mevrouw De Boer:

Ziekenhuizen prioriteren natuurlijk de hele tijd. Niet iedereen die zich presenteert bij de voordeur wordt opgenomen. Niet iedereen die denkt dat hij heel ziek is, wordt heel lang behandeld in een ziekenhuis. In feite is dit niet anders: het is prioriteren op wat het meest nodig is voor de gezondheid in een bepaald gebied, in een bepaalde catchment area van een ziekenhuis.

De heer Van Dissel:

Dan met betrekking tot de eindverantwoordelijkheid voor allerlei materialen en dergelijke voor ziekenhuizen en huisartsen. Die ligt natuurlijk niet bij de inhoudelijk deskundige. Ik kan u daarvoor alleen maar naar VWS verwijzen, want ik heb daar geen definitief antwoord op. Er was een vraag met betrekking tot isolatie en quarantaine in China. De aanpak is in feite exact hetzelfde. Ook in China kiest men voor isolatie van zieken en in quarantaine plaatsen van contacten. Men heeft in China natuurlijk meer gedaan, zeker bij de stad Wuhan. Dat deed men omdat in dat gebied de situatie klaarblijkelijk zo uit de hand gelopen was en omdat er misschien zo weinig krachten voorhanden waren om op dat moment al die individuele personen en contacten na te gaan. In zo'n geval ga je het grootschaliger aanpakken. Maar er zijn geen principiële verschillen tussen wat China doet in zijn aanpak, zeker niet voor die clusters buiten de provincie, en de aanpak die wij kiezen.

Er was ook een vraag over kinderen. Dat is natuurlijk opmerkelijk. Overigens heeft u kunnen zien dat de teller eentje minder is dan u misschien eerder heeft gezien vandaag. Dat komt omdat we één kind – dat is een van de twee kinderen die u noemde – eerder hadden afgegeven als positief. Dat deden we uit zorgvuldigheid omdat de test dat suggereerde. De test hebben we daarna een paar keer herhaald en bleek negatief te zijn. Uiteindelijk hebben we dit kind verwijderd, dus dat is er in ieder geval al een minder. Ik denk dat dit wordt gecorrigeerd als er veel meer gevallen zijn. Als het gaat om gevallen die we nu zien, qua leeftijd en ik denk eerlijk gezegd ook qua ernst, merk ik op dat het in het begin altijd een totaal andere mengeling is dan wanneer je een grotere groep opbouwt. Daardoor ga je per definitie meer naar het gemiddelde. Ik denk dus echt dat dit toeval is.

Dan was er een vraag over het Europees parlement. Ik kan me de maatregelen heel goed voorstellen. U moet het eigenlijk een beetje vergelijken met de volgende situatie. Als we in Nederland bijvoorbeeld alleen een probleem hadden in Zeeland, dan zouden we misschien ook denken: is het verstandig om daarmee te confereren? In het Europees parlement komen natuurlijk ook een heleboel mensen uit Italië, om maar een voorbeeld te noemen. Ik denk dat men zich realiseert dat het onverstandig is om hen vrij toe te laten, omdat je daarmee een brandhaard kan creëren. In die setting is het dus logisch om maatregelen te nemen terwijl dat in het Nederlandse parlement nog helemaal niet geldt. Dat is op dit moment denk ik daar het antwoord op.

Opnieuw was er een vraag over de evenementen. Evenementen niet doen kan zeker effect hebben. Die effecten zijn verschillend, afhankelijk van de fase waarin je ze uitvoert. Als je evenementen niet door laat gaan als er een uitbraak is die steeds toeneemt, zal je over het algemeen zien dat de piek wat lager is, domweg omdat je niet plotseling een soort versterking hebt van de besmettingen vlak voor de piek. Als je dat aan het begin doet op het juiste moment – dat is dan wel de crux van het antwoord – kan het de uitbraak wat vertragen. Als je het afzegt op een moment dat er nog

nauwelijks circulatie is, dan heeft het geen effect. Dat is de situatie zoals we die nu in Nederland inschatten. Dit betekent niet dat dit niet zou kunnen gelden in de toekomst. Dit moet gewoon gemodelleerd worden. We moeten daar de juiste tijden voor kiezen. Daarbij gaan we uit van de NIVEL-peilstations, maar ook van talloze ziekenhuizen die al aan de hand van retrospectief onderzoek onder een heleboel patiënten hebben bepaald of ze geen patiënten gemist hebben. Bijvoorbeeld het UMC Utrecht heeft dat fantastisch gedaan. Dan blijkt dit niet zo te zijn en krijgen we dus zekerheid dat de circulatie in Nederland toch nog meevalt. Dan heeft het geen zin om evenementen af te gelasten, want dan kunnen ze nog niet als versterker dienen. Dat is iets wat we nauwkeurig moeten volgen. Op het moment dat het speelt, moeten we bepalen of het op dat moment in de juiste context gebeurt. Dat waren de vragen.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank. Mevrouw De Boer nog voor een verdere toelichting. Gaat uw gang.

Mevrouw **De Boer**:

Dat de circulatie meevalt, zou ik nog iets preciezer willen formuleren. Dat is aan de orde als de circulatie alleen in incidentele gevallen – dat stond heel mooi op dat plaatje met de gele vierkantjes – helder is gemaakt en we in andere gevallen nergens hebben gevonden dat er sprake is van circulatie.

De heer **Van Dissel**:

Voor de duidelijkheid: niet uitsluiten.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank. Mevrouw Sazias had toch nog een vraag die was blijven liggen in eerste instantie. Gaat uw gang.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Die vraag gaat over de besmettelijkheid van gewone griep. Griep is al een dag van tevoren besmettelijk.

De heer **Van Dissel**:

Ook voor die griep geldt – dat geldt in zijn algemeenheid voor luchtweginfecties – dat het virus achter in de keel of hoog in de luchtwegen zit. Daar vermenigvuldigt het zich. Dat gebeurt natuurlijk tot het moment dat iemand klachten krijgt. Dan is er als het ware zo'n afweerreactie nodig dat je koorts ontwikkelt en dan kunnen er afwijkingen ontstaan. Dat virus is daarvoor natuurlijk al even aanwezig. Om zich te verplaatsen naar iemand anders heeft dat virus een vehiculum nodig, bijvoorbeeld druppeltjes. Zolang iemand geen druppeltjes produceert, heeft het virus weinig kans om over te gaan. Dat kan ook afhangen van de exacte plek waar de meeste vermenigvuldiging plaatsvindt. Griep begint meestal heel acuut met rillerigheid en plotselinge hoge koorts. Bij griep is het dan zo dat je, zeker als je de koorts als startpunt neemt, het al wat eerder kan verspreiden – dus al voordat je zegt «ik heb griep» – bijvoorbeeld omdat je al begint te niezen. Zo moet u dat eigenlijk zien. Dat zou in theorie ook bij het nieuwe coronavirus kunnen gelden; dat weten we gewoon niet zeker. Alleen is uit onderzoek in China wel gebleken dat het aantal patiënten dat ze op deze manier konden verklaren, gewoon beperkt is ten opzichte van de groep die echt domweg wordt aangehoest en aangeniest of via contact wordt besmet. We kunnen dus zeker niet uitsluiten dat het een rol speelt, maar het gaat uiteindelijk wel om de details. Alles wat we nu hebben, suggereert dat die rol beperkt is wat betreft de hele uitbraak.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Kijkend naar de klok stel ik voor dat we de bijeenkomst beëindigen. Ik wil de heer Van Dissel van het RIVM hartelijk danken voor zijn aanwezigheid en de beantwoording van de vragen. Dat geldt ook voor mevrouw De Boer van GGD Haaglanden namens alle GGD's. Ook hartelijk dank voor uw beantwoording.

In de richting van de Kamerleden merk ik op dat er een herzien schema is ingediend; zij hebben dat ongetwijfeld zelf al gezien. Donderdag om 10.15 uur hebben we het debat over de ontwikkelingen rondom de verspreiding van het coronavirus. Daarmee wil ik de Kamerleden hartelijk danken voor hun inbreng. Ik dank de mensen hier en thuis voor hun belangstelling voor deze technische briefing.

Sluiting 17.56 uur.