

Vergaderjaar 2019–2020

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 311

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 28 april 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 16 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, Van Haga, Hijink, Klaver, Van Kooten-Arissen, Krol, Lodders, Ouwehand, Van der Staaij en Veldman,

alsmede mevrouw Van Diemen-Steenvoorde, de heer Van Dissel, de heer De Gouw en mevrouw Nieuwenhuizen.

Aanvang 9.30 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen, hartelijk welkom bij de technische briefing over de update van het coronavirus. Ik heet u van harte welkom bij deze technische briefing. Ik wil graag namens alle leden van de commissie onze gasten bijzonder welkom heten. Aan tafel zitten inmiddels de heer Van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM, en de heer De Gouw, directeur publieke gezondheid van de GGD Hollands Midden. In de zaal hiernaast zijn voor de tweede ronde aanwezig mevrouw Van Diemen, Inspecteur-generaal van de Inspectie van de Gezondheidszorg en Jeugd en mevrouw Nieuwenhuizen, voorzitter/bestuurder van Verenso, de vereniging van en voor specialisten ouderengeneeskunde. En natuurlijk hartelijk welkom aan de Kamerleden en aan de mensen die deze technische briefing volgen.

Richting de leden zou ik willen aangeven dat we vandaag weer dezelfde werkwijze hanteren als vorige week. Gezien de grote belangstelling voor deze technische briefing zou ik u willen voorstellen dat ieder lid maximaal twee vragen stelt aan de vier sprekers. Het is dus aan u welke keuze u daarin maakt. Ik stel voor om, zoals ook bij eerdere briefings het geval was, na de vraag direct over te gaan naar het antwoord van de sprekers. Zoals gezegd open ik graag deze technische briefing met de presentatie van de heer Van Dissel. Richting de mensen die deze briefing volgen, wil ik aangeven dat de presentaties van de vier gasten inmiddels op de website van de Tweede Kamer zijn gepubliceerd. Mag ik het woord geven aan de heer Van Dissel? Gaat uw gang.

De heer Van Dissel:

Dank u wel. Ik wil u vanochtend weer meenemen in een aantal aspecten van de coronavirusinfectie. Ik wil u even een update geven over waar we nu staan, een aantal dingen over de modulering laten zien en ten slotte zal ik een aantal aspecten benoemen van verpleeghuiszorg, ook al weet ik dat die straks ook uitgebreid aan bod komen bij collega Nieuwenhuizen. Ook zal ik nog wat algemene zaken benoemen.

Allereerst even de huidige situatie. Ik begin weer even met het bekende overzicht: een nieuwe virusinfectie die vooral de bovenste luchtwegen en de longen betreft en die je overdraagt via druppels en contact. We kunnen er acties tegen ondernemen, namelijk door onze handen frequent te wassen, een afstand van 1,5 meter te houden en, als we betrokken zijn bij de zorg, dat te doen met de juiste persoonlijke beschermingsmiddelen. Over het algemeen doen we dat in ziekenhuizen, verpleeghuizen en verzorgingshuizen, waar we eventueel cohortering toepassen: patiënten bij elkaar leggen op een afdeling. We moeten ook bescherming toepassen omdat er aerosolvorming kan plaatsvinden, wat andere consequenties heeft dan wanneer het via een druppel wordt overgedragen. Er is een ziektebeeld met een korte incubatietijd van minder dan een week en een korte serietijd – dat is de tijd tussen verschillende cycli in een cluster – van ongeveer 3 tot 5 dagen, waarin het de potentie heeft om zich snel te verspreiden.

Hoe zit het momenteel in Nederland? Het systeem dat we via de GGD hanteren, het zogenaamde Osiris-systeem, heeft momenteel meer dan 28.000 meldingen. Daarvan zijn er ongeveer iets meer dan 9.000, dus 32%, opgenomen in het ziekenhuis, waarvan weer ongeveer een derde op de ic-afdeling ligt, inmiddels zo'n 1.186. Het zijn er wat meer geweest. Het aantal overleden patiënten is ruim 3.000. Dat betreft de groep die als zodanig gemeld en herkend is. Ik kom daar zo nog even op terug, want dat is een onvolledige rapportage. We zien dat ongeveer een kwart tot een derde van de meldingen zorgmedewerkers betreft, maar dat heeft alles te maken met het testbeleid, dat ook gericht is op bescherming van zorgverleners en het vroeg kunnen testen van zorgverleners. Dat is een belangrijk systeem dat wij gebruiken om de vinger aan de pols te houden. We hebben nog twee andere systemen. We hebben virologische dagstaten. Dat zijn meldingen van alle testen die gedaan zijn. U ziet dat dat er inmiddels zo'n 140.000 zijn, waarvan er 29.000 positief zijn. Dat is ongeveer 21% van alle testen die zijn ingestuurd. Dat komt vanuit de virologische laboratoria. Ten slotte hebben we ook het testsysteem bij huisartsen, het NIVEL-systeem, peilstations. We dekken met 41 huisartsen ongeveer 0,8% van Nederland. Personen komen naar de huisarts toe met griepachtige klachten en die worden bemonsterd. U ziet dat in de grafiek weergegeven. De rode bemonsteringen zijn uiteindelijk de coronavirusinfecties. De blauwe bemonsteringen zijn andere oorzaken, zoals bijvoorbeeld influenza. We noemen dit systeem met een officiële naam sentinel surveillance, wat betekent dat we hiermee een soort thermometer in de maatschappij hebben. U ziet dat sedert 4 februari, toen we begonnen zijn met dit systeem, 470 bemonsteringen zijn getest, waarvan er 47 positief zijn. U ziet dat het momenteel de laatste weken absoluut gezien niet toeneemt. Al met al is rond de 6% van de monsters positief en dat zijn vooral monsters die door huisartsen in de regio's Brabant, Zuid-Holland en Limburg zijn afgenomen.

Als u naar de verspreiding over Nederland kijkt, ziet u de bekende kaartjes met de intensiteit van de kleur die weergeeft hoeveel gemelde patiënten het betreft. Die zijn bijgewerkt tot gister. U ziet nog steeds de clusteringen in Overijssel, Limburg en Noord-Brabant en een deel bij Goeree-Overflakkee en De Biesbosch, deels in Zuid-Holland. Daar zijn cumulatief nog de meeste gevallen gemeld. U ziet dat de opgenomen patiënten daar eigenlijk een evenredige afspiegeling van zijn. Dat is het kaartje aan de rechterzijde met de blauwe kleuring.

We gaan nog even inzoomen op de opnames per provincie, want dat is natuurlijk toch het meest harde gegeven, omdat dat uiteindelijk personen zijn die door de huisarts zodanig worden beoordeeld dat ziekenhuisopname noodzakelijk is. U ziet opnieuw het beeld, waarbij ik weer even de aandacht erop wil vestigen dat het noorden van het land, namelijk Drenthe, Friesland en Groningen, nog een gering aantal patiënten heeft gezien. Dat ziet u ook in de provincies opgesplitst in de grafiekjes aan de rechterzijde. De drie bovenste zijn de drie bovenste provincies. U ziet dat daar een gering aantal gevallen is. U ziet dat naar beneden toe, met name in Noord-Brabant en Zuid-Holland, de meeste gevallen zijn. Maar overall zie je ook dat de aanvankelijke toename toch gevolgd is door een afvlakking van de curve. We moeten daarbij steeds aangeven dat er een rapportagevertraging is, waardoor we het eind van de curve niet direct zo kunnen interpreteren dat die diep naar beneden gaat. Er komen altijd nog wat tellingen die wat later worden gemeld en die we dan weer moeten verdelen over deze curves. Maar al met al zie je in eigenlijk alle provincies een afvlakking van het aantal gevallen, terwijl de noordelijke provincies nog relatief onaangetast zijn.

Op de volgende dia ziet u de gemelde gevallen die helaas hebben geleid tot overlijdens. Deze curve lijkt ook iets af te vlakken, maar minder dan de andere curves. Dat is ook begrijpelijk, want dat loopt altijd wat achter. Personen zullen opgenomen zijn in ziekenhuizen en na een zekere tijd

kunnen komen te overlijden, en dan wordt het pas gemeld. Die curves zullen dus achterlopen op de curves die we net hebben gezien. U ziet ook hier dat het iets afvlakt. We weten dat de linkercurve, die de gemelde personen betreft, een selectie is of in ieder geval een onvolledige rapportage van alle personen die zijn komen te overlijden. Vandaar dat we ook gebruikmaken van de gegevens van het CBS, dat alle overlijdens in Nederland registreert, maar daar natuurlijk niet altijd de oorzaak aan kan koppelen. U ziet bij de rechterondercurve in de gele balk de gemiddelde overlijdens, die door de seizoenen heen altijd wat zullen wisselen. Met name in de wintermaanden is er altijd wat meer sterfte dan in de zomermaanden. U ziet ook dat die curve zo nu en dan erdoorheen komt, zo ook twee jaar geleden toen we een heftige griepgolf hadden. Die leidde toen tot een oversterfte van zo'n 10.000 personen; dat is het piekje dat u aan de linkerzijde ziet. U ziet dat er daarna twee griepseizoenen zijn geweest met slechts een zeer gering aantal extra overlijdens ten opzichte van de gemiddelde curve. En u ziet dat die curve recent weer omhoog is gegaan. Dat moet natuurlijk straks retrospectief worden uitgezocht, maar het zal naar alle waarschijnlijkheid toch vooral COVID-19-patiënten betreffen die komen te overlijden door de coronavirusinfectie, mede op grond van onderliggende medische problemen die ze kwetsbaar maken. U kunt zich ook voorstellen dat als er een aantal seizoenen zijn geweest met een heel milde groep, je een zekere opbouw hebt van het aantal kwetsbare patiënten dat gevoelig is, als er een heftige griep of een nieuwe infectie zoals de coronavirusinfectie komt.

Ten slotte. Aan de bovenzijde ziet u, voor de Europese landen weergegeven met de gele bolletjes omgeven door de bruine lijntjes, de plaats die we innemen ten opzichte van andere landen met het aantal overlijdens per 100.000 inwoners. Dan ziet u dat Nederland zich bevindt in de lijn van België, dat iets hoger ligt met betrekking tot de sterfte, het Verenigd Koninkrijk en Frankrijk. Die bevinden zich allemaal rond de lijn waar Nederland zich ook in bevindt. Wat dat betreft lijkt de sterfte in Nederland overeen te komen met de overlijdens in andere Europese landen. Ik ga door. De volgende slide toont linksboven het aantal gemelde patiënten en linksonder het aantal opgenomen patiënten in de tijd, opnieuw om even aan te geven dat we met name bij het aantal opgenomen patiënten de daling zien, terwijl we dat misschien nog wat minder zien bij het aantal gemelde patiënten. Dat komt omdat het aantal gemelde patiënten zeer sterk samenhangt met het testbeleid. Als er meer mensen worden getest, verwacht je ook dat je meer positieve gevallen gaat vinden, die dan vaak lang niet altijd ziek genoeg zijn om opgenomen te worden. De opgenomen patiënten zijn een selectie van de ziekere patiënten uit de bovenste groep. U ziet dat er daar een duidelijke afvlakking is. Naarmate we meer gaan testen en ook meer minder zieke personen gaan testen, zult u gaan zien dat de grafiek van de gemelde personen afvlakt maar gelijk blijft, terwijl het aantal opgenomen patiënten toch kan afnemen omdat het een selectie daarvan, namelijk de zieksten, betreft.

Aan de rechterzijde ziet u weer de leeftijdscohorten van de meldingen, van de opgenomen patiënten en van de patiënten die zijn komen te overlijden. U ziet dat de ziekte eigenlijk over alle leeftijdsgroepen voorkomt, maar dat er toch een onderrepresentatie is van de groep tot 20 jaar. Als we dat berekenen, komt het er ongeveer op neer dat 1% van alle ziektegevallen plaatsvindt in de leeftijd onder de 20 jaar. U weet waarschijnlijk dat ongeveer 22% van Nederland onder de 20 jaar is, dus er is daar een onderrepresentatie. U ziet naarmate de leeftijd vordert een vrij stabiel beeld, waarbij wat meer mannen dan vrouwen lijken te zijn aangedaan. Dat kan een heleboel redenen hebben.

De middelste grafiek toont de opgenomen patiënten. Die zijn over het algemeen wat ouder dan alle gemelde patiënten. Dat is ook begrijpelijk, want opnames volgen vaak ook onderliggende medische problemen die

ontregelen door de COVID-infectie. Aan de onderzijde ziet u ten slotte de groep die is komen te overlijden. U zien ook dat daar de mediane leeftijd 80 tot 85 jaar is. Dat zijn toch de ouderen die omwille van de leeftijd over het algemeen al onderliggende medische problemen zullen hebben gehad. U ziet dat daar ietsje meer mannen dan vrouwen zijn overleden. Bij de ic-opnames zien we ook een afvlakking. U hebt daar ook in de media over kunnen lezen. Ook daar is weer enige onzekerheid over de laatste rapportages, maar toch is het duidelijk dat we daar de piek voorbij zijn. Dat ziet u zowel bij de nieuwe patiënten op de ic als bij de cumulatieve aantallen, die inmiddels wat beginnen af te nemen. U hebt ook in de krant kunnen lezen dat er 30 of 40 minder ic-plaatsen bezet zijn dan de dag tevoren. Dat zien we uiteraard ook terug in de meldingen. Dat is gebaseerd op het NICE-systeem, waar collega Gommers u hier eerder verschillende voorbeelden van heeft laten zien. Dus ook daar is sprake van afvlakking van de curve en een nog wat geringe afname van het aantal ic-patiënten dat in totaal op de ic ligt vanwege COVID-infectie. Eerder is al gerapporteerd dat er een aantal deficiënties, tekortkomingen, zijn in onze huidige rapportagesystemen. Vanuit huisartsen is bij herhaling benadrukt dat lang niet altijd alle sterfgevallen gemeld worden ten gevolge van COVID of wanneer COVID-19 een rol meespeelt bij personen met onderliggende medische problemen. Dat komt doordat ze niet altijd getest worden. Behalve dat de testmogelijkheid is uitgebreid, gaat dat ook apart worden geregistreerd. Daarna zal er bij huisartsen ook nog een ander systeem worden opgestart, waardoor we vooral data bij elkaar proberen te brengen om beter inzicht te krijgen in risicopatiënten. Tegelijkertijd wordt, zoals u weet, ook het aantal testen dat we kunnen doen, steeds verder uitgebreid, zodat we steeds een volledig beeld proberen te krijgen van wat er gaande is. Ik kom zo nog even terug op data voor verpleeghuizen.

Die ziet u op het volgende plaatje. Op de rechterkaart is middels de grootte van de bolletjes per provincie het aantal huizen aangegeven dat ten minste één geval van COVID-19-infectie had. Dat is wat bijgewerkt voor afgelopen week, maar u ziet nog steeds het beeld dat we hier eerder beschreven, namelijk dat die gevallen er vooral zijn in provincies waar ook veel infecties in de bevolking plaatsvinden. Aan de linkerzijde ziet u die eerste meldingen in de tijd uitgezet. Met dat blauwe pijltje heb ik ongeveer – ik dacht dat het 20 maart was – de maatregel weergegeven om de bezoeksregeling aan verpleeghuizen te gaan beperken. U ziet dat er aanvankelijk een stijging van het aantal huizen was. Het gaat hier namelijk om locaties met ten minste één patiënt. Post aut propter, zoals dat heet – want je weet natuurlijk nooit zeker of dat komt door die bezoekersregeling – zie je een week later een piek; dat is ongeveer de incubatieperiode voor COVID-19. Daarna ziet u toch een afname. En opnieuw is er, wat betreft het staartje van de grafiek, onzekerheid, omdat de rapportages vertraging hebben. Maar het lijkt erop dat die maatregel om bezoek te beperken, toch effect heeft gehad op het aantal nieuwe huizen dat meldt dat ze ten minste één COVID-geval hebben.

Tegelijkertijd met het toenemen van het aantal Osirismeldingen hebben we ook een toename van het aantal meldingen vanuit de verpleeghuizen gezien. Dat is in het Osirissysteem nu 4.000. Dat is natuurlijk beïnvloed door het feit dat we vooral de eerste en eventueel nog een tweede persoon per verpleeghuis melden. U zult zo van collega Nieuwenhuizen horen – die maken gebruik van een ander systeem – hoe goed dit getal overeenkomt met de getallen die zij geven. Zij hebben gegevens, die completer zijn, over ongeveer de helft van de verpleeghuizen. Zij komen grofweg ook op zo'n 2.000 bevestigde gevallen. In die zin komt dat eigenlijk overeen met onze meldingen. Dus die 4.000 zekere meldingen komen uit die 900 locaties en die locaties zien we nu wat afnemen. Hoe zit het dan met die meldingen? Sorry, eerst nog over die locaties. Daarna zal ik u laten zien hoe de meldingen verlopen. Want die locaties

lijken dus wat af te nemen. U ziet hier weer het beeld voor de verschillende provincies. De provincies laten ook een afname zien, maar misschien geldt dat wat minder voor Zuid-Holland en Overijssel. Als we nou kijken naar het aantal patiënten dat binnen die locaties wordt geïdentificeerd – daarvan krijgen wij binnen het Osirissysteem dus met name de eerste en de tweede patiënt gerapporteerd; soms ook meer patiënten, maar lang niet altijd – dan zien we dat het aantal locaties inderdaad afneemt, maar dat het aantal patiënten dat vanuit die locaties wordt gemeld, nog niet lijkt af te nemen. Wij hebben in ons bevestigde systeem dus 4.000 patiënten uit 900 locaties. Het feit dat het constant blijft en dat je van sommige locaties ook hoort dat er duidelijk uitbraken zijn en dat er meerdere gevallen, zeker meer dan die twee, worden gerapporteerd, kan natuurlijk velerlei redenen hebben. U moet zich realiseren dat er bij een deel van de huizen sprake is van psychogeriatricie of dementerende ouderen. Daar is het a priori natuurlijk al zeer ingewikkeld om goede hygiënemaatregelen te handhaven. Maar ik denk dat collega Nieuwenhuizen straks verder op deze curves zal ingaan zoals zij die rapporteert vanuit hun elektronische patiëntendossiers.

De voorzitter:

Voordat u naar de volgende slide gaat, is er een verduidelijkende vraag over deze slide. Ik wil daar heel terughoudend mee zijn, maar ik laat één vraag toe om misverstanden te voorkomen.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Tijdens de technische briefing van vorige week meldde de heer Van Dissel 900 verpleeghuislocaties waar op dat moment al besmettingen waren. Ik zie op het staatje van 9 april ook 900 besmettingen staan, maar ik zie op het staatje daar links dat er sinds 1 april wel nog steeds een aantal, tien à twintig, nieuwe locaties per dag bij komen. Dat is mij onduidelijk.

De heer Van Dissel:

Dat constateert u heel terecht. U ziet ook een slingertje voor de 900 staan. Daarmee hoop ik aan te geven – maar dat had ik misschien beter moeten zeggen – dat er enige onzekerheid is over die aantallen. Wij hebben gezien dat er sedert vorige week eigenlijk nauwelijks nieuwe locaties zijn gemeld. U heeft gelijk: als je naar die balkjes kijkt, dan vind je er een paar bij. Maar ik wil hiermee aangeven dat u die 900 – dat is ook bijna een te mooi afgerond getal om waar te zijn – moet zien als een schatting. Die is overigens redelijk accuraat, maar zoals u volkomen terecht zegt, zijn er sedert vorige week, toen ik ook die schatting zo heb aangegeven, inderdaad een paar bij gekomen. Uw opmerking is dus correct. Die patiënten ziet u ook staan met een krulletje ervoor. Dat zullen er dus 4.000 à 4.050 zijn. Dat is de grootteorde waar we hier over praten. Ik denk dat collega Nieuwenhuizen dat strakker kan inregelen of u strakkere getallen zal laten zien, omdat zij op basis van het epd-systeem werkt. Dat is dus correct.

Ik wil even doorgaan door iets te tonen over de modellering. Deze grafiek heb ik u al een aantal keren laten zien. De rode lijn hoort bij geen interventies, en de groene lijn bij de maximale controle, waarbij de maatregelen bepalen hoe laag je komt onder het acceptabele aantal IC-bedden. De blauwe lijn hoort bij de total lockdown, die dan weer losgaat en op het moment dat je het loslaat in potentie weer een uitbraak geeft. De modellering die daarbij van belang is, is de volgende. Naarmate we verder komen in de uitbraak en we de modellen steeds beter kunnen kalibreren op grond van de daadwerkelijk gemeten getallen, wordt de spreiding die we zien of voorspellen in het aantal gevallen natuurlijk kleiner. U ziet dat hier voor de ic-bedden. Het turquoise of blauwe gebied met de lijn in het midden geeft de gemiddelde lijn aan en de onzekerheid

die de modellen bieden. U ziet aan de bolletjes dat we dat al voor een belangrijk deel kunnen invullen. Als u dit vergelijkt met voorafgaande weken, zult u zien dat dat turquoise gebied steeds kleiner geworden is. U ziet ook dat de uitbraak onder continuering van alle maatregelen toch nog geruime tijd doorgaat voordat we in een situatie komen waarin de ic-belasting, die nu natuurlijk plus 100% is, weer terug is op het oude niveau. Op de ic liggen nu namelijk COVID-patiënten, maar ook patiënten met trauma's, na operaties en dergelijke. Zoals collega Gommers hier vorige week ook heeft uitgelegd, willen we terug naar een situatie waarin die extra 100% weer teruggebracht is. Dat betekent dat je wat betreft COVID in ieder geval onder de ongeveer 600 wil zitten, omdat er zo'n 600 anderen zijn. Misschien wil je dat zelfs nog wat verder uitbreiden. U ziet dat je dan toch voorbij mei of half mei bent voordat die situatie volgens deze voorspellingen het geval is. Dit is het totale aantal bedden. Dezelfde grafiek kun je natuurlijk ook maken voor de inflow in de ic, dus het aantal nieuwe patiënten per dag. U ziet dat ook daar kalibratie plaatsvindt op de gemeten getallen. Dat zijn de zwarte bolletjes. U ziet dat dat aantal afneemt. Dat is ook iets wat we dagelijks in de media terugvinden, dat die aantallen afnemen. U ziet dat dat natuurlijk wat eerder afneemt dan de totale ic-bezetting, wat een gevolg is van de ligtijd van de patiënt.

Voor de ziekenhuisbedden zijn die berekeningen inmiddels ook gemaakt; die ziet u hier. Opnieuw gekalibreerd op de daadwerkelijke getallen, suggereert deze modellering dat we over de piek heen zijn en in een dalende fase zitten. Dat is ook wat wij gerapporteerd krijgen uit de verschillende ziekenhuizen: de druk is er wat af en er ontstaat wat meer lucht. Maar zoals u ziet, zijn we er natuurlijk nog lang niet. Als je ervan uitgaat – en dat is zo – dat er in een heleboel ziekenhuizen nog steeds cohortering van afdelingen is, dus dat er cohorten zijn met aparte verpleging voor COVID-patiënten, zie je dat je toch nog een stuk omlaag moet als je ook weer de gewone medische problematiek voldoende wilt kunnen ondersteunen in het ziekenhuis. Maar ook daar is er gelukkig een voorspelde en ook waargenomen afname. En ook hier kan je het weer per dag bepalen, en dan krijg je natuurlijk meer een puntenwolk, waar een curve doorgefit wordt. Ook daar ziet u dat de bandbreedte van de voorspelling aanzienlijk nauwer is dan die aanvankelijk was.

Dan kort het reproductiegetal, zijnde het aantal personen dat besmet wordt door één persoon met de ziekte en die vervolgens weer kan doorgeven. Daarbij weten we dat we op een gegeven moment op een stabiel niveau zitten als dat getal 1 is, terwijl er een toename van de uitbraak zal zijn als het getal groter dan 1 is. Is het kleiner dan 1, dan zal de uitbraak langzaam afnemen. Bij deze getallen wil ik opnieuw benadrukken dat bij de meest recente schattingen de onzekerheid toeneemt, ook door vertraagde rapportage van gevallen. Vandaar dat daar de bandbreedte ook weer toeneemt en ik daar wat vraagtekens bij heb gezet. Het beeld blijft, zoals u ziet, dat we rond de 16de maart, rondom die periode, door de 1 zijn gegaan en dat we ons sindsdien vlak daaronder bevinden. Dat kan je op verschillende punten vaststellen, zowel bij de ziekenhuisopnames als bij de ic-opnames. En dan gaan we van de opnames terug naar de gerapporteerde eerste ziektedagen, en daarvan ziet u hier de grafieken. Om u te laten zien dat die afname van het reproductiegetal reflecteert dat er uiteindelijk ook minder contacten zijn tussen personen die kunnen leiden tot overdracht van het virus, hebben we op het RIVM ook een deel van het zogenaamde PIENTER-contactonderzoek herhaald in de afgelopen weken. In het PIENTER-onderzoek brengen we elke paar jaar bij zo'n 8.000 tot 10.000 random, dus bij toeval, geselecteerde Nederlanders in kaart hoe het staat met de verschillende antistoffen tegen het Rijksvaccinatieprogrammamicro-organisme. Daarbij nemen we ook een vragenlijst af, die duidelijk maakt wat de contacten zijn geweest van alle personen in de dagen voorafgaande aan de questionnaire.

U ziet hier aan de linkerkzijde de resultaten over 2017 weergegeven, waarbij de kleurcode de intensiteit van de contacten aangeeft die de verschillende leeftijdscohorten op de x-as hebben met de leeftijdscohorten op de y-as. Als u naar het meest gelige blokje kijkt, dus het blokje dat de meeste contacten met elkaar heeft, dan ziet u dat dat de lagere- en middelbareschoolkinderen zijn. Die hebben binnen de bevolking de meeste contacten met elkaar. Dat ziet u daaronder ook geprojecteerd op de curve: de curve komt bij die leeftijdsgroepen het hoogst uit. Verder ziet u dat men in de bevolking over het algemeen het meeste contact heeft met leeftijdsgenoten en dat er vervolgens weer wat meer opkleuring is bij de ouderen, die overigens vooral contact hebben met elkaar, zoals u ziet aan dat blokje rechtsboven. Dat is dus de situatie van drie jaar geleden. We hebben dat dus recent herhaald. Dat ziet u aan de rechterkant. Daar ziet u eigenlijk de gevolgen van de social distancing. Want wat opvalt in de matrix van nu, van 2020, is dat die veel donkerder gekleurd is en dat er eigenlijk op alle gebieden waar eerder een felgele kleur te zien was, donkere kleuren zijn gekomen. Dat reflecteert dat men veel minder contact met elkaar heeft, wat ook naar voren komt in de afplating van de curves aan de onderzijde, die veel lager liggen dan die uit 2017. We kunnen dus berekenen dat er een afname is van het aantal contacten van tussen de 64% en 75%. Dat heeft dus geresulteerd in de afname van de R_0 zoals ik u heb laten zien. De maatregelen hebben dus effect. De maatregelen zijn u bekend: blijf zo veel mogelijk thuis, ziek uit als je klachten hebt en blijf als heel gezin thuis als klachten heftiger worden en er koorts of benauwdheid bij komt kijken. Daarnaast moeten we natuurlijk de gezondheidsadviezen nauwkeurig opvolgen. Ik heb die al een paar keer genoemd en zal ze nu dus niet allemaal herhalen. Handhygiëne is heel erg belangrijk, net als de 1,5 meter afstand. Dat leidt dan tot de afname in contacten. De doelen zijn vooralsnog hetzelfde. We komen nu op een punt waarop we moeten gaan afwegen of we maatregelen kunnen versoepelen of niet. Maar het beschermen van kwetsbaren en het kunnen blijven bieden van zorg staan voorop. Tegelijkertijd krijgen we daarvoor terug dat personen die geïnfecteerd zijn geweest en zijn hersteld, enige immuniteit opbouwen. Daar zal ik u zo wat van laten zien. Dat helpt ons in de maatregelen.

We zien dat de social distancing leidt tot verminderd contact en een R_0 die onder de 1 komt, maar ik heb u ook laten zien dat we er in de verpleeghuizen zeker nog niet zijn. Wat dat betreft moeten we dus door blijven bijten, zoals hier ook staat aangegeven. We moeten ook steeds breder gaan besluiten wat we nou gaan doen.

Ik wil u met de volgende slide recent onderzoek van Sanquin Research laten zien. Zij hebben onder bloedplasmadonoren bekeken welk percentage Nederlandse personen antistoffen heeft ontwikkeld tegen het virus. Ze brengen nog in kaart of die donoren allemaal daadwerkelijk een herinnering hebben aan de infectie. Ik zal u meenemen in de grafiek. Aan de achterzijde ziet u de antistoftiter die op de x-as oploopt van genezen patiënten. U ziet links het punt aangegeven waarop men zegt dat het positief of negatief is. U ziet dat alle genezen patiënten in verschillende mate, maar de meeste in hoge concentraties, antistoffen in hun bloed hebben. Aan de onderzijde van de grafiek ziet u hetzelfde maar dan voor bloeddonoren of plasmadonoren, maar dat is eigenlijk hetzelfde. Dan ziet u dat ook daar tegen de 3% – u ziet hier de verdeling van die 3% – antistoffen heeft ontwikkeld tegen het virus. Daarbij hebben ze bij een aantal ook al kunnen terugkijken naar eerdere bemonstering, het moment waarop ze nog negatief waren.

Dit onderzoek is nog gaande – hopelijk wordt het binnenkort gepubliceerd in een internationaal blad – maar als u door uw ooghalen kijkt, ziet u dat ongeveer 3% van de Nederlanders antistoffen heeft ontwikkeld tegen het coronavirus. U kunt dan terugrekenen hoeveel dat ongeveer zou betekenen in aantallen. Dat betreft enkele honderdduizenden.

We zitten nu middenin de maatregelen. We hebben een aantal criteria vastgesteld. U hebt eerder in het verslag van het Outbreak Management Team kunnen lezen dat we vinden dat de R_0 langere tijd onder de 1 moet zijn en dat de ic's de tijd moeten hebben gehad om te herstellen van de overbelasting die daar momenteel speelt. Dat moet terug naar een 100%-belasting. Een deel daarvan zal voor COVID-patiënten gereserveerd worden, maar ook een belangrijk deel zal weer bedoeld zijn om allerlei andere medische ingrepen mogelijk te maken. De mogelijkheid om te testen en de mogelijkheid om aan contactopsporing te doen zijn ook eerder aan bod geweest. Die zijn ook uitvoerig aan bod geweest in de persconferenties van de Ministers.

Een van de dingen die overwogen worden, heeft betrekking op de scholen. Ik wil u daarvoor verwijzen naar een stuk dat gister gepubliceerd is in The Lancet, waarvoor een uitvoerige review heeft plaatsgevonden naar de invloed van schoolsluiting en het stoppen daarvan op de verspreiding van coronavirussen, waaronder het COVID-virus.

Over de volgende slide ga ik heel kort heen. U moet het zelf maar even lezen, maar wat ik hier in pictogrammen aangeef, zijn de verschillende maatregelen die in Europa genomen zijn. Daaruit wordt duidelijk dat de landen onderling niet heel erg veel verschillen wat betreft de genomen maatregelen. Soms zijn bepaalde dingen wat strenger en andere dingen wat minder streng gedaan in sommige landen. In West-Europa komt het eigenlijk steeds op hetzelfde neer. Als u naar de kleurcodes kijkt, ziet u dat Nederland eigenlijk niet veel anders is dan Frankrijk, Duitsland of Denemarken. De enige vreemde eend in de bijt is eigenlijk Zweden. U ziet dat de meeste vakjes daar lichtblauw zijn en dat slechts één vakje rood is. Dat reflecteert het beleid van Zweden, dat eigenlijk veel minder stringent is wat betreft social distancing dan de overige landen van Europa.

Ten slotte wil ik u op de laatste slide nog even wat perspectief geven, ook met betrekking tot die R_0 en het aantal gevallen in een aantal andere landen. Dit is een plaatje uit een stuk in Science van afgelopen week, een medisch-wetenschappelijk blad. Het is niet alleen medisch, maar het is in ieder geval een wetenschappelijk blad. De aantallen in Singapore staan linksboven. Die zijn afgezet in de tijd ten opzichte van de berekende R_0 in Singapore. Dat is de bandbreedte van de blauwe lijn daaronder. U ziet dat men in Singapore enige tijd onder de 1 is geweest, maar daarna eigenlijk weer vrij snel daarboven gekomen is en er nu nog steeds iets boven zit. Dat wordt ook gereflecteerd in allerlei maatregelen in Singapore. U ziet dat een land als Duitsland ietsje afvlakking lijkt te tonen, waarbij de R_0 , de effectieve R moet ik eigenlijk zeggen, naar 1 aan het gaan is, maar eigenlijk nog niet daar doorheen gaat. Oostenrijk is er wel doorheen gegaan. De situatie daar lijkt eigenlijk nog het meest op de Nederlandse. Ook Engeland heeft nog een R_0 of een effectieve R die boven de 1 zit. Tegelijkertijd zien we dat al deze landen maatregelen nemen of maatregelen afzwakken. Er zijn een aantal landen die deze week al begonnen zijn met het verlichten en vrijgeven van de lagere scholen en de kinderdagverblijven. Al de dingen die deze landen doen, zullen natuurlijk input zijn voor de keuze van het beleid en de adviezen in Nederland. Daarbij wil ik het laten. Dank u wel.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan kijk ik in de richting van de heer De Gouw, Directeur Publieke Gezondheid van GGD Hollands Midden. Mag ik u het woord geven?

De heer De Gouw:

Dank u wel, voorzitter. Naast Directeur Publieke Gezondheid van GGD Hollands Midden ben ik ook landelijk portefeuillehouder ...

De voorzitter:

Misschien wilt u even uw microfoon aanzetten? Drukt u op het knopje aan de voorkant.

De heer De Gouw:

Ja, dat is nu rood. Het is rood.

De voorzitter:

Ik kijk even naar de bode, want we moeten alle voorzorgsmaatregelen in acht nemen als er wordt gewisseld. Ik kijk even of de microfoon het doet. Ja, hij doet het wel, maar het lampje brandt niet. Gaat uw gang, excuus.

De heer De Gouw:

Dank u wel. Naast Directeur Publieke Gezondheid in Hollands Midden ben ik ook landelijk portefeuillehouder infectieziektebestrijding. Dat ben ik al zeventien jaar. Zestien jaar was dat een rustig baantje, zal ik maar even zeggen.

Ik wil u meenemen naar een aantal opdrachten die wij als GGD's en GHOR-organisaties hebben gekregen in de afgelopen weken. Ten eerste is dat het inrichten van de regionale en landelijke coördinatie ten behoeve van patiënten buiten het ziekenhuis, persoonlijke beschermingsmiddelen, zo breed en effectief mogelijk testen en het realiseren van één datatroom. Op die vijf onderwerpen wil ik in de komende vijf tot zeven minuten ingaan.

Er zijn 25 GGD-regio's. Die vallen gelijk met de veiligheidsregio's in Nederland. Op deze slide staan de GGD-regio's genoemd. Een Directeur Publieke Gezondheid heeft eigenlijk twee belangrijke taken. Bij het geven van leiding aan of het aansturen van de GGD's in Nederland gaat het om de bestrijding van infectieziekten, maar ook om het leiding geven aan de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. De operationeel geneeskundige hulpverlening is een andere taak. Die heeft de GHOR, maar ook onder leiding van de DPG. U begrijpt dat die twee taken in dit geval sterk bij elkaar komen.

Wij werken ook samen in elf ROAZ-regio's. Iedere DPG zit standaard in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen. Samen met de voorzitters van die ROAZ-regio's voeren wij dus ook het beleid uit op het gebied van de ROAZ-regio's.

Ten slotte ziet u rechts op de slide de landelijke samenwerking. We hebben een landelijke organisatie GGD GHOR Nederland met een bureau. Dat is heel sterk verbonden met de sectie zorg van het Landelijk Operationeel Team Corona, dat samenhangt met het Landelijk Operationeel Coördinatiecentrum. We proberen een compleet, landelijk beeld te krijgen van de zorgkaart in Nederland, van thuiszorg tot en met ic-capaciteit. We coördineren de zorg. Dat doen we onder andere door het monitoren van het vergroten van de bedden capaciteit, inclusief mensen en middelen, maar ook door het bevorderen van het vergroten van de bedden capaciteit en de ondersteuning daarvan. Ook bieden we praktische hulp daarbij, adviseren wij et cetera. En ook het landelijke netwerk is van belang, want er zijn natuurlijk heel veel partijen bij betrokken. U ziet er hier een aantal. Een van de taken die we landelijk hebben, is het netwerk zo inrichten dat wij op een effectieve manier op landelijk niveau kunnen samenwerken in een crisisorganisatie.

Als we kijken naar patiënten buiten het ziekenhuis, gaat het dus over de coördinatie van de vraag en het aanbod in 25 regio's. U ziet rechts dat er wordt gedacht aan coronacentra, of dat die ook al daadwerkelijk in de lucht zijn. Het aantal bedden dat op dit moment bezet is met COVID-patiënten, is circa 1.500. Dat gaat dus over bedden buiten het ziekenhuis. Beschikbaar zijn er 5.300. Dat grote verschil komt niet omdat we vinden dat we zo'n heel grote buffer moeten hebben, maar omdat het vaak gaat

over hotels. Als je een afspraak maakt met een hotel, maak je die met het hele hotel. Zo'n hotel komt dan in de loop van de tijd vol te liggen. Er zijn een aantal doelgroepen. Die ziet u rechts. Dat kunnen dus zowel doelgroepen zijn die uit het ziekenhuis komen als doelgroepen die verplaatst worden uit een verpleeghuis, een instelling voor mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking of een ggz-instelling, maar het kunnen ook mensen zijn vanuit een thuissituatie, waar de zorg niet meer mogelijk is door het wegvallen van mantelzorg of door een intensivering van zorg. Wat de medische zorg betreft ziet u dan aan de rechterkant dat die meestal door een huisarts of een specialist ouderengeneeskunde wordt geleverd, en een enkele keer door een revalidatiearts of door paramedici.

Dan kom ik op de persoonlijke beschermingsmiddelen. We weten dat er een tekort is aan persoonlijke beschermingsmiddelen, waaronder een tekort aan mondklappers. Het is een schaarstemodel. Gelukkig zien we nu goede trends wat betreft de inkoop via het LCH. Er zijn 11 regionale coördinatoren – in elke ROAZ-regio is er een – en er is één landelijk coördinerend team. In de afgelopen weken hebben wij op basis van het zogenaamde oude model de landelijke voorraad via dat landelijke centrum naar de elf coördinatoren verdeeld. Vervolgens is het binnen de regio's verdeeld. Dat oude model is zo'n vijf weken geleden gemaakt toen er eigenlijk nog geen patiënten in verpleeghuizen waren, buiten de ziekenhuizen. Dat betekent dat werd gewerkt met weekvoorraden voor de acute zorginstellingen zoals ziekenhuizen, ambulancediensten en dergelijke en dat de caresector, als er patiënten kwamen, een aanvraag deed en dan persoonlijke beschermingsmiddelen kreeg uitgereikt. Dat model wordt natuurlijk continue geëvalueerd. De afgelopen twee weken hebben we gezien dat er sprake is van een groei van het aantal patiënten in thuiszorg en verpleeghuizen. Dat betekent dat wij van VWS het verzoek hebben gekregen om samen met partijen dat nieuwe verdeelmodel te maken. Dat is vervolgens door VWS vastgesteld. De essentiële verandering in het model is dat het niet meer gaat op basis van sectoren, maar op basis van handelingscategorieën met besmettingsrisico's. Het principe is dus dat een verpleegkundige in het ziekenhuis die een bepaalde handeling verricht, precies over dezelfde beschermingsmiddelen moet kunnen beschikken als een verpleegkundige die dat in de thuissituatie doet of een verpleegkundige die dat in een verpleeghuis of in een ggz-instelling doet. Op die manier kun je op basis van de besmettingsrisico's van verschillende handelingen een prioritering maken, waarbij natuurlijk de handelingen waarbij sprake is van aerosolvorming, dus van deeltjes in de lucht, het meest risicovol zijn en dus ook de meeste beschermingsmiddelen vragen. In de handleiding van het RIVM is aangegeven dat voor die categorie FFP2-maskers nodig zijn, terwijl voor veel andere handelingen kan worden volstaan met FFP1-maskers of chirurgische mondklappers, op basis van het besmettingsrisico dat iemand loopt bij die betreffende behandeling.

U ziet hier dat het nieuwe model al direct effect heeft gehad. U ziet de gegevens van week 15 en week 16, waarbij de caresector oranje is. Dan ziet u dat er relatief meer chirurgische mondklappers naar de care zijn gegaan. Dat geldt ook voor de FFP1-maskers, waarvan tot nu toe eigenlijk 100% van de voorraad naar de care is gegaan. Bij de FFP2-maskers ziet u dat het percentage van 18 van vorige week nu is gestegen naar 27 voor de care. U ziet dus dat het model, waarvan de Minister heeft gezegd dat hij het voor Pasen zou vaststellen, met ingang van Pasen al direct is geëffectueerd, met een grotere stroom beschermingsmiddelen naar de caresectoren toe.

Dan de manier waarop we het doen. We hebben dus die twaalf regio's, waarbij ik het Caribisch gebied als twaalfde noem. Het Landelijk Consortium Hulpmiddelen zorgt ervoor dat de regio's zo veel mogelijk naar behoefte worden bevoorrad. Het landelijk rekenmodel dat we

hebben, is dus gekoppeld aan het distributiesysteem van het LCH. Dagelijks brengen we in kaart wat de beschikbare voorraad is van persoonlijke beschermingsmiddelen, aan welke pbm's behoefte is en hoe groot die behoefte is, en welke pbm's nodig zijn voor welke zorghandelingen. Vervolgens wordt dan voor elke regio en voor Nederland als geheel die behoefte gematched met de beschikbare voorraad op basis van dat prioriteringsschema. Dus op die manier proberen we een zo rechtvaardig mogelijke verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen te krijgen.

Waar het gaat over het testen zien we dat de laboratoriumcapaciteit voor testen in de afgelopen weken sterk is opgevoerd. In de Kamerbrief van vandaag wordt vermeld dat we begonnen zijn met 2, dat werd opgeschaald naar 13 en dat er nu sprake is van meer dan 40. Je kunt bij die opschaling niet in een keer een knop omzetten. Er moeten laboratoria ingericht worden en per laboratorium moet de apparatuur die er is, gevalideerd worden voordat die gebruikt kan worden voor testen. We hebben nu een opbouw gehad naar de mogelijkheid om 17.500 testen uit te voeren in de laboratoria, wat ertoe heeft geleid dat vanaf 6 april de indicatiescriteria voor zorgmedewerkers zijn uitgebreid. Overigens was dat per 6 april gedeeltelijk, was dat op 8 april nog verder opgevoerd en waren ze op 10 april uiteindelijk zo ruim dat iedere zorgmedewerker met coronaklachten getest kan worden. Iedere GGD heeft ten minste één centrale testfaciliteit ingericht. Daarnaast zijn er afspraken gemaakt over testen van zorgpersoneel op zorglocaties. Die cijfers zitten niet in deze cijfers omdat die via de zorglocaties worden verwerkt. Er is daarover nogal wat in het nieuws geweest de afgelopen dagen maar met name in Brabant zijn dus afspraken gemaakt met zorginstellingen. Daar was de druk het hoogste. Daar zie je ook dat er buiten het ziekenhuis erg veel getest moet worden. Er zijn ook een aantal grote zorglocaties die de afgelopen weken zelf hebben getest en die we hebben gevraagd om te willen doorgaan met zelf testen om ervoor te zorgen dat de capaciteit die de GGD heeft, kan worden ingezet voor de zorginstellingen die zelf niet kunnen testen. De aantallen die u hier ziet, laten een dipje zien op eerste paasdag. Dat is deels omdat een deel van het aanbod toen niet beschikbaar was, maar deels ook omdat mensen gewoon zelf besloten om op zaterdag of maandag te komen, wat we in feite ook zien bij het bezoek aan huisartsen. U ziet dat er nu weer sprake is van een opleving, althans een vermeerdering van het aantal mensen. Als ik deze kolom optel, gaat het in totaal om circa 10.000 mensen die de afgelopen weken getest zijn in Nederland. De capaciteit is veel groter. Iedere GGD heeft dus gemerkt dat de capaciteit die was ingericht in de centrale locaties, ruim voldoende was om iedereen te testen die daar kwam en die zich meldde via het callcenter na indicatie van een arts.

Mijn laatste dia betreft het onderwerp één datastroom. Er zijn op dit moment verschillende uitvragen en verschillende data die voor verschillende doelen worden gebruikt. In de presentatie van de heer Van Dissel heeft u er een aantal gezien. Er worden data verzameld door het Landelijk Coördinatiepunt Hulpmiddelen, door het Landelijk Centrum voor Patiëntenstromen, door het Landelijk Operationeel Team Corona, door het NIVEL en door het RIVM. De opdracht die wij hebben gekregen, samen met het LOTC, is om één datastroom te maken. Er is dan maar één uitvraag met een minimale belasting van de zorginstellingen die het toch al zo druk hebben. Die data kunnen dan voor verschillende doelen gebruikt worden. Daar wordt op dit moment aan gewerkt. U kunt begrijpen dat dit met de historie die we hebben met heel veel verschillende databronnen, niet heel snel te regelen is. Wat betreft de prognosemodellen voor vraag en aanbod buiten het ziekenhuis is gisteren een eerste proeve gekomen en die wordt op dit moment gevalideerd. Aanstaande vrijdag komt er al een tweede versie van. We verwachten dus dat we dan goed in staat zijn om vraag en aanbod van alle patiënten

buiten het ziekenhuis goed in beeld te krijgen. Hiernaast ziet u nog een voorbeeld van een andersoortige vragenlijst, waarbij wij aan de hand van de tien opdrachten die wij hebben gekregen met de brief van 31 maart, wekelijks aan alle regio's uitvragen hoe het daarmee staat, om daarmee de Minister de mogelijkheid te geven om de Kamer een verantwoording te geven van de wijze waarop wij onze opdrachten uitvoeren. Daar wil ik het bij laten. Dank voor uw aandacht.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan wil ik nu overgaan tot het stellen van vragen. Zoals aangekondigd heeft u twee vragen voor onze vier gasten, dus het is aan u om de keuze te maken. Ik hanteer dezelfde volgorde en ik verzoek u de vragen omwille van de tijd bondig te formuleren. Mag ik als eerste het woord geven aan mevrouw Agema namens de PVV? Gaat uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik dank de heren Van Dissel en De Gouw voor hun presentaties. Er is wel iets waar ik mee zit. Een heel aantal weken hebben we nu te maken met beperkende maatregelen. We werken thuis, we geven thuis onderwijs, we blijven thuis, we houden 1,5 meter afstand, in de verpleeghuizen is geen bezoek. Als je kijkt naar de actuele situatie, dan zie je dat het coronavirus zich toch ongezien als een olievlek over ons hele land heeft kunnen verspreiden: in 900 van de 2.500 verpleeghuizen; huisartsen noemen 25 besmettingsgevallen per week, Sanquin zegt dat enkele honderdduizenden mensen reeds besmet zijn en het RIVM zelf zegt dat twee weken geleden het sterftecijfer eigenlijk al twee keer zo hoog was. Dan heb ik er eigenlijk wel behoefte aan dat de heer Van Dissel hier wat meer duiding aan geeft. Ligt het aan het feit dat 8.000 zorgmedewerkers besmet zijn geraakt omdat ze onvoldoende beschermingsmateriaal hadden? Ligt het feit dat die 8.000 zorgmedewerkers die zo bang zijn voor die besmetting toch besmet zijn geraakt, aan het feit dat er een beperkte testcapaciteit of een beperkt testbeleid was? Waar ligt het nou aan dat het coronavirus zich ondanks al die beschermende maatregelen toch zo kon verspreiden? Ligt dat misschien aan het karakter van het virus? Zouden we misschien toch moeten overgaan tot mondbescherming zoals in landen om ons heen, omdat het virus toch veel meer ruimte neemt dan wij het zouden willen geven? En natuurlijk de allerbelangrijkste vraag: hoe krijg je deze situatie nou weer onder controle?

De voorzitter:

Dank u wel. Een vraag aan de heer Van Dissel, naar de duiding.

De heer **Van Dissel:**

Ik weet niet hoe ik deze vraag kort kan beantwoorden. U heeft al een heleboel dingen benoemd.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat hoeft ook niet. U mag er ook de tijd voor nemen.

De heer **Van Dissel:**

De essentie is dat dit een nieuw virus is. Noem het een griepig virus in de zin van hoe het kans ziet om zich te verspreiden, want dat heeft het inmiddels wereldwijd gedaan. Als u de aantallen vergelijkt, dan komen we daar in Nederland helemaal niet ongunstig uit. We zien dat de maatregelen effect hebben. Maar virussen hebben nou eenmaal de eigenschap om zich alleen maar te kunnen vermeerderen in een gastheer. Dat is in dit geval de mens en blijkbaar is dit virus in staat om relatief eenvoudig van de een op de ander over te gaan, waarin het erg lijkt op griep. Wat u noemt en de manier waarop we het bestrijden, hangen natuurlijk erg samen met de doelen die we daarvoor hebben gesteld. De doelen die

we gesteld hebben in Nederland om te zorgen dat de zorg en de samenleving door kan gaan, zijn dat we onze ic-capaciteit als een belangrijk ijkpunt hebben geïdentificeerd, dat we de zorg als een belangrijk ijkpunt hebben geïdentificeerd en dat we kwetsbaren, die u terecht noemt, als een belangrijk punt hebben geïdentificeerd. Daar zijn de maatregelen op getroffen. We zien ook, door de afvlakking van de curve, dat die maatregelen uiteindelijk die effecten hebben.

Maar zoals Merkel eerder in Duitsland zei: dit virus is er en dat moeten we tegemoet treden. Het is niet een virus dat we kwijtraken. U leest ook in alle media hoe voorspeld wordt dat het de komende jaren nog aanwezig zal zijn. En het is ook een pandemisch virus. Dat betekent dat je, als je er al in zou slagen om een stad of een land vrij te krijgen, continu zal moeten beschermen tegen introductie van het virus. Dus onze doelen zijn gesteld; die doelen lijken we, zoals u heeft kunnen zien met de afvlakking van die curves en de ic-bedden, waar weer wat lucht komt, te hebben bereikt. U heeft eerder al even de kwetsbaren in verpleeghuizen benoemd. Ik denk dat we daar slagen te gaan hebben en ik verwacht ook dat collega Nieuwenhuizen daar zo op in zal gaan. Maar het is een virus dat zich blijkbaar heel makkelijk verspreidt. Dat blijkt natuurlijk wel uit de globale verspreiding. Ik denk dat we momenteel de goede pakketten gebruiken om onze doelen te halen. Nu zitten we, dat noemde u ook al even, in de transitiefase. Hoe we nou doorgaan, is natuurlijk iets wat veel breder speelt, omdat je daar ook allerlei verschillende dingen tegen elkaar moet gaan afwegen. Want we hebben ook gewone zorg die we willen geven; we willen daar ook geen vertragingen in zien. Dat zal nog om een ingewikkelde afweging gaan.

Ik wil toch even terugkomen op wat u noemde met betrekking tot mondkapjes, omdat dat natuurlijk iets is waar je heel vaak over leest. U leest ook dat ze het in een aantal landen voor specifieke situaties dan toch weer adviseren en dat de WHO daar een zeer terughoudende houding in heeft. Ik denk dat de essentie van het Nederlandse beleid is dat mondkapjes voor het publiek geen zinvolle toevoeging zijn aan het feit dat je thuisblijft bij ziekte, dat je strikte handhygiëne betracht en dat je de 1,5 meter hanteert. Als je dat soort dingen doet, dan is de toegevoegde waarde van mondkapjes naar ons idee buitengewoon gering. Ook is er nog steeds een tekort in de zorg. Ook al geeft collega De Gouw nu aan dat de verdelingsmodellen veel beter zijn, dat wil niet zeggen dat we daar nu ruim voldoende hebben. Wat de mondkapjes betreft blijft het advies dus: houd je aan de maatregelen die we nu hebben en zorg ervoor dat de zorg over de mondkapjes kan beschikken.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik stelde de vraag of het nou klopt dat het virus zich als een olievlek heeft kunnen verspreiden omdat zorgverleners gewoon geen beschermingsmaterialen hadden of beperkt werden getest. Er zijn 8.000 zorgverleners die besmet zijn geraakt.

De **voorzitter**:

Mevrouw Agema ...

De heer **Van Dissel**:

Daarop is het antwoord nee, als het kort moet zijn.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat lijkt me heel wonderlijk.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De discussie over datgene wat we hier delen moet echt plaatsvinden tijdens het debat. Ik wil ook andere mensen in de gelegenheid stellen om vragen te stellen. Ik zou u – dat geldt voor

iedereen – heel graag aanvullende vragen laten stellen, maar daar hebben we onvoldoende tijd voor. Mevrouw Diertens namens D66. Gaat uw gang.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Hierop voortbordurend: we zouden graag meer inzicht willen hebben in de cijfers van het aantal besmettingen onder zorgpersoneel, juist ook onder degenen die werkzaam zijn buiten het ziekenhuis. Hoeveel besmettingen zijn er onder zorgpersoneel, werkzaam buiten het ziekenhuis? Hoe moeten we dit duiden in het licht van het Bredase ziekenhuis, waarnaar vorige week in de technische briefing werd verwezen en waar bleek dat veruit de meeste besmettingen niet tijdens het werk waren opgelopen maar daarbuiten? Dus: hoe komt het van buiten naar binnen en wat is uw antwoord daarop in relatie tot de statistieken die vorige week en nu gegeven zijn?

De heer **Van Dissel**:

Dat is dan misschien ook een beetje een antwoord op de vraag van mevrouw Agema. Dat kan ik dan combineren. De virusisolaten worden getypeerd. Dat wil zeggen dat de genetische volgorde wordt bekeken en dat we de kleine verschillen die er tussen de virussen zijn, kunnen gebruiken om te kijken hoe verspreiding van het virus heeft plaatsgevonden. Dat is in een aantal ziekenhuizen al uitvoerig gebeurd en het gebeurt nog steeds. We krijgen er dus steeds meer kennis van. De belangrijkste boodschap daarvan is toch dat zorgverleners, die natuurlijk eerder worden getest omdat het testbeleid zich daarop focust en dan dus ook vaker positief worden bevonden, het virus over het algemeen buiten het ziekenhuis opdoen. In de ziekenhuizen die we hebben kunnen testen, is er nauwelijks verspreiding van zorgverleners naar bijvoorbeeld patiënten toe, maar ook andersom.

De heer **Azarkan** (DENK):

Nogmaals dank aan de heer Van Dissel en zijn collega, de heer De Gouw. Ik wil graag even focussen op de laatste of een-na-laatste sheet, over de exitstrategie. We zien dat een aantal landen op dit moment de maatregelen al wat aan het verlichten zijn. Nu weten we steeds beter wat het virus doet. Ik krijg de indruk dat vanuit de zorg ook steeds betere maatregelen worden genomen, waardoor we steeds meer in control komen. We zien dat de waarde onder de 1 aan het dalen is; ik zie twee vraagtekens, maar vermoedelijk zit het daar ergens. Als we naar een intelligente ontsluiting zouden gaan, kan de heer Van Dissel dan aangeven wat nou maatregelen zijn die een klein gezondheidsrisico zijn maar er wel heel erg aan bijdragen dat er meer bewegingsvrijheid komt voor de mensen?

De heer **Van Dissel**:

Dit is natuurlijk een essentiële vraag. Alleen ligt die de komende weken voor bij het OMT en het zou dus zeer preliminair zijn als ik daar nu al antwoord op geef. In z'n algemeenheid kan je er wel een paar dingen over zeggen, want wat zijn nu de knoppen waaraan we kunnen draaien? Een van de knoppen, eigenlijk de belangrijkste, is: hoe herkennen we gevallen van COVID-19? Hoe kunnen we de contacten traceren en die contacten waarschuwen dat ze in contact zijn geweest met iemand die ziek is geweest? Dat is er één. In de persconferenties van de Ministers heeft u een aantal voorstellen gehoord die zich daar eigenlijk op richten. Het uitvoerige testbeleid is er één. Een andere is om te zien of we de GGD kunnen helpen in het makkelijker in kaart krijgen van contacten. Dat is één.

Een tweede factor blijft natuurlijk om als Europa, maar ook als Nederland, een beleid te voeren ten opzichte van eventuele binnenkomst van nieuwe gevallen. Want als je ervan uitgaat dat we met z'n allen in een ton zitten

en we daarin moeten gaan opsporen wie het heeft, kan je je voorstellen dat het een probleem is als je daar nieuwe gevallen bij doet. Het gaat dus om een goed beleid daarop. Dat is inmiddels Europees. We hebben lijsten van landen waar we restricties op hebben en we hebben beleid voor personen die terugkomen. Dat is een tweede knop waar we aan kunnen draaien.

Een derde knop waar we aan kunnen draaien, is de social distancing zelf. De mate waarin we daaraan kunnen draaien, hangt weer af van hoe goed we het eerste aspect kunnen uitvoeren. Want die social distancing is eigenlijk een armoedemodel voor het feit dat we niet precies weten wie de ziekte heeft en hoe we alle contacten in kaart kunnen brengen. Dat betekent dat we dan iedereen als het ware op een veilige afstand moeten zetten, zodat de ziekte in ieder geval veel minder kans heeft bij onvolgende herkenning.

Aan die drie knoppen kunnen we draaien. U kunt zich voorstellen dat we met name aan de derde draaien, want dat is er één die veel impact heeft op het maatschappelijke leven. We zullen dan afwegen welke groepen het eerst in aanmerking komen en ook kijken wat er gebeurt in het buitenland en wat we daarvan al kunnen leren. We zien bijvoorbeeld dat Noorwegen al begonnen is met kinderdagverblijven en lagere scholen. Dat geeft ons enige tijd, voordat wij het besluit moeten nemen om te zien wat daar het gevolg van is. Dus de empirie van wat er gebeurt in het buitenland, zullen we daarin meenemen. Zo zullen we ook naar een aantal beroepen kijken waarvan we denken: op grond van extra maatregelen die de branche zou kunnen nemen, is daar misschien een advies mogelijk om wat verruiming te geven. Ik denk dat we zo eigenlijk alle maatregelen die tot nu toe genomen zijn, gaan afpellen om te zien wat het effect is – dat kunnen we in onze modellen natuurlijk doorrekenen – en wat we daarmee hopen te bereiken, door de maatschappij wat meer vrijheid terug te geven.

De heer **Hijink** (SP):

Dank aan beide heren voor hun komst. Ik heb een vraag aan de heer Van Dissel over de groepsbescherming. Vanaf het begin, vanaf maart, is er zowel door het RIVM, als door het kabinet, enorm op gehamerd dat een gevolg van de maatregelen zoals we die nemen, kan zijn dat er een vorm van groepsbescherming zal gaan optreden. Nou is daar internationaal gezien een hele hoop over te doen en wordt er gezegd: met name mensen die milde klachten hebben, maken maar heel weinig antistoffen aan. Dat hele idee van groepsbescherming komt daarmee eigenlijk op losse schroeven te staan. Ik zou graag van de heer Van Dissel willen weten wat de gevolgen zijn van dat soort onderzoeken en cijfers voor de maatregelen en scenario's die nu worden gemaakt.

Dan over dat onderzoek van de bloedbanken. U zegt zelf dat honderdduizenden mensen mogelijk al antistoffen hebben, maar mijn indruk van dat onderzoek is dat de bloedbank heel nadrukkelijk heeft gevraagd aan mensen die al genezen zijn van het virus om zich te melden en bloed te doneren. Dan heb je toch geen representatieve steekproef onder de bevolking gedaan? Dan heb je een proef gedaan onder mensen die het virus al hebben gehad. Dus mijn vraag is: is die 3% dan niet een overschatting? Zelfs als het 3% is, is dat natuurlijk betrekkelijk weinig. Wat zegt dat over de groepsbescherming, waarvan u en het kabinet vorige maand hebben gezegd dat we daarnaartoe zouden moeten?

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik constateer dat de vragen steeds ruimhartiger worden. Dat betekent dat de antwoorden dat ook worden. Ik begrijp de vraag, maar we hebben tot 12.00 uur, dus ik moet ook de tijd in de gaten houden. De heer Van Dissel, gaat uw gang.

De heer **Van Dissel**:

U had een aantal vragen. Ik heb het dan waarschijnlijk onvoldoende duidelijk uitgelegd. U zag de driedimensionale grafiek. De achterzijde betrof een selectie van patiënten die inderdaad ziek waren geweest en genezen waren en die men oproep om plasma te doneren, ook in een poging om wellicht een behandeling te kunnen gaan geven. Daar heeft u ook over kunnen lezen in de krant. De voorzijde betrof gewoon aselechte bloeddonoren. Dat wat betreft het tweede deel van uw vraag. Dan het eerste deel met betrekking tot groepsimmunitet. Ik denk dat dat – een aantal keren heb ik dat ook zelf gezegd – aan het begin misschien te veel aandacht heeft gehad. Maar het is natuurlijk nog steeds een bijproduct van het feit dat het virus circuleert. Ik heb de vorige keer een opmerking gemaakt over hoogtes van titers, die wat mij betreft wel wat overgeïnterpreteerd is. Voor de duidelijkheid: de concentratie van antistoffen is slechts één aspect van antistoffen. Ze hebben ook een bepaalde aviditeit, zoals wij dat noemen. Dat is een geweldig ingewikkeld woord, maar het betekent: hoe goed kunnen ze binden? Je hebt soms veel meer aan een lage titer van antistoffen die goed binden dan aan een hoge titer van antistoffen die het slecht doen. De titers van antistoffen zijn dus interessant. Die moeten onderzocht worden. Zo heb ik dat vorig week ook gezegd, maar dat wil niet zeggen dat daar automatisch uit volgt dat daar geen bescherming bijvoorbeeld uit zou zijn. Dat is iets wat we domweg nog niet weten en wat we nog moeten leren. Verder wil ik daarover nog opmerken dat het onderzoek van Sanquin die relatie niet laat zien. Zij zijn nog bezig met dat onderzoek, maar zij hebben mij daarover verteld dat ze die relatie niet zien. Met andere woorden, mensen met milde klachten kunnen ook in hun assay – die was wat anders dan de assays die ik u vorige week heb laten zien – wel degelijk weer hoge titers hebben. Ik denk dus dat met betrekking tot titers en het al of niet hebben van immuniteit de boeken gewoon nog niet gesloten zijn. Dat vraagt domweg om meer onderzoek. Het is niet anders. Ik denk dat het feit dat mensen antistoffen ontwikkelen toch een reflectie is van het feit dat zich afweer heeft ontwikkeld. Elke afweer, ook al zal die wellicht niet altijd absoluut zijn, gaat ons toch helpen met maatregelen, omdat het een toegevoegde barrière geeft voor het virus om zich toch breed te blijven verspreiden.

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

Dank aan de beide inleiders. Mijn vraag sluit aan bij de vorige vraag, want als ik deze cijfers zie, dan schrik ik als ik het onderzoek van de bloedbanken zie. Het aantal mensen met antistoffen is zo gering dat ik denk: wat heeft dat dan voor gevolgen voor de exitstrategie? Ik denk dan met name aan onze doelgroep: wat heeft het voor gevolgen voor kinderen en kleinkinderen die op bezoek willen bij hun grootouders? Als dat met het betere weer buiten kan in de tuin, of op een plek waar men voldoende afstand houdt, kan dat dan wel? Op de website van het RIVM staat nog steeds «geen bezoek boven de 70». Die mensen vereenzamen.

De heer **Van Dissel**:

Ik weet niet precies wat de vraag is, maar ik denk dat de vraag ook weer de afweer betrof, als ik het zo mag zeggen.

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

Ja, de afweer en wat u kunt adviseren aan kinderen en kleinkinderen die zeggen: met dit mooie weer kunnen we buiten in de tuin gaan zitten? Op uw website staat «niet boven 70», maar dat is voor heel veel mensen erg triest.

De heer **Van Dissel**:

Kijk, met betrekking tot de afweer maak ik even deze opmerking: of dit hoog of laag is, weet ik niet. Er moeten veel meer onderzoeken gebeuren, ook in het buitenland. We kennen onderzoeken uit Italië. In een dorp dat daar toch heftig getroffen leek door het COVID-virus, had tussen de 10% en 30% van de mensen antistoffen opgeroepen. Dan weet je toch nooit zeker hoe het zich nou verspreid heeft in zo'n gebied. Maar dit is een getal dat we nu hebben en vervolgd zal worden. Tegelijkertijd zijn we ook met dat PIENTER-onderzoek bezig, dat ik al noemde, om weer een aselechte steekproef van Nederland te nemen die we ook weer om de zoveel maanden gaan vervolgen, juist om duidelijk te krijgen wat de rol van die opbouw van afweer kan zijn.

Met betrekking tot uw vraag over ouderen: daar zijn adviezen voor en daar is een beleid op gezet. Voor beleid moet u echt bij de beleidsmakers zijn en niet bij de adviseurs. Wij hebben advies gegeven over de 1,5 meter. Het punt met bij elkaar komen is ook dat er transport moet plaatsvinden. Transport kan weer risico's met zich meebrengen. Ik denk dus dat je daar niet te eenvoudig over moet denken. Ik weet dat u dat niet doet, hoor. Maar dat is altijd toch complexer dan alleen maar die 1,5 meter hanteren. Vandaar dat er beleid op wordt gezet. Ik denk u daar moet informeren.

Mevrouw **Ouwehand** (PvdD):

Dank aan beide inleiders. Mijn vraag gaat over de discussie over wel of niet mondkapjes voor iedereen en het testen van iedereen. In die discussie daarover is zowel door het RIVM als het Outbreak Management Team, naast andere overwegingen, ook altijd gewezen op het risico van het creëren van schijnveiligheid. Ik wil de heer Van Dissel vragen om dat nog even toe te lichten voor deze twee discussies.

De heer **Van Dissel**:

Met betrekking tot testen moet mijn collega misschien antwoord geven, maar ik denk dat wij dat geweldig hebben uitgebreid en dat u ook hoorde dat daar nog niet 100% gebruik van wordt gemaakt. Daar is dus nog ruimte. Over de mondkapjes heb ik net ook al wat genoemd. Wanneer hebben mondkapjes zin? Die hebben zin als een verpleegkundige zich buigt over een zieke patiënt die ziek in het ziekenhuis ligt en een hoge virale load heeft. Die verpleegkundige moet handelingen verrichten waardoor zij zich in die wolk van druppeltje begeeft en dan hebben mondkapjes zonder meer zin. In de situatie die we in Nederland nastreven, namelijk dat zieken thuisblijven en er dus buiten geen zieke personen zijn, dat men 1,5 meter handhaaft en dat men zich houdt aan het advies om frequent handen te wassen, hebben mondkapjes in onze ogen, in de ogen van het OMT, geen toegevoegde waarde. Het OMT bestaat uit een veertigtal deskundigen uit Nederland. Dat andere landen daar soms toe besluiten, hangt toch samen met het lezen van de kleine lettertjes. Wat ik daarin lees, is dat sommige landen niet de mogelijkheid hebben om bijvoorbeeld in winkels de afstand van 1,5 meter te handhaven, domweg omdat de locaties te klein zijn. Dan kom je in een heel andere situatie, want dan kan je niet voldoen aan de andere maatregelen. In Nederland zien we de effecten van wat we doen op de afvlakking van de curves. Dat is toch een reflectie van het feit dat we blijkbaar iets goed doen of in ieder geval het goede niet tegenhouden met wat we doen. In onze ogen hebben mondkapjes op dit moment geen zin, ook in een tijd dat er nog schaarste in de zorg is.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer De Gouw voor een toelichting op het testen.

Mevrouw **Ouwehand** (PvdD):

Mijn vraag ging over het punt van de schijnveiligheid. Ik herinner me dat de heer Van Dissel in een eerdere briefing ook aangaf dat je dan misschien ander gedrag krijgt.

De **voorzitter**:

Helder. De heer Van Dissel nog kort en dan kom ik even bij de heer De Gouw.

De heer **Van Dissel**:

Waar je natuurlijk bang voor bent, is dat iemand toch denkt: ik ben wel neusverkouden, maar ik heb een mondkapje op, dus ik ga toch maar naar buiten. Allemaal dingen maken dat je daarmee een soort schijnveiligheid creëert. Bovendien weten we dat een deel van de besmettingen plaatsvindt omdat men bijvoorbeeld in de ogen wrijft. In die zin noemen wij het schijnveiligheid.

De heer **De Gouw**:

Je test in het kader van een bepaalde strategie. De strategie die op dit moment wordt gebruikt, is het zo veel mogelijk beschermen van kwetsbare personen. Daarnaast krijgen we door bijvoorbeeld de PIENTER-studie en de NIVEL-peilstations, omdat die op een andere manier testen, een indruk van de verspreiding van het virus in Nederland. Het testen moet altijd een doel hebben. Als je kijkt naar wat in het kader van de exitstrategie het doel kan zijn, dan heb je meer aan serologische testen die nu in aan ontwikkeling zijn dan aan het testen van mensen met klachten. Mensen met klachten hebben klachten opgelopen. Je zal in bepaalde fases mensen met klachten kunnen testen om het bron- en contactonderzoek vervolgens zo in te richten dat je daarmee nieuwe situaties, nieuwe gevallen kunt opsporen en mensen kunt alerteren op het feit dat ze risico lopen op gezondheidsklachten en daarom binnen moeten blijven. De testcapaciteit die er nu is, is ruim voldoende voor de huidige strategie. Als er een nieuwe strategie komt in het kader van exitstrategieën of vermindering van maatregelen, dan moeten we opnieuw kijken welk testbeleid daarbij past. Daarover adviseert het OMT.

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

Dank aan de beide heren voor de inleiding. Op de plaatjes van Nederland is duidelijk te zien dat het virus niet gelijk verspreid is. Met name in het noorden zie je dat het aantal besmettingen gelukkig achterblijft. Ik heb begrepen van de GGD daar dat alle besmettingen nog kunnen worden nagetrokken, dus ze bevinden zich eigenlijk nog in de beginfase van het virus. Hopelijk wordt dat niet doorgezet. Als we nu toegaan naar een exitstrategie, wordt er dan ook regionaal maatwerk toegepast, omdat het noorden weer zo verschillend is ten opzichte van Brabant en wellicht ook Zuid-Holland en een deel van Midden-Nederland? Is er ruimte voor maatwerk bij de maatregelen die worden genomen bij de exitstrategie?

De heer **Van Dissel**:

Een belangrijke vraag. Ik denk dat dat zeker wordt overwogen, maar nogmaals, ik wil niet vooruitlopen op wat het OMT daarover gaat besluiten. Het kan voordelen hebben – u noemt er al een aantal – maar het kan ook veel nadelen hebben om het regionaal te doen. Toen België bijvoorbeeld de kroegen ging sluiten, kwam men naar Nederland. Dan kom je min of meer in een cascade. Dat soort dingen moet worden meegenomen. Zeker voor een exitstrategie voor een virus dat toch in zekere mate aanwezig blijft, is communicatie geweldig belangrijk. Communicatie moet helder kunnen zijn. Ik denk dat het een belangrijk onderdeel is van een eventueel regiobeleid, maar het zal zeker worden meegenomen.

De heer **Veldman** (VVD):

Dank aan de heer Van Dissel en de heer De Gouw voor hun presentatie. De heer Van Dissel zei net dat we de 1,5 meter ook in acht nemen, omdat we niet weten wie de ziekte, het virus al gehad heeft. We zagen in de afgelopen week een aantal particuliere initiatieven, een soort drive-incoronatest, waarbij de suggestie wordt gewekt dat je met één prikje kunt testen of je antistoffen hebt. De mensen moeten daar dan € 70 voor betalen. Het RIVM, ook de heer Van Dissel, heeft zich daar eerder kritisch over uitgelaten. De vraag aan de heer Van Dissel is: als dit soort initiatieven nou verder toeneemt, wat moet er dan gebeuren? Moet daar dan meer ingezet worden op communicatie richting mensen in de zin van «bespaart u zich die € 70, want het creëert geen zekerheid»? Of is de toename van de schijnveiligheid misschien wel zo groot dat er meer moet gebeuren dan alleen maar communicatie over de onbetrouwbaarheid hiervan?

De heer **Van Dissel**:

Ook dit is natuurlijk een complexe vraag. Wat wij vanuit de wetenschap hier alleen maar over kunnen zeggen – en dat heb ik vorige week ook geïllustreerd aan bijvoorbeeld de resultaten van die sneltesten, die vaak in dit soort settings worden gehanteerd – is dat je gewoon fout-negatieve en fout-positieve uitslagen gaat krijgen. Lang niet al die testen zijn zo goed gevalideerd. Ik weet bijvoorbeeld dat het Erasmus het doet voor de testen die zij doen. Zij zitten hele panels op standaardsera uit te testen om te weten wat zo'n test nou zegt. In een situatie waarin de prevalentie van ziekten, het voorkomen van ziekten, laag wordt, zullen fout-positieve en fout-negatieve uitslagen alleen maar belangrijker worden. Dat is dus één ding. Zijn die testen echt de testen die je wilt uitvoeren? Het antwoord op die vraag zal in veel gevallen dan misschien toch zijn: zeer waarschijnlijk niet. Daar kunnen we natuurlijk kritisch op zijn en eventueel ook naar kijken. Het tweede is wat collega De Gouw net noemde, namelijk dat we in Nederland niet zo van het testen om het testen zijn. Dan kost het ook nog eens € 70. Nee, we willen testen omdat we een gedachte hebben bij wat we willen gaan doen met de uitslagen. Het kan natuurlijk interessant zijn om een uitslag te hebben, maar wat wij zullen propageren en waar wij ook hard over nadenken, ook met betrekking tot immuniteit, is: hoe kunnen we die testen zo goed mogelijk inzetten bij een deel van de bevolking, of bij een groter deel, of in die steekproef die momenteel plaatsvindt, om verstandige informatie te krijgen met betrekking tot de exitstrategie? Ik denk dat dit soort initiatieven daar in ieder geval niet automatisch aan bijdragen, omdat er wellicht geen registratie is en we ook de geschiedenis niet weten van de personen die zich laten testen. Er zit ook een aspect in dat je het waarschijnlijk zelf moet afrekenen en dat niet iedereen daar meteen € 70 voor beschikbaar heeft. Er zitten dus een heleboel nadelen aan, en de bevolking moet ervan uit kunnen gaan dat wij daar kritisch naar kijken, en met name kritisch kijken naar de mogelijkheden die de testen ook bieden om zo snel mogelijk verder te komen. Dat is iets wat we met de verschillende testen, die ook collega De Gouw noemde, continu evalueren. We kijken continu wat we met testen kunnen toevoegen aan de situatie in Nederland, om die zo snel mogelijk te helpen normaliseren. Ik hoop dat dit ongeveer het antwoord is.

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

Ik dank beide heren voor de presentaties. Mijn vraag gaat over de exitstrategie. Hoe kunnen allerlei mensen zich daarop voorbereiden als het gaat om het samenkomen van mensen in besloten ruimtes? Of dat nou is op het werk, in het concertgebouw, in een kerk of elders, daar gelden ook bepaalde eisen voor ventilatie en luchtvochtigheid, waar je nu eigenlijk al op kunt investeren en mee aan de slag kunt gaan.

De heer **Van Dissel**:

ik begrijp uw punt. Het is een heel terechte vraag over een goed punt, waar ik, in alle eerlijkheid, nu eigenlijk niet goed een antwoord op kan geven. We hebben natuurlijk voor evenementen en gezelschappen al bepaalde afspraken gemaakt die wat langer doorlopen. Ik neem uw punt mee, want ik ben het helemaal met u eens dat we ons ook moeten gaan voorbereiden. Als we nu al dingen kunnen doen, moeten we vervolgens op het moment dat we zeggen dat het kan, niet te horen krijgen: ja, maar nu moet ik eerst drie maanden gaan verbouwen. Dus ik vind uw punt heel goed en ik ga het meenemen.

De heer **Asscher** (PvdA):

Zowel bij het testbeleid als bij de mondkapjes vind ik dat de vraag of het zinvol is vaak door de war wordt gehaald met de vraag of het mogelijk is, vanwege het gebrek aan capaciteit. Dat maakt de discussie ingewikkeld. Daardoor vinden we het niet zinvol om te testen, want er zijn te weinig testen. De heer Van Dissel zei net tussen de regels door dat Nederland beter dan andere landen in staat is om die 1,5 metersamenleving c.q. -economie vorm te geven. Maar ik vraag me af of dat zo is, als het openbaar vervoer straks weer op orde komt, als de scholen weer opengaan en als mensen elkaar weer opzoeken. Dus de vraag is of, als je de eventuele schaarste buiten beschouwing laat, het niet zinvol is om wél gebruik te maken van mondkapjes en wél gebruik te maken van gerichte testen bij een exitstrategie om te voorkomen dat mensen, voordat ze symptomen hebben, anderen besmetten.

De heer **Van Dissel**:

Ik kan me niet herinneren dat ik heb gezegd dat we onze 1,5 metereconomie beter hebben ingericht. Ik heb gezegd dat we het in verhouding met andere landen niet slechter doen wat betreft de verspreiding van het virus. Dat is toch net wat anders, denk ik.

De heer **Asscher** (PvdA):

U zei: kijk naar de kleine lettertjes; zij adviseren mondkapjes omdat ze blijkbaar niet in staat zijn het vorm te geven.

De heer **Van Dissel**:

Oké. Dat is een wat ander aspect. Dat klopt. Wat u in wezen zegt – dat zullen wij natuurlijk meenemen – is dat je altijd de context en de situatie moet betrekken in de adviezen. Dat zullen we natuurlijk ook doen. Met betrekking tot testen heeft collega De Gouw al genoemd dat we nu niet aan de capaciteit zitten. Er is dus zelfs nog ruimte om meer te testen. Met betrekking tot mondkapjes is er wel degelijk nog schaarste. Als die schaarste minder wordt, zullen wij natuurlijk steeds met de kennis van de wetenschap kijken of dat, zeker in bepaalde situaties of bepaalde beroepen, wel toegevoegde waarde kan hebben. Ik ging tot voor kort naar de tandarts. Zo'n tandarts heeft al jaren een kapje op. Dat doet hij ook niet voor niks. Er kunnen dus zeker bijvoorbeeld contactberoepen zijn waarin dat wel degelijk zinvol is. Naar die situaties zullen we allemaal apart kijken. Mijn opmerkingen van net betroffen het gebruik van mondkapjes in de publieke ruimte, waarbij we ons ook aan de andere afspraken houden. Dan is de toegevoegde waarde wat ons betreft buitengewoon gering, zeker met het oog op de schaarste die er is. Als we straks naar exitstrategieën kijken, zullen we dit soort dingen opnieuw gaan evalueren, zeker voor specifieke beroepen en bepaalde contexten. Daar heeft u helemaal gelijk in.

De heer **Baudet** (FvD):

Ik wil graag doorgaan op de vraag van de heer Asscher over mondbescherming. Er zijn namelijk ook allerlei plekken op de wereld, bijvoorbeeld

New York, waar burgers geadviseerd wordt om bij afwezigheid van medische mondbescherming zelf dingen te maken. Ik heb er ook een bij me. Dat ziet er zo ongeveer zo uit. Is dit nou niet iets wat mensen die bijvoorbeeld kapper zijn, kunnen gaan gebruiken? Ik denk dat het wel heel belangrijk is om al aan die exitstrategie te gaan denken. Ik haak ook een beetje aan op de vraag van de heer Azarkan. Kunnen we al bepaalde groepen gaan aangeven, bepaalde bedrijven, bepaalde delen van de samenleving, waar mensen met extra bescherming wel weer activiteiten kunnen ontplooiën, zeker als het in de plaats kan komen van die kunstmatige en uiterst moeilijk vol te houden 1,5 meter afstand, bijvoorbeeld in het openbaar vervoer?

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat ik net heb aangegeven dat wij daar zeer voor openstaan. Het is wel zo dat mondkapjes aan bepaalde eisen moeten voldoen om effectief te zijn. Je kunt je afvragen of het TNO-gekeurde mondkapjes worden als iemand thuis zelf met de naaimachine aan de slag gaat, zoals je in Amerika ziet gebeuren. Maar in essentie heeft u helemaal gelijk. Wij zullen er bij al die situaties, en zeker bij de verschillende exitopties die er zijn, natuurlijk niet van uitgaan dat we geen mondkapjes willen en dus bepaalde dingen uitsluiten. We moeten gewoon per situatie evalueren wat de toegevoegde waarde van bepaalde interventies zou kunnen zijn. Specifiek met betrekking tot mondkapjes denk ik wel dat we geen schijnzekerheid moeten introduceren. We weten nou eenmaal dat de filtering van de lucht en het verzadigd raken van een mondkapje met vocht als je praat allemaal invloed heeft op de effectiviteit ervan. Ik zou er dus toch voor willen pleiten dat we gebruikmaken van de types die we hebben, waarvan bekend is wat ze doen in de verschillende situaties, en die zo goed mogelijk inzetten.

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

Ook ik heb een vraag, in aanvulling op de vragen van mevrouw Ouwehand, de heer Asscher en de heer Baudet. Het blijft een beetje een rare discussie. De heer Van Dissel zegt dat het geen zinvolle toevoeging is voor het publiek, maar dat blijft toch een beetje een medische benadering. Laten we kijken naar andere landen. Taiwan is ons voorgegaan. Zij hebben het op een fantastische manier gedaan, mét mondkapjes. Nu zijn Oostenrijk, Duitsland, België en Tsjechië ook al om. U geeft aan dat het voornamelijk om de kleine lettertjes gaat. U noemt dan dat andere landen misschien kleinere winkels hebben. Dat argument zie ik niet. De heer Krol heeft net gevraagd: kunnen kinderen naar opa en oma, en zou het in dat soort situaties niet juist goed zijn? Mijn vraag is dus: wordt het argument van schijnveiligheid, dat continu wordt genoemd, op een bepaald moment niet minder belangrijk dan de positieve effecten voor bijvoorbeeld een herstart?

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat ik daarop zonet al antwoord heb gegeven, maar ik wil wel benadrukken – collega De Gouw moet dat maar aanvullen – dat er gewoon schaarste is. Het is dus niet zo dat we nu mondkapjes te over hebben maar daarbovenop zitten omdat we ze niet willen uitdelen. Er is gewoon schaarste aan mondkapjes. Straks zal collega Nieuwenhuizen over de situatie in de verpleeghuizen vertellen, en we krijgen nou niet de indruk dat mondkapjes daar ruim voorhanden zijn. En dan die schijnzekerheid. Kijk, ik wil hier geen flauwe grappen maken, maar als je in Azië komt, zie je geregeld mensen met mondkapjes lopen en dat heeft de coronaverspreiding daar eerder niet tegengegaan. Je moet het dus toch altijd in context bezien. Wij zullen daar zeker bij exitstrategieën zeer nauwkeurig naar kijken. We denken ook dat er specifieke beroepen zijn die daar voordeel van kunnen hebben – dat heb ik net al aangegeven – maar

in de algemene publieke ruimte zie ik 1,5 meter afstand houden, handen wassen en thuisblijven als je ziek bent als succesfactoren bij het feit dat het bij ons afvlakt. En daar moeten we nu niet aan tornen. We moeten mondkapjes dus gebruiken waar ze nodig zijn, zijnde in de zorg, in de verpleeghuizen. En we zullen uiteraard kijken wat voor verschillende beroepen, met name contactberoepen, de toegevoegde waarde kan zijn in een exitstrategie.

De voorzitter:

Dank u wel. Nog een korte toelichting van de heer De Gouw, of is het voldoende zo? Voldoende, hoor ik. Dank u wel.

De heer Van Dissel:

Daar ben ik het wel mee eens!

Mevrouw Van Kooten-Arissen (vKA):

Dank aan beide sprekers voor de zeer heldere presentatie. Ik heb voor de heer Van Dissel twee vragen. Ik wil ze graag allebei tegelijk stellen. Mijn eerste vraag gaat over de vaccins. Er zijn verschillende prognoses van wanneer er een vaccin beschikbaar is. We hadden in Nederland het Nederlands Vaccin Instituut. Dat is in de afgelopen tien jaar helaas verkocht. Mijn vraag aan de heer Van Dissel is: is het waar dat wij nu voor de vaccinontwikkeling afhankelijk zijn van farmaceuten die eigenlijk buiten crisistijd niet willen investeren in vaccinontwikkeling en -onderzoek? En zou de heer Van Dissel toch niet liever een vaccininstituut achter zich hebben gehad?

Mijn volgende vraag ...

De voorzitter:

De heer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

Dit is natuurlijk een vraag die eigenlijk niet goed te beantwoorden is, omdat de situatie niet meer zo is. Kijk, je ziet vaccins toch vaak ontstaan in vrij kleine bedrijven die innovatief kunnen zijn. Er zijn inmiddels tientallen potentiële vaccins waaraan gewerkt wordt. Als die kleine bedrijven bijvoorbeeld een concept hebben dat het zogenaamde fase-1-onderzoek, dus een eerste klinische proeve, doorstaat, dan wordt dat vaak opgekocht door grotere bedrijven. Dat is vaak wat er gebeurt. Er zijn een heleboel initiatieven, en ik begreep uit de media dat er ook een aantal initiatieven zijn die de Nederlandse overheid op een bepaalde wijze steunt. Ik denk dat je het bij vaccins, en ook bij de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen, toch vooral moet hebben van dat model, dat blijkbaar toch wel werkt, waarbij groepen wetenschappers een concept hebben dat ze uitwerken en klaarmaken om uiteindelijk door een groter bedrijf te worden uitgevoerd. Dat zien we momenteel met vaccins in ruime mate gebeuren. Het zou in theorie ook heel goed in Nederland kunnen gebeuren. We hebben in Nederland ook nog een aantal locaties waar hard aan vaccins wordt gewerkt, zij het dan in samenwerking met, wat u noemt, grote farmaceuten. Maar dat hoeft natuurlijk niet meteen te betekenen dat daar geen goed werk wordt verricht. Ik weet dat Intravacc, het Nederlandse onderzoeksdeel van het eerdere vaccininstituut, ook naar dit soort dingen kijkt. Ik denk dus dat er ruim gekeken wordt, maar dat de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen en ook de ontwikkeling van vaccins en het kunnen testen op veiligheid toch heel belangrijke aspecten worden. Dit wordt namelijk een vaccin dat aan miljoenen, zo niet miljarden mensen wordt aangeboden. Dan moet je altijd toch voorbereid zijn op de onverwachte problematiek die zich kan voordoen als je het zo breed moet toepassen. Ik denk dus dat veiligheid een belangrijk punt wordt voordat dit soort vaccins kan worden toegelaten tot de markt. Dat zal ook

afhangen van hoe de situatie is. Ik denk ook dat Nederland daar, ook met Europese initiatieven, toch zo veel mogelijk bij aangesloten probeert te zijn.

De voorzitter:

Uw tweede vraag?

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

Mijn volgende vraag gaat eigenlijk ook over de groepsimmunitet. Ik zie dat uit steeds meer onderzoeken blijkt dat er eigenlijk geen groepsimmunitet kan worden opgebouwd. Het laatste onderzoek daarover is van Harvard. Ik zie in de modellen eigenlijk geen scenario waarbij maatregelen worden versoepeld en mensen die al besmet zijn geweest met COVID-19, weer opnieuw besmet worden. Kan de heer Van Dissel daar iets over zeggen?

De heer Van Dissel:

Voor de duidelijkheid: we denken dat groepsimmunitet wel degelijk een rol gaat spelen. Ik weet niet of u wijst op de modelleringen van Harvard, waarin zij zeggen dat het virus nog enige tijd aanwezig is omdat de groepsimmunitet langzaam opbouwt. Dat moge zo zijn, maar wij realiseren ons natuurlijk ook dat het niet zo is dat we kunnen verwachten dat heel Brabant het virus al heeft gezien. Dat heb ik u net met het getal geïllustreerd, maar ook met de getallen uit Italië. Maar dat betekent niet dat elke persoon die het doorgemaakt heeft – dan moet je toch vergelijkingen trekken met andere respiratoire virussen – niet wel degelijk een vorm van immunitet opbouwt, die als zich dat bevindt in de bevolking toch een soort boksbeugel is waar het virus op afketst. Uiteindelijk kan dat toch bescherming bieden voor andere groepen. We realiseren ons – dat hebben we hier ook eerder gezegd – dat als je de immunitet alleen opbouwt met infecties, dat nog geruime tijd duurt. Eigenlijk hoop je dat je van de opbouw gebruik kan maken tot het vaccin beschikbaar komt. Dat vaccin geeft uiteindelijk natuurlijk ook een soort groepsimmunitet, alleen heb je dan niet de infectie daaraan voorafgaand en de potentiële gevolgen daarvan om de immunitet te krijgen. Ik denk dat het toch de combinatie van die beide wordt.

De heer Klaver (GroenLinks):

Ook ik sluit me aan bij alle complimenten, niet alleen voor de presentatie van vandaag, maar vooral ook voor de manier waarop de afgelopen weken aan de aanpak van dit virus is gewerkt. Ik hoop ook dat die complimenten worden doorgegeven aan al uw collega's. Ik wil even doorgaan op de mondkapjes, waar collega's al eerder naar hebben gevraagd. Volgens mij was het echt nieuw wat we net hoorden: mondkapjes voor de bevolking kunnen wel degelijk een rol spelen bij de exitstrategie. Ik vind het belangrijk om dat te markeren. Het is ook duidelijk dat het niet de bedoeling is dat we die allemaal in de publieke ruimte gaan dragen, want dat heeft geen effect, maar in heel specifieke situaties kan het wel. Terecht wordt opgemerkt dat de zorg prioriteit heeft. Daar ben ik het ook mee eens. Maar als we zeggen dat mondkapjes inderdaad een rol gaan spelen in de exitstrategie, moet het OMT dan niet nu al aan het kabinet vragen om meer mondkapjes, misschien ook andere typen, te bestellen, zodat we als we eraan toe zijn, voldoende van deze materialen hebben?

De heer De Gouw:

Op dit moment heeft het Landelijk Consortium Hulpmiddelen die strategie al. Het is niet zo dat we stoppen bij het aantal mondkapjes dat nodig is voor de huidige maatregelen. De strategie is nu om te kopen en te bestellen wat we kunnen. De opdrachten die op dit moment worden

gegeven, zijn al ruimer dan op dit moment nodig is voor de huidige strategie voor mondkapjes. Die ruimte wordt nu in feite al ingekocht binnen het LCH – dat betreft met name chirurgische mondkapjes – om ruimte te bouwen om in het kader van de exitstrategie er voor bepaalde doelgroepen – niet per se de hele bevolking, maar bijvoorbeeld contactberoepen, de horeca, kappers of wat dan ook – voor te zorgen dat er op dat moment voldoende kapjes aanwezig zijn om die exitstrategie ook daadwerkelijk uit te kunnen voeren.

De voorzitter:

U heeft geen tweede vraag meer, meneer Klaver? Dan gaan we naar mevrouw Van den Berg van het CDA.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ook van onze kant alle complimenten en dank aan de inleiders. Ik wil toch graag even doorgaan op de mondkapjes. De huidige schaarste kan ik alleen maar beschrijven. Ik hoor dat uitvaartondernemers, thuiszorgmedewerkers en mantelzorgers die graag zo'n mondkapje willen, die toch nog niet kunnen krijgen. Maar ik hoor ook dat Spanje bijvoorbeeld tien miljoen mondkapjes heeft uitgereikt in het openbaar vervoer. Dan vraag ik mij af of er, los van de contactberoepen waarover net gesproken is en als er geen schaarste zou zijn, de mogelijkheid is om met mondkapjes de social distancing los te laten. Als je die 1,5 meter houdt, heb je geen mondkapje nodig. Maar er zijn nu heel veel trieste situaties en ook economische situaties komen onder druk te staan.

De voorzitter:

Aan wie stelt u deze vraag?

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Aan de heer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

Ik denk dat ik net duidelijk heb aangegeven dat we per situatie bekijken wat we het beste kunnen doen. Dat is gewoon de realiteit. Ik zeg dat niet omdat we ooit iets hebben afgesproken en dat nooit meer gaan veranderen, want zo werkt de wetenschap niet. Je moet op grond van inzichten de beste adviezen kunnen geven.

Met betrekking tot mondkapjes is de situatie nu toch dat we schaarste hebben. U gaf dat zelf al aan. Dat betekent dat we prioriteit geven aan de situatie waarin wij denken dat mondkapjes het meeste effect hebben op bescherming van personen. Dat is nu duidelijk in de zorg. Het tweede punt is dat het doen van de andere dingen een bewezen effect heeft op het bestrijden van de uitbraak. Dat zien we ook aan de gunstige ontwikkeling van de meeste getallen. Collega De Gouw en ik hebben hier al eerder benoemd dat we mondkapjes natuurlijk een rol gaan toebedelen in een exitstrategie, in een bepaalde context. Ik kreeg het idee dat de heer Klaver dat toch weer ietsje breder wilde trekken. We hebben een aantal voorbeelden genoemd en ik denk dat we helemaal op een lijn zitten. Er kunnen beroepen zijn waarbij mondkapjes op het moment dat er geen schaarste in de zorg meer is, een toegevoegde waarde hebben met betrekking tot het verminderen van de kans van overdracht.

Waarom wij niet voor mondkapjes in de publieke ruimte zijn, heb ik al uitvoerig uitgelegd, denk ik. We zullen dus gaan kijken wat de wetenschap ons vertelt met betrekking tot specifieke beroepen, zoals tandartsen. Zij deden dit ook al eerder. Daar kunnen we dit soort materialen nuttig inzetten. Ik denk dat dat het antwoord is.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn we ...

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

Ik had gevraagd of de social distancing verminderd kan worden als er een overvloed aan mondkapjes zou zijn.

De heer **Van Dissel**:

Dan krijg je toch het probleem dat iemand die een mondkapje opheeft, niet meer weet of hij thuis moet blijven als hij ziek is. Waarom doe je het dan precies? De maatregelen zoals de anderhalve meter en thuisblijven als je ziek bent, hebben effect. Als je dit introduceert, gaat dat gepaard met onzekerheden, omdat iemand die een mondkapje draagt, de gedachte kan hebben: ik kan wel naar buiten met wat hoest, want ik heb toch dat mondkapje op. We willen graag helderheid houden, zonder die te laten vertroebelen. Verder denk ik dat we nog lang niet in het stadium van surplus zijn, ook niet in de zorg, zodat we al over dit soort dingen door kunnen gaan.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Hiermee zijn we aan het einde van de eerste ronde gekomen. Ik dank beide sprekers hartelijk voor de presentatie en het beantwoorden van de vragen. Ik schors deze bijeenkomst voor een enkel moment om van plaats te wisselen en uiteraard om de microfoons en de zitplaatsen te reinigen.

Dank u wel.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**:

We gaan verder met deze bijeenkomst. Aangeschoven zijn mevrouw Nieuwenhuizen, voorzitter-bestuurder van Verenso, de vereniging van specialisten ouderengeneeskunde, en mevrouw Van Diemen, inspecteur-generaal van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Hartelijk welkom. Ik stel voor om snel over te gaan tot de presentaties. Daarna gaan we over tot het stellen van de vragen door de Kamerleden. Ik geef als eerste het woord aan mevrouw Nieuwenhuizen. Gaat uw gang.

Mevrouw **Nieuwenhuizen**:

Dank u wel voor de uitnodiging om hier te mogen spreken. Ik denk dat het heel fijn is dat ik hier toelichting kan geven op onze cijfers en de vragen die er mogelijk leven. Ik heb een powerpoint meegekregen. Ik hoop dat die voldoende structuur biedt en dat ik in tien minuten alles kan vertellen. Mijn naam is Nienke Nieuwenhuizen. Ik ben specialist ouderengeneeskunde. Ik werk twee dagen als voorzitter en twee dagen als specialist ouderengeneeskunde in het verpleeghuis, dus ik mag ook dagelijks en wekelijks bezig zijn met alle facetten van deze crisis.

Wij hebben een tijd geleden in vrij korte tijd een COVID-19-registratie in verpleeghuizen opgezet. Er zijn een heleboel elektronische patiëntendossiers. Daarin stond natuurlijk nog niet echt een registratie van COVID. Wij zagen natuurlijk snel dat het nodig was om inzicht te krijgen in de aantallen, het verloop en de presentatie van COVID in het verpleeghuis. We weten dat bepaalde ziekten, met name infectieziekten, in verpleeghuizen op een andere manier ontstaan en zich verhouden dan in de normale maatschappij. Daarom hebben we dat gedaan. Heel belangrijk daarbij was ook om inzicht te krijgen in het aantal vermoedelijke gevallen en verdenkingen van COVID, omdat we in eerste instantie niet veel konden testen. Maar natuurlijk kan je COVID er met een klinische blik wel uit halen. Dat laten de cijfers zo meteen ook zien.

We hebben een vrijwillige registratie. Je moet het dus altijd zien in verhouding, op basis van die vrijwilligheid. Dus als het heel erg druk is, in uitbraaksituaties, wil die nog weleens achterlopen. Het is heel belangrijk dat u weet dat dit anonieme gegevens zijn. Ik kan alvast zeggen dat die

komen uit twee grote epd-systemen, maar dat we kijken of dit in alle epd-systemen kan. Dat geeft dat er een klein verschil is met de cijfers van het RIVM, want dat heeft natuurlijk landelijke gegevens. Maar als je het middelt, komt het aardig overeen.

De volgende slide is meer om te laten zien dat we er in ieder geval in de verpleeghuizen nog zeker niet zijn. We zien een sterke stijging van het aantal besmettingen. De twee bovenste lijnen zijn daarbij het belangrijkste. De allerbovenste betreft het bevestigde aantal besmettingen. De lijn daar vlak onder betreft de vermoedelijke besmettingsgevallen. In de staafdiagrammen ziet u aan de linkerkant de bevestigde gevallen. In de tweede, kleine groene staafdiagram ziet u het aantal herstelde patiënten. De oranje aan het eind geeft het aantal overleden patiënten aan bij een bevestigde COVID. Dat zijn hoge aantallen, zoals u ziet. Helemaal rechts ziet u het aantal verdenkingen van COVID. Dat is vrij hoog. Nu wij veel meer kunnen testen, gaan wij ervan uit dat die verdenkingen minder worden, omdat we ze kunnen bevestigen. Dat is een vrij logische gedachte. Daarnaast ziet u het aantal herstelde mensen met een verdenking van COVID. Helemaal aan het eind ziet u de sterftecijfers. In het midden ziet u de mensen waarbij we eerst dachten dat het COVID was, maar die uitgesloten zijn van het hebben van COVID. U ziet ook dat het percentage herstel daarbij hoger is en de sterfte een stuk minder. Dat betekent dat er toch een vrij grote kans is dat mensen overlijden aan COVID. Dat is niet heel vreemd, omdat we een bepaalde doelgroep hebben. Maar daarover zo meteen meer.

Dan even in gewone getallen. Het aantal opgeschreven bevestigde COVID-patiënten is 2.282 met een verdenking van ongeveer 3.000. In totaal zijn 629 patiënten overleden. Dat is uit één bron. De bovenste twee getallen zijn uit twee epd-systemen. Het aantal overledenen is uit één systeem en is dus een onderregistratie van het werkelijke aantal. Het aantal herstelde mensen is in totaal 358. Het vorige staafdiagram gaf ook de mensen die nu nog ziek zijn al aan. Mensen zijn vrij lang ziek. Dat weten we van het ziektebeeld. Het kan wel twee weken duren. Ze lijken eerst op te knappen en dan opeens zakken ze terug. Dus de kans is vrij groot dat het aantal sterfgevallen helaas gaat toenemen. Hier zie je ook eigenlijk dat we in twee weken tijd een vervijfvoudiging hebben van het aantal overleden patiënten in de afgelopen tijd. Dat zijn echt hele grote aantallen, ongekende aantallen, ook voor verpleeghuisbewoners. Ik wil daarbij aanstippen dat iedereen die zegt dat het een griepje is, ziende blind is.

De voorzitter:

Mevrouw Agema, u heeft een verduidelijkende vraag. Ik wil u vragen echt heel kort te zijn. Ik zou graag iedereen de ruimte willen geven, maar gaat uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Mijn vraag is of dit een cumulatief getal is of dat het getallen per week betreffen en we die in wezen bij elkaar moeten optellen.

Mevrouw **Nieuwenhuizen:**

Nee, dit zijn de cumulatieve getallen.

De heer **Baudet** (FvD):

Ik heb ook nog een verduidelijkende vraag. Wat waren de getallen vorig jaar en het jaar daarvoor? Wat zijn normale getallen?

Mevrouw **Nieuwenhuizen:**

Daar heeft het CBS de cijfers over, de normale sterftecijfers. Ik heb geen cijfers van vorig jaar op dit moment.

De heer **Baudet** (FvD):

Is het twee keer zoveel als normaal of tien keer zoveel?

Mevrouw **Nieuwenhuizen**:

Ik heb niet zo'n mooi staasje als we de vorige keer hadden. Dat heb ik nu niet bij me, maar ik kan het wel voor u navragen. Het zijn nu 629 patiënten. De ervaring is dat dit echt meer is dan we normaliter zien in deze tijd. Dus het is echt meer dan we hadden gehoopt en hopen. Dit zijn cijfers van nog maar heel kort. Dit zijn data die we vanaf 27 maart zelf bijhouden. We hebben echt de komende tijd nog nodig om dat meer duiding te geven. Het is ook echt onze intentie om veel meer te gaan nadenken over hoe je nog meer zicht krijgt op het verloop in die cijfers en om samen met het RIVM te kijken hoe we dit kunnen duiden. Dit zijn heel platte cijfers, want het is gewoon het totaal. Dus ik kan ook niet zo veel zeggen over locaties en afdelingen. We hebben een grote bak met data waar we platte cijfers uit halen, ook in verband met de anonimiteit. Verder denk ik dat het goed is om even stil te staan bij de redenen van verspreiding. Waarom gebeurt dit nu? Er is veel discussie in de maatschappij of de bezoekersregeling wel zin heeft en of het niet anders moet. Ik wil even benadrukken dat we echt in een pandemie zitten. Een pandemie treft een heleboel mensen en met name de kwetsbaarsten van de kwetsbaren. De kwetsbaarsten van de kwetsbaren zijn het kwetsbaarst. Dat is geen net Nederlands maar geeft misschien wel aan wat er aan de hand is. We hebben altijd gezegd dat je bijna niet kan voorkomen dat ook mensen in een verpleeghuis blootgesteld worden aan dat virus, aangezien het door heel Nederland heen vliegt. Je kunt alleen proberen het zo goed mogelijk te voorkomen omdat het gaat om een heel kwetsbare groep. Het herkennen van ziekte bij deze heel kwetsbare groep is heel erg ingewikkeld. Mensen van ouderdom met kwetsbaarheden hebben in een verpleeghuis een heel atypische presentatie; zij zullen zelf niet zeggen: ik heb keelpijn, hoofdpijn of koorts. Dus het is moeilijk dat te herkennen. Dat maakt ook dat het moeilijk is om de juiste actie op te pakken. Je moet eigenlijk bij dit virus heel snel zijn. Dat is moeilijk in een verpleeghuis bij deze kwetsbare mensen. Dat is niet alleen omdat het zich dus in het individu anders presenteert, maar ook omdat de setting anders is. We zeiden het al: mensen met dementie of met cognitieve stoornissen kun je moeilijk de richtlijnen van het RIVM uitleggen: 1,5 meter afstand, hoesten in je elleboog, zakdoekjes gebruiken. Dat is erg lastig, zeker als het gaat over plekken waar je in groepen bij elkaar woont, waar mensen als een gezin samenwonen. Anne-Mei The heeft daar ook een mooi stuk over geschreven. Het verpleeghuis bestaat eigenlijk uit allemaal kleine gezinnen, met veel mensen. Als er iemand in het gezin ziek is, is het echt heel erg lastig om te zorgen dat andere mensen niet ziek zijn. Mensen met kleine kinderen weten dat. Daar kan je heel erg je best voor doen, en dat doen wij ook, maar het is nou eenmaal niet helemaal te voorkomen maar wel zo goed als mogelijk te voorkomen. Dat is wat we ook proberen. Daarnaast is het, als je niet genoeg persoonlijke beschermende middelen hebt en geen mogelijkheid hebt om echt iedereen te testen, ook lastig om die verspreiding op tijd te signaleren en om die te voorkomen. Daar hebben we het al een paar keer over gehad. Wat hebben we daaraan gedaan? Die pandemie pakken we met elkaar op en daarvoor zijn er Nederlandse maatregelen. Die zijn er om de kwetsbaarsten van de kwetsbaren te beschermen; dat is altijd het doel geweest. Dus hoe beter die pandemie in heel Nederland onder controle wordt gehouden, hoe beter dat is voor onze meest kwetsbare mensen en hoe beter dat is voor de verpleeghuisbewoners. Daarnaast hebben wij ons helaas genoodzaakt gezien om te zeggen dat wij een extra advies wilden voor social distancing in het verpleeghuis, hoe moeilijk wij dat ook vinden, helemaal contra wat we in het verpleeghuis doen. Het verpleeghuis is welzijn, het is wonen, maar het is ook behan-

deling, want wij hebben hele kwetsbare mensen. Wij hebben die social distancing in het verpleeghuis zo gedaan dat we al zo veel mogelijk cohorten maken. Dat betekent dat je zorgt dat er niet veel wisselingen van mensen zijn. Het is dus eigenlijk het beperken van contact, wat we ook in Nederland doen. Niet te veel mensen bij elkaar en ook niet te veel wisselende contacten. We werken allemaal op afstand, de fysiotherapeut en anderen; alleen de noodzakelijke zorg en behandeling wordt gegeven. Ook wij als artsen doen veel telefonische visites als dat kan en gaan alleen naar de afdeling als dat echt moet. Daar hoort dus ook de bezoekersregeling bij, want je wil eigenlijk het gezin zo compact mogelijk maken, met zo min mogelijk mensen in zo'n gezin die elkaar zouden kunnen besmetten. En ja, de zorg hebben we nodig, dus die moet wel naar binnen, maar we moeten op de een of andere manier zicht en grip krijgen op dat virus, omdat het zo'n groot effect heeft.

Verder hebben we daar een behandeladvies bij geschreven, met daarin dus aandacht voor die infectiepreventie: schoonmaken, handen wassen, zorgen dat je daar waar mogelijk die 1,5 meter kan houden; dat hebben we gedaan. We proberen containment toe te passen. Dat is eigenlijk precies wat de GGD ook in het begin van de epidemie in Nederland wilde doen: als er iemand ziek is, probeer je die eruit te halen en in zijn eentje in de kamer te verzorgen totdat die weer beter is, zodat die andere mensen niet besmet. Maar helaas hebben, omdat we in die gezinssituatie zitten, mensen elkaar soms al besmet. Dan ontstaat er een cohort van zieke mensen en een cohort van schone mensen; «schoon en vies», noemen we dat altijd, «schone dokters en vieze dokters»; dat zijn mensen natuurlijk niet, het zijn zieke mensen en gezonde mensen. Het is best heel ingewikkeld om te doen in bepaalde settings. Dat is heel erg afhankelijk van waar je zit, hoeveel ruimte je hebt en wat je mogelijkheden in die setting zijn.

Bij ziekte geven wij natuurlijk optimaal ondersteunende therapie en heel vaak moeten we dan ook goede palliatieve zorg geven. Dat doen wij dan ook. Wij hebben ook altijd gezegd dat het in die laatste fase van het leven mogelijk moet zijn dat mensen bezoek hebben en afscheid kunnen nemen. Wij merken wel dat bezoekers, of de mantelzorgers, het ook wel moeilijk vinden om op bezoek te komen vanwege het besmettingsgevaar. Ik heb veel gehoord dat mensen het ook fijn vonden omdat ze in een soort moreel-ethisch dilemma zaten: moet ik daar nu wel naartoe, want ik ben zelf eigenlijk ook kwetsbaar en ik weet dat dat een risico is om zelf ziek te worden. De bezoekersregeling is er niet alleen voor de bewoners, maar ook voor de medewerkers en de mantelzorgers, die anders meer risico lopen op ziekte. Ik denk dat er geconcludeerd moet worden dat er bij ons nog steeds een toename van besmettingen is, in tegenstelling tot – gelukkig! – de bezetting van de ic-capaciteit. Ik denk dat het belangrijk is – dat zeggen wij ook steeds – dat we bij alle maatregelen die worden versoepeld, ook kijken welk effect dat heeft op de mortaliteit en de ziekte in de verpleeghuizen en elders. Misschien is de ic-capaciteit een deel van het verhaal, maar je moet breder kijken. Zoals ik zei is het verpleeghuis een onderdeel van het sociale systeem van heel Nederland. Alles wat we in heel Nederland doen, heeft dus een effect op de verpleeghuizen en vice versa. Als het verpleeghuis een bron van besmetting is en je laat daar veel bezoek toe, dan brengt dat bezoek die besmettingen ook weer mee naar buiten. Dat heeft dus ook effect op de regio eromheen.

Op dit moment is er echt nog onvoldoende inzicht in het verdere verloop. We hebben nu eindelijk voldoende testcapaciteit om zowel patiënten als medewerkers goed te testen. Dat is nog maar heel kort. We hebben de komende twee, drie weken echt nodig om inzicht te krijgen in hoe het verder verloopt in de verpleeghuizen. Ik denk dat het goed is dat de maatregelen zo kort als mogelijk, maar wel zo lang als noodzakelijk worden vastgehouden, ook om het zorgsysteem niet te veel te belasten. De ic heeft een belasting, maar in de verpleeghuizen is er ook heel zware

zorg en die wordt ook ernstig belast. Ook in het verpleeghuis is «flatten the curve» nodig. Beschikbaarheid van beschermende maatregelen en testcapaciteit voor de patiënten en de medewerkers is echt essentieel. We zijn heel blij met de huidige veranderingen. Wel is het zo dat theorie en praktijk niet altijd in evenwicht zijn en dat we echt even moeten kijken of dit zich nu goed inregelt en of dat datgene wat we hebben afgesproken, ook daadwerkelijk gebeurt. Daar zitten wij bovenop.

Ik wil eindigen met te zeggen dat ik hoop dat iedereen weet dat wij zien hoe moeilijk het is voor bewoners, voor hun familie vooral ook, maar ook voor de zorgmedewerkers. Het is voor ons echt een hele andere manier van werken. Zorgmedewerkers vinden dit heel erg lastig. Zij gunnen mensen het allerbeste. Ook in deze moeilijke tijd zetten wij vol in om leven toe te voegen aan de dagen in plaats van dagen aan het leven, zoals wij dat dan zeggen, ook in tijden van corona. Maar we moeten daarin echt voorzichtig manoeuvreren en goed en zorgvuldig afwegen.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik nu gelijk het woord aan mevrouw Van Diemen, inspecteur-generaal. De afstandsbediening wordt ondertussen even schoongemaakt. Misschien kunt u ons alvast meenemen?

Mevrouw Van Diemen-Steenvoorde:

Ik ga zeker van start. Het is week 7 waarin we verkeren rondom het coronavirus en alles wat dat met ons als samenleving heeft gedaan. In de afgelopen week hebben wij weer honderden zorginstellingen gesproken. Er zijn vele, vele meldingen en gesprekken geweest bij het Landelijk Meldpunt Zorg. Het lijkt me goed om u mee te nemen in de aspecten die wij nu vooral naar voren brengen en waarvan we zien dat ze ook de komende weken belangrijk zijn, want wij brengen steeds de praktijk in beeld. Die is inderdaad soms anders dan de theorie.

Ik kijk even of de nieuwe presentatie in beeld komt. Ja.

Het is een breed beeld, want wij hebben het echt over alles: de thuiszorg, de zorg in de verpleeghuizen, de zorg voor de geestelijke gezondheid, de mensen met verstandelijke beperkingen, de fysiotherapeuten die hun werk op dit moment niet kunnen doen en de effecten die dat heeft op revalidatietrajecten. Het zijn de brede verhalen die wij krijgen. Daarmee zie je dat er niet altijd één antwoord is op het vinden van een nieuwe balans – het is soms balanceren op een slap koord – in wat nou werkelijk van belang is in de komende periode.

Ik heb hier even een beeld gegeven van wat er nu echt speelt. De afgelopen weken was het niet anders. De zorgmedewerkers staan onder druk. Maar er zijn vooral ook angst en onzekerheid in de ouderenzorg, maar ook in de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen, over de kans op besmetting. Ik denk dat dat bovenaan staat bij de meldingen die wij krijgen. Daarnaast vragen mantelzorgers en partners zich af – het werd net ook al even gezegd – of ze wel op bezoek kunnen. Maar er is ook de vraag: als er dan coronabesmettingen zijn, is mijn moeder of vader daar dan nog wel veilig? En er is het punt van de ruimte om elders toch wat ruimte te vinden. Ik noem een hartenkreet van een partner. Die zei: kan ik echt toch niet af en toe met mijn partner in een zonnige binnentuin zitten? Je ziet allerlei ontwikkelingen die dan met elkaar samenlopen, ook afhankelijk van de maatregelen die er landelijk met elkaar genomen zijn. Ik wil er twee uitlichten. Wij zijn voor de veiligheid en kwaliteit van zorg. Je bent steeds meer en vooral bezig om te kijken of het veilig is. Daarbij hebben we de afgelopen weken steeds gesproken over aanvaardbare kwaliteit binnen de capaciteitsvraagstukken die er zijn. Laat ik u kort, heel kort, meenemen. Er is veel over gezegd, maar ik wil er twee elementen uit pakken. Ten eerste het verhaal over de tekorten aan persoonlijke beschermingsmiddelen, dat echt een vraagstuk is voor elke individuele zorgmede-

werker. En ten tweede de uitgestelde zorg, want ook daar waren we de afgelopen weken met u al over bezig.

De tekorten aan persoonlijke beschermingsmiddelen of bijvoorbeeld testen doen enorm veel met medewerkers. Als we nu de komende periode ruimte krijgen om dat echt beter in te vullen, zullen we vooral – dat zal mijn advies zijn – heel goed moeten luisteren naar de lokale situaties. Het is niet allemaal over één kam te scheren. Je moet verschillen kunnen accepteren en vooral luisteren naar wat individuele medewerkers aangeven. Wat wij terugkrijgen, is dat er aan de ene kant een werkelijkheid wordt gemaakt van «we kunnen iedereen testen» of «voor iedereen zijn er voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen», maar dat de praktijk veel weerbarstiger is. Wij horen dat een kwart van de instellingen in de ouderenzorg en de thuiszorg echt onvoldoende beschermingsmiddelen heeft. Dat was de afgelopen week. De vraag is hoe het de komende week is. Dat betekent dat je onaanvaardbare risico's in de zorg neemt, vooral door de onzekerheid en angst die daaraan verbonden zijn, niet alleen wat betreft de besmetting binnen de zorg die je verleent, maar juist ook vanwege het feit dat het iets is wat onze hele samenleving betreft en je dat ook meeneemt naar je eigen familie.

Dat tekort is volgens mij kenmerkend voor waar we de afgelopen weken echt tegen aangelopen zijn. De medewerkers geven in hun meldingen en in hun zorgen vooral daarover aan: doe er iets aan en laat ze vooral naar ons luisteren. Als je dit met elkaar wilt doen – dat wordt landelijk heel goed ingezet – zul je dus echt samen moeten optrekken.

Wat betreft de verruiming in dat testbeleid: luister naar wat medewerkers nodig hebben. Soms kun je in theorie zeggen dat iets wat minder zinvol is, maar probeer je dan toch ook te verplaatsen in het verminderde vertrouwen dat er op dit moment is bij een deel van de zorgverleners. Dat vertrouwen is een essentieel begrip; dat is de komende weken nodig. Met name in de thuiszorg vraagt de huishoudelijke hulp zich af: «Hoe moet ik 1,5 meter afstand houden? Als mevrouw valt, welk risico loop ik dan? En wat moet ik dan eigenlijk doen?» Ik heb het over het gevoel niet gezien te worden als je een huishoudelijke hulp bent in de thuiszorg. Het is allemaal gegaan over de ic-zorg en veel minder over al die andere zorg. In de geestelijke gezondheidszorg zie je dezelfde vraagstukken terugkomen. Vanuit de inspectie vragen wij aandacht daarvoor. Dat brengen wij in in alle gesprekken. Ik denk dat die aandacht cruciaal is voor dat wat zich de komende weken gaat voordoen om vertrouwen te hebben dat mensen de zorg echt kunnen blijven verlenen. Dat betekent dat er uitgestelde zorg is die er later ook weer bij gaat komen. Wij hebben het gehad over hart- en vaatziekten, waarvoor gemiddeld de helft minder patiënten komen. Dat zijn allemaal elementen van dat stuwmeer aan zorg dat we straks krijgen.

Maar ook dus in de eerste lijn. De dappere dokters zijn ondertussen weer actief om met elkaar te zeggen: hoe krijgen we dit nu weer in een heel zorgproces bij elkaar? Ik noem de fysiotherapie die gestopt is, waarbij ook weer voorbeelden van echt nare revalidatieprocessen bij ons terechtkomen.

Hoe hebben wij nou de afgelopen week met elkaar ingezet om die uitgestelde zorg weer op poten te krijgen? Ik zie de veerkracht in zorginstellingen om daar nu alweer over te praten, terwijl eigenlijk de hele ic-capaciteit en de klinische capaciteit nog voor 200% draait op de COVID-zorg. Er is samenwerking in die regio's van de vvt met de thuiszorg, met de ggz, met de ziekenhuizen en de huisartsen om samen te kijken wat we weer op zouden kunnen pakken. Die 10% acute zorg is doorgedaan. We zien dat iedereen nu probeert weer een beetje die 10% tot 20% reguliere zorg op te pakken. Men ziet welke typen zorg als eerste opgepakt moeten worden, maar er zal ook nog heel veel achter weg komen waarvan we op dit moment nog geen weet hebben. Daarvoor is ook die opdracht naar de Nederlandse Zorgautoriteit. Daar is ook het

Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding bij betrokken en daar zijn wij bij betrokken, om steeds te kijken: hoe kun je landelijk een overzicht krijgen? Aan het einde van de week komen die eerste data naar buiten over die uitgestelde zorg. Hoe kun je die data vergelijken met het afgelopen jaar? Hoe kunnen we dan in de regio's met elkaar een inzicht geven?

Het coronavirus blijft een deel van de samenleving en een deel van de zorg. We zullen dus bij momenten meer en minder te maken krijgen met het coronavirus. Hoe zorg je dan dat die reguliere zorg ook doorgaat? We doen op dit moment iets om wat uit balans is, uiteindelijk terug in balans te krijgen, maar het is wel een slap koord. Hoe je uiteindelijk het komende jaar altijd nog achter de feiten aan zal lopen, is ook wat de realiteit is. We kunnen dat als inspectie samen met al die partijen en door de veerkracht van veel zorgverleners echt wel weer op poten krijgen, maar het zal ook vernieuwing vragen. Het zal ook vragen dat wij met elkaar, ook een inspectie, minder bezig zijn om het allemaal nog weer verantwoord te krijgen. Vermindering van de administratieve lasten is misschien een hele mooie om vast te houden. Richtlijnen zullen moeten worden aangepast aan een nieuwe situatie. De vernieuwing zal nodig zijn en het landelijk platform zal nodig zijn, willen we dit het komende jaar in een beetje evenwicht terugbrengen. Er zijn nu risico's dat uitgestelde zorg ook echt gezondheidsschade geeft. Dat is een feit. Daar kan je niet onderuit. Dat is wat zo'n epidemie met ons doet als samenleving en met de gezondheidszorg. Dat zijn we niet de komende weken kwijt. Dit gaat ons het hele jaar bezighouden, maar misschien ook nog in 2021. Dat is wat ik vaststel als inspectie. Er wordt hard gewerkt, er is veel aandacht voor en er zijn landelijke samenwerkingen, maar o, o, o, het is nog een lange weg om de ic-capaciteit af te schalen, de klinische capaciteit weer omhoog te krijgen en invulling te geven aan de gezondheidszorg in Nederland in evenwicht met de landelijke maatregelen, die gewoon blijven. Dat heeft te maken met aanvaardbare kwaliteit terwijl we eigenlijk altijd zeggen: het gaat om zorg die je je eigen familie en naasten kunt.

De voorzitter:

Daarmee heeft u de laatste sheet ook gehad. We hadden in de presentatie nog een plaatje. Dank u wel.

Ik wil even een punt van orde met u delen. Ik kijk naar de klok. We hebben nog twintig minuten, maar ik stel voor dat we iets langer de tijd nemen, zodat iedereen toch een korte vraag kan stellen. Dat betekent wel dat we iets uitlopen. Als daar geen bezwaar tegen is, dan doe ik een beroep op u allen om een echt korte vraag te stellen. Ik mag mevrouw Agema, PVV, als eerste het woord geven.

Mevrouw Agema (PVV):

We zien dat de sterftcijfers in de ziekenhuizen en de verpleeghuizen niet optellen tot het aantal overledenen aan corona. Het RIVM zei twee weken geleden zelf al dat er waarschijnlijk twee keer meer sterfgevallen waren en het CBS geeft aan dat de oversterfte duizenden personen bedraagt. Mijn indruk is dat er een blinde vlek is over waar heel veel overledenen zijn, namelijk in de situatie thuis, met de wijkverpleging, de wijkzakenverzorging, huishoudelijke hulp en pgb-gefinancierde zorg thuis. Ik ervaar daar een enorm gebrek aan informatie. Kan mevrouw Van Diemen ervoor zorgen dat wij daar veel beter inzicht in krijgen? Ik had dat al voorgesteld en ik had daar al steun voor gekregen van mijn collega's, maar dat is achter de schermen helemaal misgelopen. Ik mis die informatie. Ik hoop dat mevrouw Van Diemen de aangewezen persoon is die dat de komende dagen of komende week voor ons kan verzorgen.

Mevrouw Van Diemen-Steenvoorde:

Ik denk dat u een heel goede vraag stelt. Die informatie is beperkt aanwezig. De huisartsen zijn nu ook bezig om informatie te verzamelen over waar mensen aan overlijden, wat weer tot een nieuwe informatielijn leidt. Ik denk dat u er helemaal gelijk in heeft dat we weinig zicht hebben op wat zich achter de voordeur afspeelt en welke situaties van sterfgevallen zich daar hebben voorgedaan. Huisartsen hebben dat nu opgepakt; dat werd van de week ook duidelijk. Maar ik voel de verantwoordelijkheid dat we met elkaar die stap echt moeten zetten en dat de openheid en de transparantie ook over dat deel zichtbaar worden. Daarmee wordt ook duidelijk wat het echte effect van deze epidemie is.

Mevrouw Diertens (D66):

Deze presentaties stellen niet echt gerust. We zien dat de zorg wel naar binnen is gekomen, maar dat we tegen allerlei blokkades en achterstanden in data en dergelijke oplopen. Als er te veel medewerkers ziek zijn en er geen externe contacten met familie en vrijwilligers meer mogelijk zijn – ik weet dat dat een horrorscenario is – waardoor de noodzakelijke zorg niet meer geleverd kan worden, is er dan een plan B? Hoe gaan we dat oplossen, vraag ik aan mevrouw Nieuwenhuizen.

Mevrouw Nieuwenhuizen:

Dat is een goede vraag en inderdaad een beetje een vervelende vraag om over plan B na te denken. We proberen plan B niet te laten ingaan, omdat we al die maatregelen nemen. Met name het ziekteverzuim van zorgmedewerkers gaat redelijk. Daar is het verhaal van flatten the curve voor nodig. Zorgmedewerkers moeten natuurlijk zelf ook die afstand houden en moeten zo goed als mogelijk zorgen dat ze niet ziek worden. Om hen zo goed als mogelijk niet ziek te laten worden, moeten we zo goed als mogelijk zorgen dat de mensen die ze verzorgen niet ziek worden. Daarmee proberen we te voorkomen dat we in horrorscenario's terechtkomen, net zo goed als de ic dat probeert te voorkomen.

De heer Azarkan (DENK):

Dank aan mevrouw Van Diemen en mevrouw Nieuwenhuizen dat zij in deze presentatie hun inzichten met ons willen delen. Ik ben wel een beetje geschrokken, met name van het beeld van onaanvaardbare risico's met nog steeds onvoldoende inzicht in hoe dat zich ontwikkelt in met name de ouderenzorg. Ik heb de indruk dat we ons wat te weinig daarop gefocust hebben. Mijn vraag is: is dat zo? Zijn er met de kwetsbare ouderen te veel risico's genomen, ook gegeven de schaarste? En zijn we nu, vooruitkijkend, in staat om dat snel te herstellen?

De voorzitter:

En uw vraag is aan mevrouw Nieuwenhuizen?

De heer Azarkan (DENK):

Zeker.

Mevrouw Nieuwenhuizen:

Ik kan alleen maar beamen dat wij natuurlijk ook schrikken ook van dit soort cijfers. Ik denk dat het heel erg belangrijk is dat we iets leren van deze pandemie – collega Van Diemen zei dat ook – en dat we de gezondheidszorg als één moeten zien. In eerste instantie lag de aandacht bij de ic. Daar ben ik heel erg blij mee, want dat is echt een hele belangrijke focus; ik word in ieder geval erg gerust door het feit dat Diederik zijn bedden op orde heeft. Maar we moeten de eerste lijn, de mensen thuis en in het verpleeghuis, niet vergeten. Daar hebben we ook hard voor gestreden. Er was een tekort; het zij zo. Op dit moment hebben we de lijnen open. Ik ga ervan uit dat het verleden tijd is en dat we gewoon daar

waar mensen zijn ... Want dat is natuurlijk de gedachte: daar waar mensen zijn die beschermende maatregelen nodig hebben, moeten die ook beschikbaar zijn. We moeten het domeindenken echt achter ons laten. Dat lijkt me een hele mooie les om morgen mee te beginnen. We hebben geen cure en care, we hebben mensen, hun gezondheid en de samenleving. Daar moeten we ons op richten. Wel is het lastig te organiseren met 2.500 verpleeghuizen, dus het is ook echt wel een dynamische situatie.

De heer **Hijink** (SP):

Ik zou graag van mevrouw Nieuwenhuizen nog wat meer willen horen over dat hele moeilijke ethische dilemma dat we zien in de verpleeghuizen. Aan de ene kant wil je het virus natuurlijk buiten de deur houden omdat iedereen gezond moet blijven. Aan de andere kant zien we nu dat het isoleren van onze ouderen hele nare effecten heeft, voor de ouderen zelf maar ook voor de familie en de mantelzorgers. Mijn vraag is eigenlijk hoe we daar nu mee omgaan als straks blijkt dat we deze maatregelen nog maanden, misschien zelfs nog wel een jaar moeten volhouden. Mensen in verpleeghuizen hebben gemiddeld nog een jaar te leven, soms zelfs minder. Hoe wordt daarnaar gekeken? Wat kun je mensen bieden als hen in hun laatste levensfase iedere vorm van contact met hun naasten wordt ontnomen? Dat is een heel ingewikkeld probleem, want je wilt immers dat ze gezond blijven en je wilt niet dat ze de laatste levensfase in totale isolatie verblijven. Hoe kijkt u daarnaar? Welke mogelijkheden zijn er dan om dit op een of andere manier op te lossen?

Mevrouw **Nieuwenhuizen**:

Dank u wel voor de vraag. Het is een heel bekende vraag, die we onszelf ook steeds stellen. Ik kan daar kort over zijn: we moeten natuurlijk alles op alles zetten om ervoor te zorgen dat mensen in ieder geval een vorm van contact met hun geliefden kunnen onderhouden. Voor ons is heel erg belangrijk dat scenario B echt niet gaat gebeuren, waarin we een overbelasting van de zorgcapaciteit hebben. Daarvoor is het heel erg belangrijk dat de randvoorwaarden echt als een zonnetje lopen. Ik moet geen enkele twijfel hebben dat we beschermende middelen hebben als er ergens een uitbraak is. Als er één iemand ziek is, moet ik mogelijkheden hebben om snel te kunnen schakelen. Dat was voorheen gewoon niet zo; dat is nu net een beetje op orde. Maar dat wil niet zeggen dat ik er geen vertrouwen in heb dat we het zo kunnen inregelen dat we niet tot de kerst onze geliefden niet meer kunnen zien. Dat is echt niet het perspectief. Randvoorwaarden op orde, goed kunnen schakelen, snel kunnen handelen en alles loopt soepel: dan kun je nadenken over hoe we het gaan doen met het bezoek.

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

Dank aan beide inleiders. Ik ben heel blij met de opmerking van mevrouw Agema dat we vooral ook moeten gaan kijken naar de mensen die thuis verzorgd worden. Ik vraag me het volgende af. We krijgen net de cijfers van het CBS dat er in week 14 in de verzorgings- en verpleeghuizen twee keer zoveel mensen zijn overleden als normaal. Maar er zijn daar kennelijk ook mensen die niet tegen het virus aanlopen. Wat mij zo interesseert is of daar iets over te zeggen valt. Hebben die iets anders gedaan? Is er iets anders mee aan de hand? We kunnen er toch verschrikkelijk veel van leren als we weten waarom die mensen niet bevattelijk zijn?

Mevrouw **Nieuwenhuizen**:

Dat is inderdaad een hele mooie vraag. Het is ook precies wat we proberen te doen: met registratie en onderzoek kijken waar het goed gaat en wat er eigenlijk gebeurt in zo'n verpleeghuis. Zijn er allerlei virusstammen? Daar kun je allerlei interessante wetenschappelijke onder-

zoeken op loslaten. Dat gaan we met graagte doen, maar tot die tijd weten we het niet en moeten we gewoon pragmatisch denken.

Mevrouw **Ouwehand** (PvdD):

Dank aan beide sprekers. Mijn vraag ligt in het verlengde van die van de heer Hijink en is voor mevrouw Nieuwenhuizen. De randvoorwaarden beginnen nu eindelijk een beetje op orde te komen. Is of komt er daarbinnen ruimte voor mensen die dat kunnen, om zelf te beslissen welk risico ze willen lopen? Als ze zeggen «ik wil de laatste fase van mijn leven gewoon niet zonder mijn geliefden doorbrengen; als ik ziek word, word ik ziek; dat is het risico dat ik loop», is er dan ruimte voor dat mensen daar zelf een stem in hebben?

Mevrouw **Nieuwenhuizen**:

Dat is een leuke vraag. Die is meer iets voor een debat, denk ik, maar ik kan er wel wat over zeggen. Ik denk dat het belangrijk is dat we niet onderschatten dat het verpleeghuis een systeem is binnen Nederland. Dat probeerde ik te benadrukken. Het individu heeft natuurlijk zijn rol. Dat zou je het liefste doen. Maar het individu heeft tegelijk ook een effect op het systeem, en niet alleen in het verpleeghuis. Je kan dus zeggen «ik wil bezoek ontvangen» en «wij vinden dat niet erg», maar als die persoon dan ziek wordt, dan wordt de afdeling besmet. Bovendien gaat die persoon naar buiten. Die moet dan in ieder geval zeggen: ik ga niet naar de bakker enzovoort. Die wederkerigheid is er dus. Dat is wat mij betreft een maatschappelijk debat: willen we dat risico met elkaar lopen en accepteren we dat van elkaar?

Mevrouw **Ouwehand** (PvdD):

Voor de duidelijkheid: het moet natuurlijk binnen die randvoorwaarden, want de rest van het verpleeghuis mag niet ziek worden.

Mevrouw **Nieuwenhuizen**:

Ja, maar dat is wel een vrij essentiële.

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

Dank voor de beide presentaties. Ik heb een vraag aan mevrouw Nieuwenhuizen. In het advies van het Outbreak Management Team staat dat het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen door medewerkers niet nodig is als er geen verdenking is van een COVID-besmetting. Ik vind dat eigenlijk best een bijzonder advies. U gaf daarstraks namelijk ook aan dat het juist bij deze doelgroep niet altijd heel duidelijk is of iemand het COVID-virus heeft, omdat mensen door hun situatie, hun ziekte, niet altijd vertellen dat ze bijvoorbeeld keelpijn hebben. Hoe kijkt u dus naar dat advies van het Outbreak Management Team? Ze zeggen er ook bij: het is niet wenselijk, omdat er een tekort is aan middelen. Dat snap ik. Niemand wil dat. Maar dat het niet nodig is, kan ik gewoon niet begrijpen. Daar zou ik graag een reactie op willen.

Mevrouw **Nieuwenhuizen**:

De discussie over die mondkapjes is een ingewikkelde wetenschappelijke discussie, denk ik. Er is ook heel veel onderzoek naar gedaan, en dat spreekt elkaar tegen. Dat maakt het niet makkelijker. Het is belangrijk dat we steeds kijken naar de context. Je moet elke keer kijken naar de situatie waarin je zit. De situatie waar ik nu in zit, in een verpleeghuis uit de jaren zeventig waar de gangen niet eens 1,5 meter breed zijn, is echt een andere situatie dan in een mooi, nieuw verpleeghuis met alleen maar somatische bewoners die goed de richtlijnen kunnen volgen. Ik denk dat het OMT dat ook begrijpt. Er staat ook niet in dat je ze nooit moet gebruiken; je moet dat weloverwogen doen. We willen vooral niet dat ze worden ingezet op plekken waar de risico's gewoon heel klein zijn en waar het niet nodig is,

zeker in tijden van schaarste, die er voorlopig gewoon nog is. Ik denk dat we dat goed kunnen in de setting die we nu hebben, dat we met een specialist ouderengeneeskunde en een behandelteam een goede afweging kunnen maken over het wel of niet gebruiken van mondkapjes. Of dat preventief is, is dan nog de vraag, want dan is er eigenlijk meer sprake van een vermoeden van COVID. Dat heb je dan alleen niet bevestigd.

De heer **Veldman** (VVD):

Mevrouw Van Diemen schetste net het enorme stuwmeer aan reguliere zorg dat staat te wachten en ook weer moet gaan opstarten, omdat al die uitgestelde zorg ook tot gezondheidsrisico's leidt. Nu wordt daar heel voorzichtig een begin mee gemaakt, omdat het aantal coronapatiënten iets afvlakt, iets minder wordt. Maar we weten en zien ook dat onze zorgverleners, zeker in de ziekenhuizen en op de ic's, op hun tenen lopen. Nou kun je best op je tenen lopen, maar dat hou je niet eindelijk vol. De heer Van Dissel stelde vanochtend ook terecht dat het zorgsysteem eerst moet kunnen herstellen voordat je volgende stappen kunt nemen. Nou is mijn vraag aan mevrouw Van Diemen: hoe gaat de inspectie nou sturen, wat voor normeringen gaat zij toepassen, om die afweging te kunnen maken? Dat zal namelijk onderdeel zijn van de afweging of maatregelen versoepeld kunnen worden. Welke sturing gaat zij geven om zichtbaar te maken dat het zorgsysteem zich weer normaliseert en dat onze zorgverleners niet langer op hun tenen hoeven te lopen?

Mevrouw **Van Diemen-Steenvoorde**:

Dat is een hele goede vraag. Alle zorgverleners zitten ook aan tafel bij de plannen die de zorginstellingen maken, die samen in de regio's gemaakt worden. Op die manier wordt al meegewogen op welke wijze welke zorgmedewerkers worden ingezet. Een deel van de zorgmedewerkers wordt op dit moment niet ingezet. Die eten uit hun neus. Dus dat is de andere werkelijkheid bij de wijze waarop de gezondheidszorg op dit moment z'n werk moet doen. Wij zien dat men bij die plannen die nu al mondjesmaat tot stand aan het komen zijn, ongelofelijk goed nadenkt over de zorgmedewerkers en wat ze nodig hebben. Maar de druk die er zal zijn richting de zomer, ook met de vraag om mensen vakantie te geven, wat effect zal hebben op je ic-bezetting maar ook op de klinische bedden, zal betekenen dat die 20% waarmee men opstart en die men graag naar 50% wil hebben, misschien maar 30% wordt. En dat heeft wel effect op de kwaliteit die je kan leveren in relatie tot de capaciteit. Dus dat schuren is echt een ongelofelijk belangrijk aandachtspunt in de komende tijd wat betreft de gezondheidsschade die er is voor patiënten in relatie tot de vraag wat we eigenlijk kunnen bieden met zorgverleners en zorginstellingen in een regio. Wij zijn daar dus consequent bij aangesloten, om die gesprekken te voeren en te zien of alle randvoorwaarden goed zijn ingevuld. Dat is een continu proces; dit is niet eenmalig.

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

Dank aan beide dames voor de presentatie. Ik heb nog een vraag over de inspectieonderzoeken die plaatsvinden, onder andere naar sterfgevallen in verpleeghuizen. Ik merk soms dat zorgwerkers zich daar wat ongerust over voelen: het zal toch niet zo zijn dat straks naar ons wordt gewezen – via jullie is het binnengekomen! – terwijl wij met lichte klachten toch geacht werden om aan het werk te gaan? Hoe houdt u daar dus rekening mee, is mijn vraag aan mevrouw Van Diemen. En spreekt u ook met mevrouw Nieuwenhuizen en andere specialisten ouderengeneeskunde over de dilemma's waartegen zij aanlopen, zoals camerabewaking en het afsluiten van ruimten? Dat zijn zaken die eigenlijk niet konden, maar waarvan men dacht dat het nu misschien toch even het verstandigste was. Hoe kunnen zij comfort krijgen in die keuzes?

Mevrouw Van Diemen-Steenvoorde:

U reikt nu een van de belangrijkste elementen aan: hoe kijkt de inspectie in bepaalde situaties? We hebben steeds aangegeven dat we die ruimte geven en vooral ook dat vertrouwen willen uitstralen, vooral ook naar de ouderenzorg, in de manier waarop ze het op dit moment invullen onder hele moeilijke omstandigheden. In het geval van sterfgevallen zie je dat daar op allerlei manieren, inclusief de media, aandacht aan wordt besteed, waardoor er direct wordt gezegd: de inspectie doet onderzoek. Wat de inspectie doet in die situatie, is echt in gesprek gaan om te zien wat er gebeurt, wat er nodig is en hoe wij vertrouwen kunnen geven aan dat wat er plaatsvindt in een bepaalde zorginstelling. Wij bellen, we hebben contact en we vertellen over de wijze waarop de instelling ook zelf zo'n onderzoek doet. Maar ik vind dit een heel belangrijk punt dat u aandraagt. Dit weekend hebben wij weer volop gebeld met allerlei mensen, om de emoties die er waren of de angst voor de inspectie te bespreken: waar gaat het over? Dat luisteren is iets wat wij heel veel moeten doen om te zien welk beeld men heeft van wat de inspectie op dat moment zal doen. Die zekerheid, die ruggensteun, is cruciaal voor de zorgverleners.

De heer Asscher (PvdA):

Ik heb een vraag aan mevrouw Nieuwenhuizen. Dank voor uw verhaal. We zien bij een paar van die verpleeghuizen extreme besmettingen. Beth Shalom in Amstelveen is daar een voorbeeld van, net als het verpleeghuis in Heerde. Heeft u nu eigenlijk voldoende in handen om bij dat soort organisaties bij te springen? Is er voldoende landelijke regie? Zijn er richtlijnen? Heeft u eigenlijk in handen wat nodig is om de andere bewoners van zo'n verpleeghuis toch zo goed en zo kwaad als dat kan te beschermen?

Mevrouw Nieuwenhuizen:

Dat is lastig. De vraag is natuurlijk altijd: waar komt dat door? De richtlijnen hadden we al wel vrij snel helder. We kunnen ook heel snel schakelen; dat merk je ook. Opeens is een richtlijn er in een week doorheen in plaats van in twee jaar. Ook dat vind ik iets wat we moeten behouden. Ik denk dat vooral de randvoorwaarden rond de landelijke regie, de samenwerking met de GGD's en het beschikbaar zijn en de toelevering van de beschermende middelen zich de komende twee weken echt moeten gaan bewijzen. Dan moet zich gaan bewijzen dat we daar geen belemmeringen meer in hebben. Helaas is het op de plekken waar dit nu speelt, dus wel een kwestie van het uitzitten en proberen er zo goed mogelijk doorheen te komen. Wat we natuurlijk vooral moeten voorkomen, is dat het naar binnen komt op plekken waar het nu nog niet is. En dan bedoel ik: zo goed als mogelijk voorkomen, dus met alle mitsen en maren. Maar ik hoop nu echt dat die randvoorwaarden als een zonnetje lopen.

De heer Baudet (FvD):

Ik heb een vraag aan mevrouw Van Diemen over wat wij de exitstrategie of de lock-in noemen, waar we in onze ogen binnen afzienbare tijd naartoe moeten om de samenleving niet zo duurzaam te ontwrichten dat er helemaal niets meer draait op economisch en maatschappelijk vlak. Ik vroeg mij af in welke fases u ziet dat verzorgingshuizen, maar mogelijk ook andere zorginstellingen, kunnen worden meegenomen in die gefaseerde afbouw van de huidige maatregelen.

Mevrouw Van Diemen-Steenvoorde:

Dat is een niet gemakkelijk te beantwoorden vraag omdat het van ontzettend veel factoren afhangt. We zien dat veel zorginstellingen nu met de maatregelen te maken hebben en daardoor dus ook slechts beperkt

een aantal zaken kunnen opstarten. Met enige creativiteit zie je dat nu wel gebeuren. We zullen het de komende weken en maanden moeten zien als er meer ruimte komt. Dan zal dat ook effect hebben op de gezondheidszorg en ook op de ruimte voor patiënten om weer naar de zorginstellingen toe te gaan. We zien op dit moment dat het ov nauwelijks gebruikt wordt. Dat betekent voor sommige patiënten dat ze niet naar het ziekenhuis kunnen komen of bepaalde zorg gewoon niet aangaan. Ik verwacht dat met alles wat er nu in de gezondheidszorg plaatsvindt, de ruimte om de reguliere gezondheidszorg weer op te kunnen starten een hele belangrijke wordt om uiteindelijk ook te zien wat de maatregelen in heel Nederland voor het gewenste effect hebben. Maar makkelijk is het absoluut niet.

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

Ik heb een vraag aan mevrouw Van Diemen. U had het over de uitgestelde zorg. Ik ben benieuwd welk percentage daarvan afgestelde zorg wordt. Heeft u een beeld of cijfers van de schade? Ik denk dan bijvoorbeeld aan oncologie, cardiologie of longtransplantaties. Wordt dat op de een of andere manier ook afgewogen?

Mevrouw **Van Diemen-Steenvoorde**:

Jazeker. Ik denk dat alle beroepsgroepen de afgelopen weken bezig zijn geweest om de diagnostische trajecten en de wijze waarop behandelingen wel of niet hebben plaatsgevonden, inzichtelijk te maken. We zien dat de vraag hoeveel zorg er uiteindelijk niet geboden zal worden en hoeveel effect dat zal hebben, daar ook in meegewogen wordt. Dat betekent dat de komende week de eerste landelijke cijfers vanuit de NZa en het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding naar voren zullen komen. Maar ik verwacht dat de beroepsgroepen inzicht kunnen geven in wat er niet heeft plaatsgevonden, zoals de eerste berichtgeving van de IKNL van gisteren laat zien. We zien dat er een enorm verschil is met hoe het voor de coronacrisis was en we moeten zien te achterhalen wat dat voor effect gaat hebben op de uiteindelijke gezondheidsschade. Maar we zullen jaren bezig zijn om dat te kunnen vinden en te kunnen constateren wat er niet aan zorg heeft plaatsgevonden. Het enige wat consequent op 100% heeft gezeten, is de verloskunde. Het aantal bevallingen is gelijk gebleven. Ik weet niet hoe dat over negen maanden is.

De **voorzitter**:

U gebruikte de afkorting IKNL, wat staat voor Integraal Kankercentrum Nederland.

De heer **Klaver** (GroenLinks):

Veel dank voor uw presentaties. Ik heb het gevoel dat uw verhaal de afgelopen weken misschien een beetje de sideshow was, maar nu weleens het hoofdtoneel zou kunnen worden voor de komende weken en maanden. Veel dank daarvoor. Ik heb een heel concrete vraag aan mevrouw Nieuwenhuizen over het aantal sterfgevallen in de verpleeghuizen. In de presentatie van de heer De Gouw kregen we zojuist te horen dat een aantal weken geleden nog niet helder was hoeveel besmettingen er waren in de verpleeghuizen. Maar nu zie ik uw staatje hier, waaruit heel duidelijk wordt dat er ook al in maart flink wat besmettingen waren. Was deze informatie ook beschikbaar bij het OMT?

Mevrouw **Nieuwenhuizen**:

Dat is een hele concrete vraag. Dat weet ik niet. De informatie die wij hadden, is openbaar, dus ...

De **voorzitter**:

Tot slot, mevrouw Van den Berg.

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

Ik heb een vraag aan mevrouw Van Diemen. Ik dank beiden hartelijk voor de inleiding en alle achtergrondinformatie. Mevrouw Van Nieuwenhuizen maakte net de opmerking dat we het domeindenken echt achter ons moeten laten. Mevrouw Van Diemen heeft in haar presentatie ook wat mooie handreikingen gedaan over wat er nodig is voor de toekomst om de zorg weer op te pakken, zoals innovatie en aandacht voor de vermindering van de administratieve lasten. Maar nu hoor ik uit het veld dat vijf ziekenhuizen bijvoorbeeld toch niet zijn aangesloten bij het landelijk centrum van uitwisseling. Dat betekent dat een ROAZ daar dan ook handmatig dingen voor moet doen. Vorige week stond in de brief van de Minister dat 95% van de ziekenhuizen – en dus ook geen 100% – gebruikmaakt van het Philips-systeem van informatieoverdracht. Ik vroeg me dus even af wat de inspectie ervan vindt dat ziekenhuizen blijkbaar midden in zo'n crisis nog steeds kunnen besluiten om maar hun eigen plan te trekken.

Mevrouw **Van Diemen-Steenvoorde**:

Het is niet helemaal zo dat ze hun eigen plan trekken. Ik denk dat de mensen in de fase voordat ze in de crisis terechtwamen, een manier van informatieverzameling hadden. Die willen en wilden zij ook heel graag delen met het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding. Toen is er een nieuw verhaal bij gekomen. Dat gaf extra druk op de ziekenhuizen. Men heeft daar een gulden middenweg in gevonden. Ik ervaar bij alle ziekenhuizen grote medewerking aan dat landelijk centrum, ook omdat het een meerwaarde heeft voor de eigen regio's en vanwege het solidariteitsverhaal.

Maar het is ingewikkeld met de reguliere zorg, ook naar de toekomst toe. Het is de vraag hoe we die eventueel weer moeten kunnen spreiden over Nederland als we niet overal zorg kunnen leveren. Dat zal weer extra inzet van ons vragen. We moeten dan bezien waar we strak moeten zijn en moeten vaststellen: dit verwachten we en zo moet het ook! De inspectie zal dan dus ook ingrijpen. We hebben in dit geval veel aan tafel gezeten en gezegd dat het lukt zoals het nu gaat. Maar we zullen naar de toekomst toe moeten zien hoe het gaat als het over de hele reguliere zorg gaat.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van deze technische briefing. Ik dank mevrouw Nieuwenhuizen en mevrouw Van Diemen en ook de heer Van Dissel en de heer De Gouw in de zaal hiernaast voor hun bijdragen vandaag. Hartelijk dank! Hartelijk dank aan de Kamerleden voor hun aanwezigheid en het stellen van vragen. Hartelijk dank aan de mensen die deze technische briefing vanuit huis of een andere plek gevolgd hebben.

Ik zeg u dat om 14.00 uur het debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus zal aanvangen. Dit debat zal live worden uitgezonden via de stream op de website van de Tweede Kamer, via de app Debat Direct en op de televisie via NPO 1.

Nogmaals hartelijk dank. Ik sluit deze bijeenkomst.

Sluiting 12.06 uur.