

Vergaderjaar 2019–2020

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 248

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 14 april 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 1 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: Asscher, Azarkan, Baudet, Van den Berg, Diertens, Dik-Faber, Ellemeet, Van Haga, Hijink, Jansen, Van Kooten-Arissen, Krol, Lodders, Ouwehand, Van der Staaij en Veldman.

Aanvang 10.00 uur.

Gesprek met:

- de heer Van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM
- de heer Gommers, anesthesioloog-intensivist, verbonden aan het Erasmus MC en voorzitter Nederlandse vereniging voor intensive care
- mevrouw Van Diemen-Steenvoorde, Inspecteur-generaal Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

De voorzitter:

Goedemorgen allemaal. Ik heet u van harte welkom bij de technische briefing van vandaag over de ontwikkelingen rondom het coronavirus. Een bijzonder welkom en dank aan de gasten die wij vandaag weer mogen verwelkomen. Hier nu aanwezig de heer Van Dissel – hartelijk welkom! – directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. In de zaal hiernaast zitten de heer Gommers, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care, en mevrouw Van Diemen-Steenvoorde, inspecteur-generaal Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Na de presentatie van de heer Van Dissel en het beantwoorden van de vragen die aan hem gesteld worden, zal er een wisseling aan deze tafel plaatsvinden.

Ook wens ik de aanwezige leden van harte welkom en iedereen die deze briefing op een andere manier volgt. Ik wil u meegeven dat ook vandaag de powerpointpresentatie op de website van de Tweede Kamer is te vinden. Voorafgaand aan de briefing wil ik ook tegen iedereen die met ons meekijkt zeggen dat in de Kamer vanzelfsprekend nog steeds rekening wordt gehouden met alle maatregelen ter bestrijding van het coronavirus. Wij zitten ook deze week op 2 meter afstand van elkaar. Iedereen heeft bij de ingangen van onze zaal gebruik kunnen maken van de handreinigers met desinfectiemiddel en wanneer er wordt gewisseld van sprekers zal ook de microfoon worden gereinigd.

Dan richt ik mij tot de leden met enkele praktische en procedurele zaken over deze vergadering. Ik wil starten met de mededeling dat ik er weer van uitga dat er geen bezwaar is tegen de aanwezigheid van leden die formeel geen lid zijn van deze commissie. Aangezien we een extra externe spreker hebben, moeten wij de werkwijze vandaag wel iets aanpassen ten opzichte van de vorige keren. De belangstelling van uw Kamer is groot en we zijn met veel leden aanwezig. Om iedere spreker voldoende gelegenheid te geven het woord te voeren, wil ik voorstellen dat ieder lid maximaal twee vragen kan stellen. Het staat u vrij om te kiezen aan wie u de vraag wilt stellen. Ook stel ik voor om na afloop van iedere losse vraag weer direct over te gaan tot de beantwoording. Zoals gezegd zullen we beginnen met de heer Van Dissel. Hij heeft net als de vorige keer een presentatie voorbereid. Vervolgens kunnen aan hem de vragen worden gesteld. Dan volgt de wisseling aan deze tafel en zullen de heer Gommers en mevrouw Van Diemen-Steenvoorde plaatsnemen.

Er wordt een stenografisch verslag van deze bijeenkomst gemaakt. Daar wil ik u als leden ook op wijzen.

Dan geef ik nu graag het woord aan de heer Van Dissel. Gaat uw gang.

De heer **Van Dissel**:

Dank u wel. Ik wilde uw Kamerleden weer een korte update geven en ten slotte ingaan op een aantal zaken die de afgelopen dagen hebben gespeeld rondom de modellering. Wat kunnen we daar nu mee? Ik wil ook een aantal dingen laten zien omtrent de eerste effecten die we menen waar te nemen.

Ik ga meteen naar onze eerste dia. Die kent u inmiddels. Nog even weer kort samengevat: wat is ook alweer het onderwerp? Het nieuwe coronavirus. Korte incubatietijd, korte tijd tussen de verschillende cycli. Overdraagbaar door contact en door druppels. Maatregelen met name gericht op uiteraard de overdracht. Handen wassen – zeer belangrijk! – met name ook voor gevallen die misschien minder symptomen hebben. Hygiënische maatregelen gericht tegen de druppelverspreiding die ongeveer 1,5 meter verder gaat, vandaar ons adagium om op 1,5 meter afstand te blijven. Handalcoholgebruik en in het ziekenhuis natuurlijk extra maatregelen gericht op de bescherming van zorgmedewerkers en andere patiënten in het ziekenhuis, waar nu eenmaal zieke patiënten liggen met een hogere virale load, meer verspreiding en meer intensief contact vanwege de behandeling.

Daaronder nog even de piramide. Ik heb de vorige keer al aangegeven dat de piramide uit China nog uitging van ongeveer 15% tot 20% in totaal opnames en 5% opname op de intensive care, maar dat we in Nederland waarschijnlijk een ander beeld zien. Onder andere blijkt uit het onderzoek van het Amphia en TweeSteden Ziekenhuis in Tilburg dat onder zorgverleners met milde klachten eigenlijk maar 2% tot 3% van de personen moest worden opgenomen. De overgrote meerderheid had maar geringe klachten, die eigenlijk niet voldoen aan de casusdefinitie van de WHO die wij gebruiken. Zij bevinden zich dus ook in belangrijke mate onder de medische radar, maar kunnen natuurlijk wel bijdragen aan de verspreiding. Dat maakt het ook erg moeilijk, want geringe klachten kunnen dus bijdragen. Dat betekent dat het nog belangrijker is om je te houden aan de adviezen. Als je je ziek voelt, als je neusverkouden bent, ga in sociale afzondering.

De volgende dia toont weer even de overzichten die ik eerder ook heb genoemd. We hebben een aantal methoden om grip te houden op de uitbraak: via het zogenaamde Osirissysteem, via de GGD's en uiteraard via het meten van ziekenhuisopnames en ic-opnames. Die laatste twee zijn natuurlijk hele harde gegevens. U kunt zich voorstellen dat het testen van patiënten buiten de ziekenhuizen erg afhangt van hoeveel testen er beschikbaar zijn en van de logistiek, en dat die aantallen dus moeten worden geïnterpreteerd met de nodige voorzichtigheid, omdat ze niet zonder meer vergelijkbaar zijn, niet binnen Nederland, maar ook niet met andere landen. Het aantal ziekenhuisopnames is natuurlijk wel een hard gegeven en dat geldt zeker ook voor de opnames op de ic. Op het aantal overleden patiënten kom ik zo terug. Daarnaast hebben we nog de zogenaamde virologische dagstaten. Daarin wordt het aantal testen dat gedaan is gemeten. Zoals u ziet, is dat toch ook een groot aantal: ongeveer 62.000 inmiddels, waarvan rond de 20% positief is bevonden. We hebben ook nog de NIVEL-huisartspeilstations. Helaas zijn dit de getallen van vorige week, maar er zijn nu 653 patiënten gescreend en 25 positieven. Die bevinden zich eigenlijk allemaal nog rond de zone die met rood en oranje is aangegeven op de kaart. Dat is toch een beetje waar de meeste gevallen in Nederland zich nog voordoen. Dat zijn Brabant en Limburg, al zien we in Brabant – ik zal het u zo laten zien – natuurlijk een afvlakking en elders een toename.

Op deze slide zien we nog even het aantal gemelde patiënten, met opnieuw een hitemap, zoals dat heet: hoe intenser en donkerder de kleur, hoe meer patiënten er in relatieve aantallen zijn gemeld. U ziet een groot gebied rond Veghel en Udel dat rood kleurt, evenals een gebied in Limburg, en verder een aantal gebieden die wat minder rood kleuren,

zoals Goeree-Overflakkee en rond Zwolle, waar meer gevallen zijn. Tegelijkertijd ziet u dat in de drie noordelijke provincies het aantal gevallen eigenlijk nog gering is.

Aan de rechterzijde zien we dan de aantallen opgenomen patiënten. Eigenlijk volgt dat min of meer dezelfde verdeling. Dat is wel van belang voor de modellering – daar komen we straks op terug – omdat we er natuurlijk van uitgaan dat het aantal opgenomen patiënten ook een goede reflectie is van het aantal patiënten dat zich in de populatie bevindt, ook al hebben die soms dus heel weinig klachten.

Omwillen van de tijd ga ik snel door. Hier nog even een overzicht van de verschillende provincies. Ik moet erbij zeggen dat dit overzicht is bijgewerkt tot ongeveer een week terug, maar het geeft toch wel een eerste indruk. U ziet bijvoorbeeld dat er in Brabant – dat is de derde grafiek aan de linkerzijde van boven – een hele duidelijke piek is geweest, maar dat die piek aan het afnemen is. Dat wordt ook teruggerapporteerd uit bijvoorbeeld het Amphia en het TweeSteden Ziekenhuis: dat ze duidelijk een afvlakking van het aantal nieuwe patiënten zien. Tegelijkertijd ziet u rechtsonder dat er in Zuid-Holland een toename was. Dat kan je soms koppelen aan specifieke gebeurtenissen. U ziet ook de geringe aantallen patiënten in de noordelijke provincies. Ik wil alleen aangeven dat de situatie in Nederland heel heterogeen is. Het is geen homogeen gemengde groep: er zijn brandhaarden waar het virus speelt, met veel gevallen die leiden tot ziekenhuisopnames – dit zijn de ziekenhuisopnames, voor de duidelijkheid – maar er zijn ook gebieden waar het relatief nog heel rustig is.

De volgende slide geeft u een indruk van het aantal overleden patiënten. Ook hier moet ik meteen aan toevoegen dat de grafiek die u linksboven ziet, die de gemelde patiënten betreft, natuurlijk een onderschatting zal zijn, want de realiteit is dat bij lang niet alle overleden patiënten een test zal zijn uitgevoerd om vast te stellen of het wel of niet COVID is. Daar blijft onzekerheid. Ook dat maakt internationaal vergelijken weer ingewikkeld. Wat in ieder geval vaststaat, is de grafiek die u linksonder ziet. Dat is de sterftegrafiek in Nederland, die de sterftegetallen weergeeft. Die schommelen rond de seizoenen. U ziet daar een aantal pieken in die worden verklaard door de seizoenspiek. U ziet dat de COVID-19-infecties inmiddels ook leiden tot een toename van het aantal sterfgevallen dat zich buiten het 95-betrouwbaarheidsinterval van de normale sterfte bevindt. We kunnen dus de oversterfte ten gevolge van dit virus ook vaststellen op geleide van de totale sterftecijfers. Daar zit natuurlijk een zekere onzekerheid in, omdat het niet-geteste personen zijn. Maar dat is in het verleden ook uitgezocht met het griepseizoen en er zijn eigenlijk geen andere verklaringen. U ziet opnieuw het griepseizoen van twee jaar terug, dat een belangrijke oversterfte gaf, en u ziet ook het griepseizoen van dit jaar, dat eigenlijk heel rustig was.

Op de grafiek van Nederland aan de rechterzijde ziet u opnieuw het overzicht van de overledenen in Nederland. Dat volgt opnieuw de grafiek van de meest intense transmissie, intense opnames en ook intense verspreiding onder de bevolking. Dat is dus eigenlijk helemaal congruent. Dan neem ik u weer even mee met betrekking tot het aantal opgenomen en gemelde patiënten: links aan de bovenzijde de gemelde patiënten en aan de onderzijde de opgenomen patiënten. Hier zien we aanvankelijk een bijna exponentiële toename. Maar sedert een week is daar een knik in gekomen. We zien een afvlakking van het aantal nieuwe patiënten. Dat zien we ook aan het aantal gemelde patiënten. De grafiek heeft nog wel twee kleuren. De donkerblauwe kleur zijn de patiënten die met zekerheid zijn vastgesteld op die datum en de lichtere kleur betreft patiënten die soms een aantal dagen later gemeld worden en dan alsnog aan de grafiek toegevoegd worden. Dus als u aan het einde van de dag hoort – ik geef u een willekeurig voorbeeld – dat er 700 nieuwe patiënten in Nederland zijn vastgesteld die opgenomen zijn, wil dat niet altijd zeggen dat ze allemaal

op die dag opgenomen zijn. Een deel kan al enige tijd in het ziekenhuis liggen. Door vertraging van rapportage lopen de getallen niet altijd 100% congruent. Uiteindelijk worden ze natuurlijk allemaal toegevoegd aan de grafieken.

Aan de rechterzijde ziet u dan weer even de verschillende leeftijdsverdelingen. De bovenste grafiek toont voor mannen en vrouwen – de mannen in blauw en de vrouwen in rood – de bijdrage aan het totale aantal gemelde patiënten. Opnieuw de constatering dat er tot 20 jaar eigenlijk nauwelijks patiënten gemeld zijn. Die zijn er natuurlijk altijd, die zijn er voor elke infectieziekte. Maar als je het vergelijkt met de andere leeftijdscohorten, zie je dat het een zeer gering percentage blijft: onder de 2%, in Nederland en elders. U ziet dat daarna het aantal patiënten oploopt. Het grote aantal gemelde patiënten is de groep van 55-/60-plus. De middelste grafiek geeft de opgenomen patiënten aan. Daar ziet u een verschuiving naar de wat oudere leeftijdscohorten. Dat is ook begrijpelijk, want die hebben over het algemeen eerder onderliggende medische problemen die ziekenhuisbewaking en -behandeling noodzakelijk maken. Dat verschuift naar de rechterzijde. De onderste grafiek toont de leeftijdsverdeling van de overleden patiënten. De grafiek toont dat de mediaan, dus de 50%-waarde, tussen de 80 en 85 jaar ligt. Dat zijn toch de oudere patiënten.

Misschien nog heel even de man-vrouwverhouding, die natuurlijk ook wel in de media is genoemd. U ziet over het algemeen een overrepresentatie van mannen. Dat is overigens niet ongewoon voor infectieziekten. Dat kan bijvoorbeeld reflecteren dat mannen meer geëxposeerd worden, dat kan reflecteren dat mannen meer onderliggende medische problemen hebben rond die leeftijd omdat ze voorlopen op vrouwen. Je kan er allerlei verklaringen voor vinden, maar het blijft vooralsnog gissen wat de exacte verklaring is. Maar het is duidelijk dat er meer mannen dan vrouwen uiteindelijk in het ziekenhuis belanden en getroffen worden door dit virus. De volgende grafiek zal zo ook door mijn collega Diederik Gommers worden toegelicht, daarom kort wat over het aantal ic-opnames, zowel het aantal nieuwe opnames per dag als cumulatief. Er is een rode lijn doorheen gestippeld. Dat is opnieuw de exponentiële groei als je die zou aanhouden. Je ziet dat ook voor nieuwe ic-opnames er een afvlakking lijkt op te treden, maar ik denk dat mijn collega Gommers daar straks nog uitvoeriger op in zal gaan.

Het tweede is dat het natuurlijk altijd van belang is om je te realiseren dat dit het aantal nieuw aangeboden patiënten is. Op den duur – dat verschuift natuurlijk naarmate de tijd verdergaat – ga je natuurlijk ook zien dat er steeds meer patiënten ontslagen worden van de ic. Het aantal van nieuwe opnames dat hier wordt getoond, hoeft dus niet altijd de druk op de ic te representeren. Maar collega Gommers zal daarop ingaan. Op de cumulatieve grafiek ziet u ook dat er de laatste dagen een soort kanteling is, waarbij het lijkt af te vlakken. Dat zal zich de komende tijd allemaal moeten bewijzen. Maar het zijn allemaal indicaties met betrekking tot de overdracht van het virus en hoe het reageert op de ingestelde maatregelen. Daar ga ik straks nog op in.

De volgende slide toont u weer het bekende beeld van de drie scenario's. Ik licht alleen even het groene scenario eruit, om u wat over de modellering te vertellen. Daar zijn van tevoren ook vragen over gesteld. Maar het is helder dat de rode lijn niks doen betekent en dat de blauwe lijn een lockdown betekent met loslaten en het opnieuw opvlammen van de uitbraak. De groene lijn is de lijn waarbij we het proberen te beheersen rond het niveau van de beschikbare zorg en de beschikbare ic-bedden, met de nadruk op het beschermen van de kwetsbare groepen in de samenleving. De mate waarin we erin slagen om die groene lijn naar beneden te drukken en onder het aantal beschikbare ic-bedden en de beschikbare zorg te houden, hangt natuurlijk af van de intensiteit van de maatregelen. Om de intensiteit van de maatregelen toch proportioneel te

houden met betrekking tot de invloed ervan op het maatschappelijke gebeuren, maken we gebruik van modellering. Over die modellering is het een en ander te doen geweest. Overigens, ik laat u hier grafieken zien die ik vorige week ook al even heb getoond. Daar kom ik zo op terug. Laat ik heel kort vertellen hoe het überhaupt werkt. Toen we de eerste patiënt in Nederland hadden, hadden we natuurlijk geen enkel Nederlands gegeven. We hadden geen gegevens over het opnamebeleid en over het doorsturen naar de intensive care. We hadden geen gegevens over hoe het in Nederland ging met betrekking tot de leeftijdsverdeling op de intensive care en de duur op de intensive care. Die waren er niet, want er was nog geen patiënt. Dat betekent dat de initiële modellen die we toch hebben moeten berekenen om al te voorspellen wat we moesten doen, waren gebaseerd op de getallen die de WHO ons geeft. De WHO heeft collaborating centres met betrekking tot de modellering. Het RIVM neemt deel aan dat internationale netwerk. Overigens nemen ook groepen uit China eraan deel, net als het Imperial College, Harvard School of Public Health en nog een achtstal andere, waaronder het Robert Koch Instituut. Dat zijn allemaal instituten waar modellers zitten die initieel moesten starten met getallen die gebaseerd zijn op wat er elders gebeurd is. Dat kan niet anders, want we kunnen niet zomaar gissen over hoe het in Nederland is. Die getallen hebben dus de eerste modellen opgeleverd. Sedert het optreden van Nederlandse infecties en sinds er meer patiënten naar de ic gaan en er meer patiënten worden opgenomen, kunnen we natuurlijk de daadwerkelijke Nederlandse getallen gebruiken om de modellen te kalibreren en eventueel ook aan te passen. Dat is wat er gebeurd is vanaf 19 maart.

U heeft kunnen lezen dat er wordt gezegd dat het RIVM niet weet hoe het zit met het aantal opnamedagen en of het bijvoorbeeld om tien dagen gaat. Natuurlijk weten we dat, maar we kunnen dat pas aanpassen als we voldoende Nederlandse gegevens hebben die ons helder maken welke leeftijdscohorten in Nederland op de ic komen en hoelang de verschillende personen op de ic komen. Ik zal u zo laten zien hoe dat doorwerkt in de modellering. Dat even met betrekking tot de tijdstippen waarop we de modellen hebben aangepast. Voor de duidelijkheid: de modellen die u vorige week heeft gezien, ook geïllustreerd in dit model, zijn allemaal al gebaseerd op Nederlandse getallen. Zo heb ik dat vorige week ook geïllustreerd. U kunt de slides daarover terugzoeken. Dit specifieke model is al gebaseerd op een gemiddelde ligduur van drie weken.

Wat u hier tevens ziet – dat probeerde ik vorige week al te illustreren – is dat we niet 100% zeker kunnen zijn van die modellen. Het zijn schattingen die ons helpen bij het kiezen van de juiste maatregelen. U ziet dat we de parameters die het model bepalen, een beetje laten variëren om de gevoeligheid van de uitkomsten vast te stellen. Daarmee krijgen we een hele range van grafieken. De uiterste grafieken hebben natuurlijk de laagste kans om ooit op te treden, want daar hebben we de meeste variaties in aangebracht. Vorige week heb ik al gezegd dat de meest waarschijnlijke schatting van wat er gaat gebeuren, ligt waar de modellen het meest samenkomen. Dat is waar ze gebundeld zijn. Nou, die modellen proberen we voor de verschillende parameters te variëren om te zien hoe gevoelig de uitkomsten zijn.

U ziet dat de modellen zijn gevarieerd rond het reproductiegetal: het aantal nieuwe besmettingen per besmette persoon. Wanneer dat varieert tussen de 2 en de 2,4, ziet u dat dat al een geweldige invloed heeft op de uiteindelijke modellen die je gaat krijgen. Dat reproductiegetal hebben we uit de literatuur gehaald. Het was een bepaald getal aan het begin, maar we kunnen het nu steeds beter uit de Nederlandse gegevens schatten. Voor de duidelijkheid, het gaat hier om het startreproductiegetal en niet om het getal dat het vandaag is, hoop ik. Dit is het getal toen in Nederland de eerste gevallen werden geïmporteerd. Nogmaals, de spreiding geeft iets aan van de waarschijnlijkheid. Hoe meer de grafiekjes op elkaar vallen

met de verschillende kleuren, hoe waarschijnlijker het is dat we die lijn gaan volgen.

Dan hebben we ook een ander model vorige week naar voren gehaald. Het gaat in feite om hetzelfde model, waarin we een aantal dingen hebben vastgezet. In het rood ziet u de lijn die de ic-opnames representeert wanneer er helemaal niks zou zijn gedaan. Nou, dat is niet gebeurd. U ziet dat de turquoise lijn een harde, gemiddelde, mediane lijn heeft, maar dat er ook spreiding omheen zit. Dat probeert de onzekerheid van de schattingen weer te geven. U ziet wat de modelleers hier gedaan hebben. Het model is gekalibreerd op de daadwerkelijke getallen vanuit de ic. Dat zijn die zwarte punten die u ziet ingevuld. Het aantal ic-plaatsen heeft natuurlijk een bepaald maximum. Voor deze week is er een ingeschat maximum, waar collega Gommers op zal terugkomen. Op deze manier proberen we het model steeds nauwkeuriger te krijgen, steeds meer naar de werkelijkheid, zodat de voorspellingen ook beter worden. Dit is een model waarbij we uitgingen van het constante gegeven dat mensen die op de ic worden opgenomen, er 23 dagen liggen. De forcering door de punten van de daadwerkelijke opnames is dusdanig, dat we een bepaald R_0 kregen dat wat hoger lag dan we eerder hadden. Vandaar dat die piek ook wat eerder en wat hoger kwam te liggen. Aan de rechterzijde ziet u de daadwerkelijke cumulatieve ic-opnames, gerepresenteerd door die puntjes in de grafiek van vorige week.

Deze grafiek is door de modelleers gevarieerd voor wat ze zien gebeuren op de ic's. Inmiddels hebben we weer meer ic-opnames. We weten ook dat patiënten van de ic worden ontslagen, wat natuurlijk weer plekken vrijmaakt, iets waar collega Gommers op zal ingaan. Je kan je voorstellen dat er ook meer gegevens beschikbaar komen over de leeftijdscategorieën die op de ic komen en de opnameduur van al die personen. Die opnameduur is wisselend: sommigen liggen relatief kort op de ic, anderen liggen relatief wat langer op de ic. Dat ziet u doorberekend in exact hetzelfde model als net, maar nu met een variatie in de ic-opnametijd, die nog steeds gemiddeld hetzelfde gehouden is. Gemiddeld is die nog steeds 23 dagen. U ziet opnieuw de datapunten toegevoegd. Als je deze grafiek door de oogcharen vergelijkt met de vorige grafiek, dan zie je dat de piek eigenlijk hetzelfde is, althans de piek van de gemiddelde waarde, maar dat de grafiek wel wat meer uitgesmeerd is naar achteren toe. Dat zou gunstig kunnen zijn. Opnieuw: dit zijn schattingen. Maar dit zijn wel schattingen waarbij we steeds meer realistische data, die we uit de ic-data destilleren, kunnen inbrengen, waardoor we verwachten dat de modellering steeds nauwkeuriger schattingen gaat geven met betrekking tot wat er gaat gebeuren. U ziet ook dat de belasting op de ic ook in dit model nog geruime tijd voortduurt en dat het niet zo is dat het daar op heel korte termijn weer heel rustig wordt.

Op de volgende grafiek ziet u nog even het aantal nieuwe opnames. Dat is eigenlijk dezelfde grafiek als zojuist. Opnieuw zijn de daadwerkelijk gefitte punten van ic-opnames erbij gevoegd. U ziet dat dit model voorspelt – collega Gommers zal er zo ongetwijfeld op ingaan – dat we nog even naar een piek zouden moeten gaan. De duur van de constant hoge instroom gaat een bepaalde tijd nemen. We verwachten dat daarna de aantallen van nieuwe ic-opnames gaan afnemen. U moet zich hier ook weer bij realiseren dat op den duur – dat verwacht je bij een gemiddelde opname van drie weken – het aantal opnames gelijk wordt aan het aantal personen dat van de ic afgaat. Als dan het aantal opnames afneemt, verwacht je natuurlijk dat de ic's weer meer ruimte krijgen en dat de belasting op de ic's afneemt.

Dit even met betrekking tot modellering. Dus nogmaals, we begonnen met getallen die wij van de WHO en de internationale centra gezamenlijk als beste getallen, als beste schattingen namen voor de situatie, realiserende dat het per land kan afwisselen. Uiteindelijk worden de schattingen steeds nauwkeuriger, omdat de daadwerkelijke getallen uit Nederland

kunnen worden ingevoerd, wat hopelijk natuurlijk uiteindelijk een veel realistischer schatting gaat opleveren met betrekking tot de Nederlandse situatie.

Ik wil u tenslotte nog even meenemen in het reproductiegetal, waar we de vorige keer ook al iets over hebben gezegd. Nog even in herinnering roepend: het reproductiegetal is het aantal personen dat besmet wordt door één besmette persoon. Als het reproductiegetal 1 is – dat ziet u in deze illustratie aan de rechterzijde – betekent dit dat elke patiënt één nieuwe patiënt veroorzaakt. Dan heb je wat wij endemiciteit noemen. Dan is de ziekte aanwezig, maar komt die uiteindelijk op een niveau uit waarop het aantal personen dat nieuw ziek wordt en het aantal personen dat geneest gelijk blijft. De situatie was eerder dat de R groter was dan 1. Hier ziet u op de illustratie wat er gebeurt als die 2 is. Dan gaat het van één persoon naar twee, naar vier en gaat u zo maar door. Dan neemt het 2^n toe. Dan is er sprake van een uitbraak die geweldig toeneemt. We hebben de vorige keer al even gesproken over de R_0 in Nederland. U ziet hier opnieuw de grafiek. Deze grafiek kunnen we berekenen op grond van de daadwerkelijk opgenomen patiënten, waarvan we de eerste ziektedag kennen. Dat is eigenlijk een vrij hard getal. Voor de duidelijkheid: de berekening van de R_0 wordt op geen enkele wijze beïnvloed door hoeveel mensen eigenlijk geen klachten hebben als ze het overdragen, of hoeveel mensen geweldig hoesten als ze het overdragen. Dat is hier allemaal niet relevant. Die R_0 zal daar niet door beïnvloed worden. Dit is dus gebaseerd op de ziekenhuisopnames. Daarbij heb je als aanname dat ziekenhuisopnames een afspiegeling zijn van wat er in de maatschappij gebeurt. Ik denk dat ik dat aan het begin heb geïllustreerd met de plaatjes van de belasting in Nederland, waarbij je ziet dat de meeste mensen, in de gebieden in Brabant, tot nu toe zich ook verhouden tot de meeste opgenomen patiënten; dit is congruent met elkaar. Dat leidt uiteindelijk tot deze grafiek. Die mag je extrapoleren naar wat er in de bevolking gebeurt. U ziet hier dat de effectieve R_0 – de R_0 is geen statisch getal, in het begin niet beïnvloed, of misschien wel – rond de 2 is en rond de carnavalsperiode bijna naar 3 stijgt. Dat is begrijpelijk, want er zijn dan natuurlijk meer contacten tussen personen. Maar ook heel andere gebeurtenissen kunnen zo'n R_0 beïnvloeden. We kennen van een heleboel ziektes dat bijvoorbeeld bruiloften en trieste gebeurtenissen als begrafenissen – alle gebeurtenissen waarbij men intens bij elkaar zit – invloed hebben op de R_0 . Dat is uiteraard de achtergrond van de 1,5 meterregel. De essentie is denk ik dat we zien dat sedert de eerste patiënt, die zich rond 27 februari presenteerde dacht ik, en natuurlijk de maatregelen – dat zal ik u zo laten zien – de R_0 gedaald is. Er zit natuurlijk nog een forse onzekerheid in. Zo'n R_0 is een gemiddelde. Dat wil ik ook wel benadrukken. Dat wil zeggen dat die voor een heleboel patiënten nul kan zijn, maar dat als die voor een patiënt plotseling twintig is we een zogenaamd «superspreading event» hebben. Dat kennen we heel goed van de SARS en van andere infectieziekten. Dan zie je plotseling toch weer een verspreiding van het aantal infecties. De essentie is dat als die gemiddeld onder de 1 is, zo'n infectie langzaam zal afnemen. Het tweede dat ik erbij wil zeggen, is dat dat niet betekent dat je maatregelen kan versoepelen. Een R_0 van 1 of laten we uitgaan van zelfs 0,5 betekent natuurlijk nog altijd dat als we nu 10.000 patiënten hebben, we over een aantal dagen 5.000 extra patiënten hebben, ook al is de R_0 0,5. Dat betekent wel dat je verwacht dat het naar beneden gaat, maar dat betekent absoluut nog niet dat we onze maatregelen kunnen laten varen. Want als je dat zou doen, kan zo'n R_0 meteen weer toenemen en dan hebben we daarna weer 5.000 patiënten die plotseling weer het dubbele aantal vertegenwoordigen. Dat is altijd het hele vervelende van infectieziekten. Je zal door moeten gaan tot het einde en een heleboel maatregelen moeten volhouden totdat het echt zo laag is dat je het helemaal onder controle hebt. Ik heb opnieuw aangegeven dat dit de beste indicator

is, de ziekenhuisopnames die we nu kunnen gebruiken. Daar zitten helaas altijd ook weer onzekerheden in, zoals gemeld, en die hebben met name betrekking op hoe geregistreerd wordt.

Dan nog even de interventies erbij gezet, los van dat je natuurlijk nooit één interventie meteen kan koppelen aan wat u op de grafiek ziet. Zo gaat het niet. Over het algemeen geeft de eerste patiënt altijd een awareness. Awareness leidt ertoe dat men zich toch bewust wordt dat er iets speelt, dat je eigenlijk al vanzelf wat meer sociale afstand neemt en denkt: nou, vanavond ga ik daar maar niet naartoe. Er zijn gedragsveranderingen en die gedragsveranderingen kan je onderstrepen en natuurlijk helderder maken door de maatregelen, maatregelen zoals bij ziekte thuisblijven. Dat gold eerst voor Brabant en vervolgens voor de rest van Nederland voor terugkomende personen uit gebieden waar de infectie veel voorkwam, zoals Italië en later Oostenrijk, en natuurlijk de maatregelen zoals geen handen schudden, wat natuurlijk ook uiteindelijk een effect heeft op sociale distantie, thuiswerken en de sluiting van de scholen en de kinderdagverblijven. Je kan hier niet uithalen wat nou op dat moment exact het effect is, maar u ziet overall genomen dat die R_0 dalende is, met nog een heleboel onzekerheid, zoals u ziet, bijna van 1 tot iets van 0,3 momenteel. Toch is de boodschap dat dit weliswaar gunstig is, dat dit is wat we willen, maar dat we ons moeten realiseren dat dat niet betekent dat er morgen geen nieuwe infecties meer zijn en dat als we dit los zouden laten het niet weer toeneemt, want dat is helaas wel het geval. Kort samengevat denk ik dat de doelen duidelijk zijn. Die hebben we al een aantal keren genoemd: kwetsbaren beschermen, zowel ouderen als personen met verminderde afweer door medicijnen of door onderliggende medische problemen, en zorg kunnen blijven bieden, met name ic-zorg, en daar proberen maximaal op te controleren. Ik heb u laten zien dat de R_0 dalende is en dat de daling die ik u de vorige keer toonde lijkt door te werken. Dat is gunstig, maar tegelijkertijd moet ik absoluut de boodschap meegeven dat dat alleen maar zo blijft als we ook onze maatregelen nu blijven handhaven, want we zijn er nog lang niet. Het volhouden van de maatregelen is dus een cruciaal punt. Als je het heel kort wil samenvatten, is het denk ik toch: Nederland, hou vol. We nemen maatregelen die effecten hebben en het gaat er nu om dat we het volhouden.

Nog heel even kort mijn laatste slide: de maatregelen. We hebben gezegd: blijf nou zo veel mogelijk thuis, werk thuis als het kan en ga naar buiten als het nodig is. Dat kan ook voor een fitnessrun zijn natuurlijk of de hond uitlaten. Heel belangrijk is dat als je klachten voelt aan de luchtwegen, zoals een neusverkoudheid: blijf thuis! Dan zou het kunnen dat je toch het virus hebt opgelopen en dan is het laatste wat je zou willen, dat je anderen besmet, dus blijf thuis. Als dat soort klachten zelfs nog wat toenemen, betekent dat ook dat het gezin thuis moet blijven. Dat is er allemaal op gericht om een soort targeted lockdown, zoals het is genoemd, te bewerkstelligen, waarbij de infectie beperkt blijft tot dat ene specifieke huishouden.

De gezondheidsadviezen gelden natuurlijk algemeen, enerzijds om te zorgen dat je het niet krijgt – geen handen schudden, handen frequent wassen, gebruikmaken van handalcohol – en anderzijds, mocht je het hebben, voorkom dan dat het zich verder verspreidt. Hoest en nies in de binnenzijde van je elleboog of in papieren zakdoekjes. Ook die 1,5 meter afstand is buitengewoon belangrijk.

Daarbij wilde ik het laten. Dank u wel.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan ga ik nu de vragen inventariseren aan de heer Van Dissel. Ik kijk even rond. U heeft allemaal twee vragen en maakt zelf de keuze. Ik zag als eerste mevrouw Diertens, D66. Gaat uw gang.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Ik heb een vraag over die immuniteit. In hoeverre kunnen we zorgpersoneel dat al bewezen immuun is, weer inzetten? Zouden die immuniteitstesten ook ingezet kunnen worden op de rest van de bevolking, om het meer zichtbaar te maken en meer krachten te genereren?

De heer **Van Dissel**:

Dat is een heel goeie vraag. Dat is natuurlijk wat we graag zouden willen. Misschien kunnen we de volgende keer wat meer op testen ingaan, want dan is ook meer bekend wat er precies beschikbaar is en hoeveel beschikbaar is. Daar wordt nu hard aan gewerkt. De testen waar u naar verwijst, zijn de zogenaamde zero-immuniteitstesten. Daarmee toon je niet het virus aan, maar kijk je of een persoon antistoffen heeft gevormd, ervan uitgaande dat die antistoffen reflecteren of iemand ook immuun is. Daarvan worden nu de eerste gegevens bekend. Er lopen ook verschillende onderzoeken in Nederland en wat u noemt, is precies wat we willen. We willen kunnen vaststellen of zorgmedewerkers, die we natuurlijk toch willen beschermen, al of niet al in contact zijn geweest met het virus, al of niet intensief, of ze als gevolg daarvan immuniteit hebben opgebouwd in de zin van antistoffen.

Ik moet wel toevoegen dat we nog niet 100% weten hoe die verhouding is, want je zult ongetwijfeld vinden dat sommigen hele hoge titers hebben en anderen lage. Daar moeten we dan dingen van leren. Maar die gang willen we zeker gaan en dat geldt natuurlijk uiteindelijk ook voor andere personen, zoals medewerkers buiten het ziekenhuis en uiteindelijk misschien ook nog breder in de bevolking. Er zijn een aantal onderzoeken geïnitieerd die ons hier inzicht in gaan geven, onder andere het zogenaamde PIENTER-onderzoek, waarbij we door heel Nederland sampelen, bemonsteren, om dit bij herhaling vast te stellen om te zien of mensen inderdaad immuun worden.

De **voorzitter**:

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

De heer **Asscher** (PvdA):

Dank voor uw presentatie. We hoorden zondag dat de aannames die we hier vorige week bespraken, toch iets te positief waren en dat het beeld dus somberder is. Nu zien we in de presentatie van vandaag dat over een maand de absolute piek wordt verwacht in de belasting van de ic en dat de kans best wel heel groot is dat die belasting dan over het niveau heengaat van wat wij aankunnen. Mijn vraag is deze. Als je ziet dat maatregelen ongeveer een maand tijd nodig hebben om effect te kunnen hebben, en je eigenlijk een best grote kans hebt om in die code zwart te komen, zouden er dan niet toch meer maatregelen genomen moeten worden om die R_0 verder naar beneden te brengen? Denk aan mondkapjes, of toch het verbieden van kerkelijke bijeenkomsten van 30 personen, waar mensen elkaar kunnen besmetten.

De heer **Van Dissel**:

Twee dingen, want u stelde eigenlijk twee vragen bij elkaar. Het antwoord is nee, vorige week heeft u ook al aangepaste modellen gezien. Het is niet zo dat u die nu pas ziet.

De heer **Asscher** (PvdA):

Zondagavond was er een RIVM-woordvoerder die aangaf dat het ...

De heer **Van Dissel**:

Ik ben me helemaal bewust wat u zegt hoor, en dat klopt ook, alleen zei die woordvoerder daar niet bij dat hij het al sedert 19 maart had aangepast, want dat is onze hoofdmodelleur, nota bene. Dus voor de

duidelijkheid: die aanpassing is 19, 20 maart gebeurd en de grafieken die u vorige week heeft gezien, zijn allemaal de aangepaste grafieken. Dat heb ik u net ook geïllustreerd, want de data stonden er nog boven. Die modellen hebben we dus aangepast zodra we konden. Dat is misschien het eerste deel.

Het tweede deel gaat over extra maatregelen. Natuurlijk zijn er extra maatregelen mogelijk in de zin van een totale lockdown. Die zijn natuurlijk ook uitvoerig besproken in het OMT. We zien dat die is afgekondigd in landen om ons heen. Dan zie je ook de filmpjes die laten zien wat ervan terechtkomt, wat misschien niet altijd helemaal is wat is afgekondigd. We hebben ons ook gerealiseerd dat maatregelen die we nog als mogelijkheden binnen het OMT hadden besproken, bijvoorbeeld voor het openbaar vervoer, zoals de treinen, eigenlijk niets toevoegen. Als ik door Den Haag loop, op ruime afstand van anderen, zie ik in de praktijk al gewoon lege trams voorbijkomen. U kunt zich voorstellen dat het nemen van een volgende maatregel zoals «je mag niet meer met de tram» dan eigenlijk niks gaat toevoegen. Ik denk dat de compliance, dus hoe men zich houdt aan de maatregelen die genoemd zijn, van het allergrootste belang is. Dat is ook geïtereerd door de premier in de verschillende persconferenties, en hopelijk ook door ons. Verder zien we die R gewoon helemaal dalen, dus de vraag is of dat nu nog effect heeft. Ik denk dat collega Gommers zo op de ic in zal gaan.

De heer **Asscher** (PvdA):

Heel helder, en ik ben het er ook mee eens, maar ik vroeg naar het toch dragen van mondkapjes en het verbieden van kerkelijke bijeenkomsten, omdat je in de bible belt ook zo'n besmettingshaard ziet.

De **voorzitter**:

Heel kort, de heer Van Dissel. Dan ga ik naar de volgende.

De heer **Van Dissel**:

U vraagt naar mondkapjes, maar dan moet u even duidelijk maken voor welke groep u dat bedoelt. Als u mondkapjes voor ons bedoelt: dat heeft natuurlijk geen zin, want wij zitten op een afstand waar er al geen druppels meer komen. Als ik een mondkapje opdoe, hoort u mij niet, en als u een mondkapje op zou doen, zou dat geen bescherming bieden. Dat hebben we steeds gezegd en dat is nog steeds het standpunt. Aan bijeenkomsten zijn natuurlijk risico's verbonden. Ik denk dat het daarbij van belang is, zeg ik opnieuw, om je aan de afspraken te houden, om ten minste 1,5 meter afstand te houden. Ik denk dat dat eigenlijk het belangrijkste is.

De **voorzitter**:

De heer Azarkan, DENK.

De heer **Azarkan** (DENK):

We hebben een ongekende crisis. Ik dank de heer Van Dissel dat hij wederom de tijd neemt om het parlement bij te praten. Bij de vorige sessie vroeg ik welke variabele nou anders was op basis waarvan we eigenlijk al vrij snel na 15, 16 maart zagen dat de ic-capaciteit niet voldoende zou zijn. Ik heb die vraag later ook drie keer aan de premier gesteld en nog een keer aan de Minister van Volksgezondheid, maar ik heb daar geen duidelijk antwoord op gekregen. Ik merk nu op dat, als je uitgaat van 23 ligdagen in plaats van 10, dat een verhoging is van 230%. Dat heeft een enorme impact. Dat was mij de vorige keer niet helder.

De **voorzitter**:

Wat is uw vraag?

De heer **Azarkan** (DENK):

Mijn vraag is de volgende. Dit is eigenlijk ook de variabele die ertoe leidt dat de ic-capaciteit problematisch zou worden en waar de genomen maatregelen in zekere zin afhankelijk van zijn. Dit is dus een ontzettend belangrijke variabele. Mijn vraag aan de heer Van Dissel is op welke wijze is omgegaan met het vergaren van de informatie om dat ook in het model neer te leggen. In hoeverre is dat gebeurd?

De heer **Van Dissel**:

Ik dacht dat ik dat net geïllustreerd had; dat heb ik geprobeerd. Modellen begin je al voordat er een patiënt is. Dan probeer je al te modelleren, en zeker na de eerste patiënten. Op dat moment heb je natuurlijk totaal geen gegevens over wat in Nederland de R_0 is, want dat kan van allerlei dingen afhangen, zoals hoeveel mensen er per vierkante meter wonen en hoe vaak men bij elkaar komt. Er zijn natuurlijk ook allemaal culturele invloeden op zo'n parameter als R_0 . Die getallen waren er gewoon niet voor Nederland. Dat betekent dat je wanneer je start, de eerste patiënten ziet, wilt modelleren en op grond van dat modelleren de beste maatregelen wilt proberen voor te stellen, toch gebruik zal moeten maken van wat er tot nu gebeurd is in het buitenland. Dat is wat er gebeurd is. De WHO heeft in samenwerking met al die modelleurscentra die ik u heb genoemd – dat zijn er echt tientallen – initieel gekozen voor de parameterset die ook in Nederland gebruikt is.

Maar ik zal u een voorbeeld geven van iets wat daarop van invloed is. Laten we zeggen dat in een land vooral personen van boven de 80 zouden worden opgenomen, gewoon als voorbeeld. Dan kan je je voorstellen dat de sterfte daar hoger is dan wanneer de ic zich bijvoorbeeld met name richt op 50-jarigen. Dat soort verschillen kunnen er zijn tussen landen en die bepalen ook de initiële waarden waar men van uit moet gaan. Dat zijn de waarden die uiteindelijk de situatie in China of in Italië representeren. Wat betreft het ic-beleid zijn die waarschijnlijk toch anders dan die in Nederland, zoals de heer Gommers eerder heeft geïllustreerd. Daar kan je niet op vooruitlopen, dus je moet toch starten met waarden die op dat moment het meest waarschijnlijk lijken. Vervolgens moet je zo snel mogelijk gaan aanpassen op geleide van gegevens die je binnenkrijgt. Dat is wat er gebeurd is. Je kan erover discussiëren of dat op 17, 18 of 19 maart moest, maar u kunt zich voorstellen dat die getallen ook nu nog steeds leiden tot een betere kalibratie van die curve, zoals ik hopelijk heb geïllustreerd met de twee grafieken. Hoe meer getallen je hebt en over een breder domein, hoe nauwkeuriger je schattingen worden. Dat is toch het antwoord, denk ik.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Veldman, VVD.

De heer **Veldman** (VVD):

Dank aan de heer Van Dissel voor opnieuw een heldere presentatie. Er blijft veel discussie over het aantal testen dat we in Nederland uitvoeren, zeker in vergelijking met een aantal andere landen, waar een factor 3 of 4 keer zo veel getest wordt. Er wordt met man en macht aan gewerkt om dat uit te breiden. Stel nou dat het ons lukt om net zo veel te testen als de landen die maximaal testen. Zou dat dan leiden tot andere maatregelen? Stel dat we maximaal, bij zo veel mogelijk mensen een test kunnen afnemen of zij besmet zijn, zouden er dan aanpassingen worden aangebracht in de set van maatregelen?

De heer **Van Dissel**:

We proberen hier natuurlijk al op in te spelen. We zijn ons ervan bewust dat er veel acties gaande zijn, en daar zijn we ook zelf bij betrokken, om de verschillende typen testen, zoals we gehoord hebben, in Nederland

mogelijk te maken. Over de vergadering van het Outbreak Management Team, het OMT, van afgelopen maandag zal u binnenkort een brief bereiken, of misschien heeft die u al bereikt, waarin we een escalerend protocol weergeven: wanneer we steeds meer kunnen testen, waar kunnen we dan het beste op inzetten? Dat zijn in eerste instantie toch de kwetsbare patiënten en de zorgverleners.

Naarmate er meer testen beschikbaar worden zullen we een plan ontwikkelen hoe we die steeds breder kunnen gebruiken, afhankelijk van het type test, voor het vaststellen van het virus of van immuniteit. U kan zich voorstellen dat we naarmate er meer testen mogelijk worden, bijvoorbeeld ook meer gaan controleren of personen met klachten inderdaad al of niet het virus dragen. Dat is een van de meest effectieve maatregelen die we kunnen nemen. Het meest gericht isoleren van zieken en het in quarantaine plaatsen van gezinnen geschiedt toch op het moment dat zo iemand weet dat hij inderdaad het coronavirus heeft, als oorzaak van zijn klachten, en dat hij het eventueel kan doorgeven. Dat is ook weer onderwerp van ons volgende OMT, aanstaande maandag. We zullen werken aan een parallel protocol om de mogelijkheid van meer testen en het zo goed mogelijk inzetten van die testen, met zo veel mogelijk effect op de bestrijding, parallel te doen gaan.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Krol, 50PLUS.

De heer Krol (50PLUS):

Ook mijn dank voor de presentatie. Ik moet zeggen dat ik echt blij verrast ben over de hoeveelheid informatie die we krijgen, ook van het Ministerie van Volksgezondheid. Ik wou het nog even hebben over de tests, hoewel ik mij realiseer dat u zegt dat we daar volgende keer meer over te horen krijgen. Ik krijg vooral heel veel reacties van mensen uit de thuiszorg. Die gaan van huis naar huis, van patiënt naar patiënt. Dat is al een kwetsbare groep en die mensen hebben het tot nu toe moeten doen zonder mondkapjes, zonder beschermende middelen. Die hoorden gisteren dat er nu een test beschikbaar komt. Een zucht van verlichting, maar meteen vroegen ze zich af: hoe zal dat straks gaan, waar moet ik me melden, bij de huisarts of ergens anders? Juist die mensen, met hun enorme inzet, zitten op uw antwoord te wachten.

De heer Van Dissel:

We zien dat als een groep waarop we die testen moeten focussen, zoals u kunt nalezen in de brief van het OMT van maandag. Er wordt veel over die testen geschreven. Een test kan beschikbaar zijn, maar je moet ook de logistiek hebben om van monster tot de uitslag en tot consequenties te komen. De groep die u noemt, wordt er als eerste bij betrokken, als we die testen kunnen uitbreiden, om ze te gebruiken. Dat zijn de zorgverleners die we juist veilig willen stellen, ook omdat ze eventueel de infectie kunnen overbrengen naar hun cliënten.

De heer Krol (50PLUS):

Nog even een heel korte vraag. Hoe kun je die mensen nu beschermen? Ze hebben nog geen testen en 1,5 meter afstand kan echt niet.

De voorzitter:

Meneer Krol, ik kon dit niet toestaan. Dit is misschien ook iets voor het debat. Een korte reactie van de heer Van Dissel, maar ik moet echt streng zijn, want anders redden we het niet qua tijd.

De heer **Van Dissel**:

Het enige wat ik daarop kan zeggen is dat in afwezigheid van testen 1,5 meter afstand, indien mogelijk, of de persoonlijke beschermingsmaterialen de oplossing bieden.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg, CDA.

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

Op de eerste plaats mijn dank aan de heer Van Dissel voor alle informatie en dat hij weer naar de Tweede Kamer komt. Ik zou graag nog even doorgaan op dat reproductiegetal. Meneer Van Dissel geeft aan dat de ziekenhuisopnames ook een afspiegeling zijn van het aantal besmettingen. Wij kunnen nog maar zeer beperkt testen, dus in die zin weten we nog heel weinig. Ik hoor ook dat er asymptomatische besmettingen zijn, dus mensen die in feite helemaal niks merken. Aan de andere kant las ik in een interview met uw hoofdontwikkelaar in Het Parool dat er superverspreiders zijn. Ik zou graag willen weten hoe u toch tot die daling van de R komt.

De heer **Van Dissel**:

Die daling geeft een gemiddelde aan, zoals ik net ook zei. Dat wil zeggen dat een heleboel infecties tot geen nieuwe infecties kunnen leiden, dit in antwoord op uw laatste vraag. Dan is de R effectief 0 op dat moment. We kennen uit de SARS-literatuur een heleboel voorbeelden waarbij een persoon plotseling twintig patiënten besmet; dat kan om een heleboel redenen zijn. Dan moet je twintig patiënten hebben die 0 doen om uiteindelijk op dat gemiddelde te komen. Dat zijn gebeurtenissen waarvan we nooit zeker weten of die niet gaan optreden.

De berekening hangt daar uiteindelijk niet van af. De berekening hangt af van het aantal nieuw opgenomen patiënten en het per patiënt kunnen vaststellen – dat doet de GGD – wat de eerste ziekte dag is. U kunt zich voorstellen dat de eerste opnamedag ook kan verschillen tussen huisartsen en doorverwijzers et cetera. Er wordt teruggegaan naar de eerste ziekte dag en op grond daarvan kan je voorspellen dat als zo'n persoon zonder enige interventie twee nieuwe zou besmetten, je binnen een serietijd twee nieuwe opnames zou verwachten. Op die manier valt dat te berekenen.

Voor de duidelijkheid, ik weet niet of ik «asymptotisch» gezegd heb. Ik denk dat ik «presymptotisch» gezegd heb. Dat is de vorige keer ook uitgebreid besproken. We weten van gevallen waarbij het virus zich in de neus vermeerderd en relatief nog weinig klachten geeft, maar soms in het neusvocht aanwezig is. Je kan je voorstellen dat als iemand dan aan zijn neus zit en vervolgens aan een deurknop en iemand anders pakt die deurknop vast, dat een manier is om het virus over te dragen. Wat we nog niet precies weten, is wat het aandeel is van de besmettingen die op zo'n wijze worden overgebracht, of via patiënten die veel meer klachten hebben. Ik denk dat we dat pas in een later stadium kunnen vaststellen. Ik wil wel benadrukken dat dit allemaal wordt meegenomen bij die R_0 en het feit dat je naar het ziekenhuis gaat. Het feit dat er pre- of bijna asymptomatische overdracht zou plaatsvinden, leidt er niet toe dat die R_0 niet te interpreteren is.

De **voorzitter**:

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

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

Mijn vraag gaat over besmettingshaarden, zoals meneer Van Dissel dat noemde, die we nu zien. In hoeverre zie je dat het lukt om ook een ring

rond die kwetsbare ouderen aan te brengen? Als dat niet lukt, wat zou daar aanvullend in behulpzaam zijn?

De heer **Van Dissel**:

U doelt waarschijnlijk op de verpleeghuizen als voorbeeld. Er zijn al heel veel maatregelen bij de verpleeghuizen genomen, die eigenlijk al heel erg ver gaan, in de zin van maatregelen met betrekking tot bezoek. Tegelijkertijd weten we dat verpleeghuizen ook verzorgend personeel nodig hebben. Dat brengt ook altijd een risico met zich mee van een keer een introductie van het virus. Het beste wat je kan doen, is het verzorgend personeel opnieuw wijzen op de allerbelangrijkste regel, dat zij zodra zij merken dat er klachten zijn, niet die verzorging doen, en zeker niet zonder beschermende maatregelen. Ik denk dat dat toch de belangrijkste maatregel is die we momenteel kunnen bieden.

Als we straks meer testcapaciteit hebben, is ook dit een groep waarop je die zou kunnen inzetten, om ook bij geringe klachten snel te kunnen vaststellen of het wel of niet het coronavirus is, want het heeft ook een heleboel consequenties voor de zorg zelf, als iedereen al bij geringe klachten niet aan het proces zou kunnen deelnemen. Ook dit is een voorbeeld waar meer testen een oplossing kan bieden, die uiteindelijk leidt tot meer gebalanceerde zorg in de verpleeghuizen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Hijink, SP.

De heer **Hijink** (SP):

Ik zou graag een vraag willen stellen over de sterftecijfers. We weten nu dat 1.039 mensen officieel zijn overleden aan dit virus. Maar we horen ook uit Brabant en van andere plekken dat het vermoedelijke aantal veel hoger ligt, als je met burgemeesters en met begrafenisondernemers et cetera praat. Dan vraag ik mij het volgende af. In de Wet publieke gezondheid staat dat als bij iemand vastgesteld is dat er een type A-ziekte is, of een vermoeden van een type A-ziekte, zoals het coronavirus, dat door artsen gemeld moet worden bij de GGD. Dan zou ik verwachten dat ook voor mensen die overleden zijn, geldt dat het gemeld wordt, als er een vermoedelijke of aangetoonde besmetting is met het coronavirus. Ik vraag me af waarom we die getallen niet scherp in beeld hebben en wat we eraan kunnen doen om die cijfers wel duidelijk te krijgen.

De heer **Van Dissel**:

Ik weet niet wat u precies verwacht dat ik daaraan kan doen, want dat hangt af van de meldingen, zoals u zelf al aangeeft. Wat wij wel kunnen doen om de cijfers scherp te krijgen, is kijken naar de totale sterftecurves, die ik ook illustreerde. Dat zijn de curves die blijken uit de registraties bij de gemeentes. Als personen overlijden, wordt dat gemeld. Die meldingen komen uiteindelijk allemaal terug in de grafiek die ik heb getoond, die golfbewegingen toont, die de griepsterfte toont en die straks ook de oversterfte door het coronavirus zal kunnen tonen.

De **voorzitter**:

Mevrouw Ellemeet, GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank voor uw heldere presentatie. Als ik u goed beluister, dan zegt u dat een van de belangrijkste indicatoren voor de effectiviteit van de maatregelen die R_0 is. Daarvan zegt u dat die steeds verder daalt, dus dat is een goed teken. Dat neemt niet weg dat de groep die besmet is, inmiddels zo groot is dat de druk op de ic's blijft stijgen en voor problemen zorgt. Mijn vraag ligt in het verlengde van die van de heer Asscher. We zitten nog met een probleem tot mei rond die ic's. U zegt dat de R_0 blijft dalen, dus dat

extra maatregelen nu geen zin hebben. Is het niet zo dat je met het aanscherpen van maatregelen die daling wel steiler kan laten zijn, waarmee je de problemen die in de praktijk ontstaan toch kan verminderen?

De heer Van Dissel:

Ik snap uw vraag goed. Kan je dat misschien toch niet beïnvloeden door meer te drukken op compliance, op het handhaven? De indruk is dat men het momenteel al heel redelijk doet. Ik heb net als voorbeeld genoemd dat er nauwelijks iemand in de trein is, of in het openbaar vervoer. Als ik hiernaartoe loop, is het ook buitengewoon stil. Het lijkt erop dat men zich heel goed houdt aan de voorgestelde maatregelen. U heeft natuurlijk gelijk: er kan een verspreiding zijn waarvan de gevolgen zich nog voordoen. Ook al gaat de R_0 omlaag, bij 1.000 komen er zelfs bij een R_0 van 0,2 toch weer 200 nieuwe. Dat houdt ook een risico in, als men weer zou gaan verslappen. Ik ben het dus zeker met u eens dat strikt handhaven en elkaar daarop aanspreken heel belangrijke onderdelen zijn, maar ik denk niet dat van 0,2 naar 0,1 gaan momenteel het verschil maakt. We weten natuurlijk van de nieuwe opnames op de ic's. Ik hoop dat collega Gommers ook het nodige kan zeggen over mensen die weer van de ic af kunnen, want dat wordt natuurlijk uiteindelijk ook een belangrijke parameter van hoe hoog die druk wordt. Nogmaals, het is absoluut de boodschap dat het de goede kant op lijkt te gaan, maar dat is op geen enkele wijze een boodschap om nu te verslappen. Ik denk dat dat toch de essentie van het antwoord nu is.

De voorzitter:

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

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Mag ik even voor de verheldering, voorzitter, om te zien of ik het goed heb begrepen? De heer Van Dissel zegt dat nu van 0,2 naar 0,1 gaan – dan is het dus nog iets scherper – in de praktijk voor de ic's geen verschil zou maken.

De heer Van Dissel:

Nee, als je het doorrekent ... U ziet in de grafieken dat we een piek bereiken en dat het daarna weer daalt. Dat is allemaal op de huidige maatregelen gebaseerd. Als we nu de R_0 , die dus al laag is, nog verder zouden verlagen, dan zijn de relatieve aantallen gering in de bijdrage die we al hebben berekend.

De voorzitter:

Mevrouw Ouwehand, Partij voor de Dieren.

Mevrouw Ouwehand (PvdD):

Voorzitter, dank. Dank aan de heer Van Dissel. Dank ook aan de heer Asscher en mevrouw Ellemeet, want ook mijn fractie heeft zorg over de piek die we nog op de ic gaan zien en stelt de vraag of we nu toch niet alles moeten doen om te voorkomen dat de zorg het dan niet aankan. Mijn vraag gaat over de verwarring die is ontstaan over de aannames die bij de modellen zijn gedaan. Ik wil even terug naar de modellen van vorige week, met al die lijnen. Er staat netjes bij: wij gaan uit van de aanname dat de ligtijd op de ic drie weken is. Is men bij de andere modellen uitgegaan van tien dagen? Begrijp ik dat goed? Van de presentatie van vorige week heb ik onthouden dat we uitgaan van drie weken op de ic, maar de communicatie dit weekend was: o, nee, we gingen uit van 10 dagen en dat veranderen we nu in 23. Dat begrijp ik niet.

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat ik dit al een paar keer heb genoemd. De communicatie in het weekend acht ik zelf zeer ongelukkig, omdat die in feite een situatie beschreef die zich al meer dan een week geleden had afgespeeld. Alle grafieken die u vorige week van mij heeft gezien, zijn al aangepast aan de Nederlandse gegevens van drie weken. Dat staat ook heel duidelijk in de grafieken aangegeven. Dat er een gesprek plaatsvindt waarin daarop wordt teruggegrepen en dat dit wordt gebracht alsof zich dat in het weekend afspeelde, daar kan ik verder weinig aan veranderen behalve deze verheldering die ik hopelijk vandaag heb gegeven.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Nee, ik ga echt geen twee vragen toestaan. Meneer Van Haga, wenst u een vraag te stellen aan de heer Van Dissel? Gaat uw gang.

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

Ja, graag. Ten eerste mijn dank aan de heer Van Dissel voor de informatie. Op de genormaliseerde lijst waarop het aantal doden per miljoen inwoners staat, staat Nederland op de zesde plaats met 61 doden per miljoen inwoners. Dat is naast San Marino, Italië, Spanje, Andorra en België. Kunt u op de een of andere manier verklaren waarom wij zo hoog op die lijst staan?

De heer **Van Dissel**:

Nee. Daar hebben we nog helemaal geen harde verklaring voor. Dat moet natuurlijk worden uitgezocht als van alle landen helder is wat daar de daadwerkelijke sterfte is. Ik denk dat we die gewoon niet weten. De sterfte die nu in de verschillende landen wordt opgegeven – dat hoor ik ook terug van collegae en, voor de duidelijkheid, dat geldt net zo goed voor Nederland – hangt natuurlijk af van de vraag hoeveel er is getest en of alle personen worden getest die komen te overlijden. We constateerden net al dat dat nu niet het geval is. Dat betekent dat de verschillende getallen daarover, zeker tussen landen, buitengewoon ingewikkeld en in wezen niet goed te interpreteren zijn. Het kan ook zijn dat er verschillen zijn in beleid naar de ic toe. We weten dat er een heel groot verschil is: kan een ic-behandeling die zo lang duurt succesvol zijn bij iemand die heel oud is? Er kunnen dus ook bepaalde cultuurverschillen spelen met betrekking tot de ic-opnames. Als zo'n ic-behandeling niet langer zinvol wordt geacht, treedt daardoor in andere landen wellicht nog een sterfte op na een lange periode. Maar het blijft momenteel gissen. Ik denk dat we wat dat betreft toch moeten wachten op de harde sterftecijfers. Die kunnen wij nu al tonen, tot ongeveer anderhalve week terug, in de grafiek waarin de curve wat op en neer loopt en waarin ook de griepsterfte staat. Uiteindelijk moet je naar de oversterftecures kijken om de harde getallen te zien. Die worden natuurlijk ook in andere landen bijgehouden. Ik denk dat je dan een meer zinvolle vergelijking kan maken tussen de landen zelf.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Van Kooten-Arissen.

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

Voorzitter. Ook mijn dank aan de heer Van Dissel voor de uitgebreide presentatie. Ik heb een vraag over de dalende R_0 . De R_0 wordt berekend op basis van het aantal opnames in het ziekenhuis en op de ic. Nu is er een soort ontmoedigingsbeleid gaande. Mensen worden gebeld door hun arts met de vraag: zou je dat nou wel doen? Het staat even los van de vraag, maar ik vind het echt afschuwelijk dat dit gebeurt. Er worden dus minder mensen opgenomen in het ziekenhuis dan normaal. Als er geen gebrek aan capaciteit zou zijn, dan zouden meer mensen in het ziekenhuis worden opgenomen. Maar dit is wel waarop de R_0 is berekend. Mijn vraag

aan de heer Van Dissel is: wordt die R_0 nu niet te laag ingeschat doordat je de mensen mist die nu niet worden opgenomen in het ziekenhuis, maar die in andere omstandigheden wel degelijk in het ziekenhuis zouden moeten worden opgenomen?

De heer **Van Dissel**:

Het antwoord is eigenlijk: nee. De reden daarvoor is dat je een voldoende grote dataset moet hebben van personen van wie je de begindatum weet. Dan kan je het als het ware berekenen. Stel je hebt één persoon op dag één. Je verwacht een R_0 van bijvoorbeeld 2 en tussen de verschillende cycli van infecties heb je een periode van, laten we zeggen, drie à vier dagen. Dan kun je bij zo'n persoon berekenen dat hij over vier dagen twee personen zou moeten geven. Als de ziekenhuisopnames uiteindelijk maar een representatie geven van wat er in de bevolking gebeurt – ongetwijfeld zijn er selecterende factoren, zoals u zelf terecht aangeeft – dan kan dat een kleine invloed hebben, maar uiteindelijk zal dat die curves niet bepalen. Ik denk dus dat de invloed daarvan echt gering is en dat de afname die wij zien, een realistische afname is. Voor de duidelijkheid: die heb ik u laten zien voor de ziekenhuisopnames. Voor de ic-opnames kan je die apart berekenen. Het is dan niet zozeer de eerste dag, maar gewoon de eerste dag dat men op de ic is. Dan kom je eigenlijk op soortgelijke grafieken uit. Die lopen natuurlijk wat achter, omdat je dan echte opnames meet. We hebben het dus op verschillende manieren gedaan, maar we vinden allemaal dezelfde trends. Ik laat u hier eigenlijk maar één van de verschillende manieren zien.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Dik-Faber, ChristenUnie.

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

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de heer Van Dissel voor de presentatie. Op de website van het RIVM staat een vraag: heeft het zin om een mondkapje te dragen om je te beschermen tegen COVID? Ik krijg heel veel vragen hierover, maar die zijn dan net een beetje anders geformuleerd: heeft het zin om een mondkapje te dragen om anderen te beschermen tegen COVID? Mensen stellen die vraag omdat ze kijken naar wat er gebeurt in Tsjechië en in Oostenrijk. Natuurlijk, als je klachten hebt: blijf thuis. Dat advies is het allerbelangrijkste. Maar we weten ook dat er in de presymptomatische fase overdracht kan plaatsvinden. Bij klachten moet je thuisblijven, maar als je dan toch de deur uitgaat, is het dan niet verstandig om een mondkapje te dragen om anderen te beschermen? Dat is mijn vraag. Ik zie dit ontzettend vaak terugkomen. Mensen gaan ook zelf aan de slag om mondkapjes te maken. Ik zou daar heel graag een reactie op willen. Ik mis die vraag echt op de website van het RIVM.

De heer **Van Dissel**:

Dan moeten we die vraag toevoegen, want het realistische antwoord is gewoon nee. Als iemand ziek is, heeft het dragen van een mondkapje misschien zin om verspreiding binnen de directe omgeving tegen te gaan. Maar dat is niet in de zin zoals u het noemt, want dan kom je juist weer terug bij de maatregel dat je bij de geringste klachten gewoon niet naar buiten moet gaan en in isolatie moet gaan totdat helder is hoe die klachten zich ontwikkelen. Als we dat loslaten, zien we straks allemaal mensen met mondkapjes lopen die geringe klachten hebben maar vinden dat die misschien nog onvoldoende zijn. Dat wil je juist niet. Het tweede lijkt me ook ingewikkeld. Als mensen met milde klachten toch mondkapjes dragen, haal je ze er zo uit. Dat lijkt mij ook een probleem op straat te geven. Ik snap uw vraag goed, hoor. Er zijn situaties waarin we mondkapjes aan patiënten geven, waarmee we proberen de besmetting te beperken in bijvoorbeeld het ziekenhuis. Maar dat zijn dan zieke patiënten

die rondhoesten. U sprak over asymptomatisch, maar dan weet je dat niet, dus ook niet of je een mondkapje moet dragen. Het is zo simpel als dat; je weet het dan gewoon niet. Bij presymptomatisch is het handen wassen vele malen belangrijker dan een mondkapje, omdat de eerste overdracht vanuit replicatie in de neus en via neusvocht voornamelijk via de handen en de vingers gaat. Je kan dan veel beter zorgen dat je je handen wast dan dat je een mondkapje opzet, want je hoest en niest dan nog niet.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Baudet, Forum voor Democratie.

De heer Baudet (FvD):

Veel dank. Een van de belangrijkste thema's is natuurlijk het testen en dat er steeds gezegd is dat er niet genoeg tests zijn. Dat is ook waarom we de verspreiding en de precieze dreiging van het virus lange tijd – en misschien is dat nog steeds het geval – niet goed konden inschatten. Daarom zijn nu dus heftige maatregelen genomen. Dat is uit voorzorg, omdat we niet precies weten hoe impactvol dit virus nu eigenlijk is. Afgelopen zondag bereikten mij berichten van diverse medici die werken in laboratoria dat zij om 19.10 uur een e-mail kregen van het RIVM met de vraag «inventarisatie: hoeveel testmogelijkheden zijn er eigenlijk?». Kunt u bevestigen dat die e-mail gestuurd is? Zo ja, kunt u dan ook uitleggen hoe het in vredesnaam mogelijk is dat die e-mail niet al een maand geleden gestuurd is? We hebben steeds doorgekregen dat er niet genoeg tests zijn, maar uit deze e-mail zou je kunnen afleiden dat we überhaupt niet eens weten hoeveel testmogelijkheden er zijn.

De heer Van Dissel:

Dat is een goeie vraag. Ik kan me voorstellen dat dit verwarring oplevert als je dit zo hoort. Er zijn bij herhaling uitvragingen gedaan. Deze laatste uitvraging komt waarschijnlijk van de taskforce die rondom de DSM-voorzitter geformeerd is. Die probeert in zo kort mogelijke tijd het testen zo veel mogelijk uit te breiden. Dat hangt niet alleen af van de kits die we proberen te krijgen, maar ook van het personeel. Dat is allemaal nog eens geïnventariseerd. Ik wil u eraan herinneren dat we al langer een taskforce hebben op het Ministerie van VWS, waar verschillende groepen in meedoen, met name de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie, waar zich natuurlijk ook de virologische laboratoria onder bevinden. Die hebben al weken terug – ik weet niet of dat hier besproken is, maar het is zeker in de media besproken – dit soort inventarisaties gedaan. Misschien doelt u daar vooral op. Nu is de inzet dat er nog veel meer personen betrokken gaan worden bij het uitvoeren van testen. Dan wordt er ook aan gedacht om laboratoria erbij te betrekken die zich niet in het domein van de klassieke medische microbiologische laboratoria bevinden. Dat geschiedt nu onder de nieuwe taskforce. Daarbij is het net zo belangrijk om de testen zelf binnen te krijgen, maar daar is ook meer zicht op. Er is met name geïnventariseerd om te kijken hoe we van de huidige aantallen drie, vier keer meer kunnen maken. Dat is waarschijnlijk de inventarisatie waar u op doelt. Maar nogmaals, dit is bepaald niet de eerste keer dat gewoon gekeken wordt hoeveel testen er beschikbaar zijn in Nederland – daar is gewoon schaarste in, hoe je het ook wendt of keert – en hoe we die het beste kunnen inzetten. Dit is vooruitlopend op een aantal andere vragen, namelijk als dat geweldig toeneemt en ook het aantal verschillende testen toeneemt. We krijgen sneltesten, we krijgen sero-immuniteitstesten, we krijgen andere testen op de keel en we hebben testen op verschillende platforms. We willen niks liever dan die aantallen omhoog brengen. In het OMT gaan we nu al na hoe we dat het beste

kunnen escaleren met de meeste opbrengst. Ik denk dat u dit daarmee volledig congruent moet zien: dit is allemaal weer om dat voor elkaar te krijgen.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de ronde van vragen aan de heer Van Dissel. Ik dank de heer Van Dissel wederom voor zijn uitvoerige presentatie en het beantwoorden van de vele vragen. Ik stel een wisseling van de wacht voor.

Hartelijk welkom, zeg ik in de richting van de heer Gommers van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care en mevrouw Van Diemen-Steenvoorde, inspecteur-generaal van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. De heer Gommers heeft aangegeven een aantal slides te willen laten zien bij zijn presentatie. Ik geef hem graag het woord. Misschien is het praktisch dat ik daarna mevrouw Van Diemen-Steenvoorde het woord geef, waarna we één vragenronde doen. Ik geef eerst het woord aan de heer Gommers.

De heer Gommers:

Dank u wel. Ik wil met u zeven slides doornemen. Hier ziet u de eerste slide. Ik wil aandacht vragen voor mijn collega's, die dit fantastisch hebben opgepakt, zodat we de meest actuele data over COVID kunnen doornemen. De Stichting NICE is eigenlijk de dataverzameling van intensivereafdelingen in heel Nederland. Die gebruiken we eigenlijk voor benchmarking om de kwaliteit onderling te vergelijken. Dat gebeurt eigenlijk altijd achteraf in halfjaarlijkse of jaarlijkse rapporten. Op de volgende slide ziet u de grafiek zoals u die kunt vinden op de website van de Stichting NICE. Je ziet de afgelopen periode. De blauwe bolletjes zijn de aantallen COVID-patiënten die ingevuld worden door de intensivisten. Dat zijn eigenlijk de meest betrouwbare data die we op dit moment hebben. Bij die groene bolletjes helemaal rechts, van de afgelopen dagen, kunnen nog wat patiënten komen, omdat de registratie wat achterloopt. Op de website kun je op zo'n bolletje klikken en dan zie je de absolute getallen. Je ziet een stijging tussen 25 en 28 maart van een kleine honderd ic-patiënten die er per dag in heel Nederland bij komen. Dat is dan netto: het aantal patiënten minus het aantal patiënten dat mogelijk is overleden dan wel de afdeling heeft verlaten. Als je het positief ziet – daar hebben we af en toe wel behoefte aan – stel je vast dat het afgelopen weekend de bolletjes wat meer naar elkaar toe komen en dat de stijging mogelijk richting 60 per dag gaat. Waarom is dat? Dat zie je eigenlijk in deze grafiek. Zoals net is gezegd, liggen patiënten drie tot vier weken op de ic. We hebben nu al patiënten die mogelijk vijf weken op de intensive care liggen, maar we zien gelukkig ook die rode lijn, die onderste lijn, die aangeeft dat patiënten de intensive care verlaten. Op dit moment hebben 40 patiënten de ic verlaten, ofwel naar een gewone afdeling, ofwel naar een revalidatiecentrum. Er zijn ook een paar jonge patiënten die weer thuis zijn. Dat zorgt ervoor dat de toename van het netto-effect per dag begint af te nemen. Dat zie je helaas ook in de blauwe lijn: het aantal patiënten dat overlijdt op de intensive care zit nu op bijna 175. Dat is van de in totaal 1.400 patiënten nog maar 12%. Maar je kunt pas achteraf zeggen wat de daadwerkelijke mortaliteit is geweest op de intensive care. Hier zie je een verdeling naar leeftijdsgroepen – het is misschien niet helemaal scherp te zien – en de percentages van de opnames op de intensive care. Dan zie je dat de kleinere bolletjes helemaal rechts nog wel tussen de 80 en de 90 zijn, maar de grootste groep is tussen de 70 en de 80 jaar. Je ziet ook dat er mensen worden opgenomen tussen de 40 en de 50 en zelfs daaronder. Rechts zie je de verdeling van de mensen die spijtig genoeg zijn overleden. Dan zie je dat er geen patiënten onder de 50 zijn overleden, als ik het goed zeg, maar vooral patiënten uit de oudere groep, zoals ook de verwachting was.

Hier staan de absolute getallen. We zullen niet ingaan op de details, maar wat we wel kunnen zien is de verdeling per regio. De getallen in NICE helpen ons om op detailniveau te zien wat er in de verschillende ROAZ-regio's gebeurt. Hier staan de intensivercare regio's. Die hebben een iets andere naam dan de ROAZ-regio's, maar ze komen ongeveer overeen. Als je in detail kijkt, zie je het op de onderste balk – dat is Zuidwest-Nederland, het Brabantse ROAZ – wat afvlakken. Daar is minder stijging. Je ziet de stijging in deze tabel vooral in de regio West, dat is Den Haag-Leiden, en in Zuid-Holland op dit moment.

Dit is eigenlijk de belangrijkste dia, en het is ook mijn laatste dia. Die wil ik met u doornemen en dan wil ik graag mijn collega Van Diemen het woord geven, want dit is een belangrijk item. Hier staat een tabel die we overgenomen hebben uit het artikel dat eronder staat van collega Hick. Er is een consensus geweest in 2014 over hoe je, als je in een ramp terecht komt, moet gaan opschalen. Hoe moet je dan zorgen dat je ziekenhuisbedden en in ons geval nu intensivercarebedden erbij krijgt? Vorige week begonnen we in de groene balk, de conventionele. Ik heb een stippelijntje gezet, zoals we ook met u gecommuniceerd hebben, dat we in Nederland ongeveer 1.150 ic-bedden hebben, waarvan we konden gaan tot 575 COVID en 575 non-COVID. Aan die groene balk is ook belangrijk dat dat de kwaliteit is die wij kunnen leveren naar de standaard van Nederland. Daar staat ook bij dat je die groene misschien een klein beetje kan oprekken. Dat kan dan tot ongeveer 20% extra, dus dan zit je op 120%. Dan vonden wij nog steeds dat er zorg geleverd kon worden volgens de kwaliteitsmaatstaven van de Nederlandse intensivercarezorg. We zijn nu over op de tweede fase, die heet de opschalphase, hier in het geel. In die fase ga je – dat staat ook bovenin in dit blokje – intensivercare leveren buiten de intensive care. Dat hebben we ook met u besproken. Dan ga je patiënten beademen en ic-zorg leveren op uitslaapkamers, op operatiekamers, op medium cares, op gewone afdelingen die je dan inricht als ic's. Daar gebruik je dan ook al personeel voor van de operatiekamers – anesthesiologen, operatieassistenten, anesthesiemedewerkers – maar je vraagt ook aan je ic-personeel om al op te rekken. Dat betekent dat je een ic-verpleegkundige die gewend is om voor maximaal twee patiënten te zorgen, moet vragen – dat doen wij nu – om voor drie en misschien wel vier personen te zorgen, en dat geeft echt spanning. Ik heb net een telefoontje gehad met de voorzitter van de V&VN, dat is de beroepsvereniging van verpleegkundigen, en dat geeft echt spanning. Die verpleegkundigen voelen de druk en de stress dat je, als je vier patiënten moet verzorgen, niet meer helemaal in control bent en dat je misschien ook fouten maakt. Daar kunnen essentiële fouten bij zitten waardoor patiënten komen te overlijden. In die fase zitten we nu. We hebben als NVIC afgelopen week gevraagd of alle intensive cares in Nederland naar het einde van deze gele fase willen gaan, dus of ze alsjeblieft willen opschalen naar 200%, zoals in de gele kolom staat. Je kan twisten over het getal, maar voor de Nederlandse intensive cares hebben we dit getal gebruikt: 2.400 ic-bedden. Onze schatting is dat je dan 1.900 COVID-patiënten kunt behandelen en 500 non-COVID-patiënten op de ic. Daarna kom je eigenlijk in een crisissituatie. Ik heb opgeschreven dat het dan een besluit van de Minister is. Je levert dan eigenlijk zorg buiten de intensive care om. Ik weet niet hoe we dat gaan doen. Ik wil daar graag met u over in ... Nou ja, geen discussie, maar we weten het eigenlijk niet. Daarover wou ik graag het woord geven aan mijn buurvrouw.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Mag ik in de richting van de leden maar ook de mensen die deze presentatie thuis volgen, opmerken dat deze presentatie ook op de website van de Tweede Kamer terug te vinden is? Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Van Diemen-Steenvoorde. Gaat uw gang.

Mevrouw Van Diemen-Steenvoorde:

Dank u wel, voorzitter. Kijkend naar dit plaatje, zou je direct daarop in kunnen springen. Het lijkt me goed om toch naar het hele verhaal te kijken: wat is het effect op dit moment van deze pandemie op de Nederlandse gezondheidszorg? Want het is meer dan alleen de ic-bedden. Het is meer dan wat zich nu in de ziekenhuizen afspeelt. Wat het voor professionals betekent om hier hun werkzaamheden te doen. Wat het ook aan angst betekent voor patiënten die chronische aandoeningen hebben. En dus wat de impact is op iedereen hier in Nederland, zeker als je van burger patiënt bent.

Ik denk dat we niet genoeg waardering en erkenning kunnen uitspreken voor iedereen die zich hiervoor inzet en voor alle creatieve oplossingen die door vrijwilligers, door iedereen bedacht worden. De inspectie ziet dat elke dag. Ook dat is belangrijk om samen door dit verhaal heen te komen. Ik zou twee elementen willen belichten, twee beelden willen geven. Het eerste gaat over als je patiënt wordt en een coronavirusinfectie doormaakt. Het tweede gaat over de effecten van deze epidemie op de rest van de gezondheidszorg in Nederland. Als we dat bij elkaar brengen, dan kijk je volgens mij naar continuïteit, naar veiligheid en naar kwaliteit van zorg in Nederland. Dat is zeker belangrijk in een tijd dat je in een situatie bent beland die wij nog nooit hebben meegemaakt en waarin we in Nederland maar ook over de hele wereld op deze manier met zo'n virus worden geconfronteerd.

Ik wil over COVID-19 het volgende zeggen over een paar leerlijnen over wat er de afgelopen weken al geleerd is in relatie tot de crisis die in Brabant is ontstaan: wat de impact is op patiënten, wat de impact is op naasten en wat de impact is op professionals. Daar sprak de heer Gommers net ook al over.

De impact op patiënten bij de ziekenhuisopnames is enorm. Ik weet niet of u al wat meer beelden daarbij hebt gekregen, ook uit de gesprekken die u voert met naasten. Als ik iets heb meegemaakt in Brabant, is het dat het een verhaal is van totale ontredde van een samenleving waarin iedereen betrokken is bij deze problematiek. De opnames in de ziekenhuizen hebben geleid tot de leerervaring dat die omgeving voor mensen een bijna gerobotiseerde omgeving is. Dat iedereen in kledij rondloopt en dat je familie niet meer aanwezig is. Dat het voor de mensen die die ernstige longontsteking krijgen, een longontsteking die we eigenlijk op deze manier nooit gekend hebben bij een virusinfectie, tot zulke dramatische gevolgen leidt, zowel voor de klinische opname als uiteindelijk ook voor de intensievecareopname van meerdere weken, waarbij eigenlijk alles uiteindelijk uitvalt. Dat is de situatie van die opnames in het ziekenhuis en de effecten op patiënten en hun naasten. Met name dat familie nauwelijks aanwezig kan zijn, is in zo'n situatie dramatisch. Als je naar zo iets kijkt, dan zie je dat dit ertoe heeft geleid dat ook de professionals traumatische ervaringen opdoen. Dat is eigenlijk wat de heer Gommers ook al aangeeft. Je maakt de intensiteit mee van dit werk, dat je op die manier nooit hebt gedaan. Mensen sterven in je armen. Meerdere mensen met dezelfde problematiek liggen op een rij. De familie is er niet bij. Je moet het als zorgverlener alleen doen, samen met het team. Ook daaraan zie je dat de bescherming en de begeleiding van de professionals ongelofelijk belangrijk is. In Brabant zie je dat die effecten nu ook worden vertaald in begeleiding van de teams die werkzaam zijn in de ziekenhuizen of daarbuiten. Dat is denk ik de leerervaring die daaraan verbonden is. In de eerste fase, waarin mensen werden opgenomen in ziekenhuizen, werd geleidelijk aan duidelijk dat de mensen niet allemaal naar het ziekenhuis moeten, maar dat het ook belangrijk is dat, als dat kan, zorg thuis wordt verleend of in een eerstelijnsverblijf of in een zorghotel. Dat is wat in de afgelopen weken als eerste in Brabant is ontwikkeld: samen met ouderenzorginstellingen, samen met alle instellingen, met de huisartsen en met de wijkverpleging tot een verhaal komen, om zorg ook thuis of in een andere

omgeving buiten de ziekenhuissetting te kunnen bieden. Daardoor komt juist de menslievendheid van de zorg weer centraal te staan. Dat is een heel belangrijk moment, waarop de behandelwensen van mensen zo naar voren komen.

Dat is een belangrijke ervaring die direct effect heeft gehad. Dat zie je in zo'n crisis. Dat vind ik echt ongelooflijk mooi om te zien. Je ziet dat we continu leren en dingen aanpassen. Wat we de eerste week deden en niet begrepen, leidt al in de tweede week tot veranderingen.

U heeft ook gezien wat er door de groei van het aantal patiënten in Brabant gebeurde: de intensive-careafdelingen raakten overvol. Dat heeft ertoe geleid dat de inspectie tien dagen geleden zei: er moet een landelijke coördinatie komen. Die hebben we neergelegd bij het Landelijk Netwerk Acute Zorg, want dat hebben we in Nederland. Op die manier kan men verbonden zijn met alle regio's, met de ROAZ'en. Op die manier kan men inzicht krijgen in waar er plekken zijn en waar patiënten naartoe kunnen. Maar dan kom je, zoals de heer Gommers zegt, in die tweede fase terecht, in het model waarbij je je zorg eigenlijk totaal anders aan het inrichten bent dan een maand daarvoor nog heel gewoon was. In die gele fase, waarin je je zorg anders inricht en waarin patiënten over het hele land worden verspreid – in het verleden deden we dat niet en probeerden we patiënten in de regio te houden; we deden alles om het zo goed mogelijk bij de patiënt te houden – doe je van alles onconventioneel. Dat is wat de tweede fase is. Het landelijk centrum, dat eigenlijk in tien dagen tijd is gaan functioneren, laat nu dagelijks zien waar de plekken zijn voor mensen met een COVID-19-infectie, waar plekken zijn in de kliniek en waar plekken zijn op de intensive care, maar ook waar de plekken zijn voor de niet-COVID-patiënten. Want ook voor hen is acute zorg gewoon nodig. Ook dan is allerlei zorg nodig, die je ook moet kunnen plannen en waar ook ic-bedden voor nodig zijn. Dat centrum is nu dus goed geëffectueerd. Het werkt in de praktijk. Daardoor kunnen verbindingen gelegd worden en kunnen we ook inzicht houden in de continuïteit van zorg. Dat is heel essentieel als de bedden ook in andere regio's, zoals nu in Zuid-Holland, vol komen te liggen. Wat er dan gaat gebeuren, bleek al uit het verhaal van Jaap van Dissel.

Terug naar de stadia, want daar zit nu een heel belangrijk vraagstuk gelet op de groei van het aantal bedden dat we hebben. Hoe houden we de aanvaardbare kwaliteit vast? Dat is de verhaallijn die nu volop met de professionals wordt besproken. De professionals hebben de afgelopen periode leidraden gemaakt. Huisartsen, intensivisten, specialisten en specialisten ouderengeneeskunde hebben vanuit hun kennis en kunde met elkaar bekeken op welke manier je nu nog verder aanvaardbare kwaliteit zou kunnen garanderen. Dat heeft tot een aantal hele mooie leidraden geleid. Een van die vragen was: als uiteindelijk een grens wordt bereikt en we toch moeten zeggen dat de professionals het niet meer met elkaar kunnen realiseren, hoe dan verder? Ook die vraag, hebben we gezegd, moet nader uitgewerkt worden. Dat zullen we een verdieping moeten geven. De inspectie heeft de federatie en de KNMG ook de opdracht gegeven om zicht te krijgen op wat het betekent als we met elkaar vaststellen dat we de aanvaardbare kwaliteit niet meer kunnen realiseren. Alles wordt eraan gedaan om dat te voorkomen, via ideeën over Duitsland en andere manieren om toch nog meer bedden te hebben en het te stretchen. We proberen om de grens niet te bereiken. Maar het is wel iets wat uitgewerkt moet worden, in deze tijd waarin we in deze ongekende situatie zijn terechtgekomen.

Dat over COVID. Het andere verhaal is de reguliere zorg in Nederland, of het nou over de geestelijke gezondheidszorg gaat of over de gehandicaptenzorg, over de ouderenzorg, over al die mensen die te maken hebben met de effecten van de pandemie en de maatregelen die we met elkaar nemen. Dat vraagt ook aandacht. Het gaat dan bijvoorbeeld ook om de jeugdhulp, de wijze waarop kinderen wel of niet nog extra zorg krijgen, en

de ggz, waar wachtlijsten ontstaan omdat bepaalde behandelingen nu niet kunnen plaatsvinden. Er zijn ook hier heel veel creatieve oplossingen, ziet de inspectie. Maar tegelijkertijd is dat voor de komende tijd, nu we ook weer langer doorgaan met de maatregelen, echt een aandachtspunt voor ons allemaal. We moeten naar het geheel blijven kijken, ook naar de uitgestelde zorg. We hebben nu bijna coronastraten; een deel van het ziekenhuis is volledig ingericht op coronazorg. Maar er is ook een ander deel, dat gewoon moet doorgaan. Dat betreft uitgestelde zorg en semispoedzorg. Spoedzorg is altijd doorgegaan. Maar de semispoed, hoe ben je daarmee omgegaan in de afgelopen weken? En hoe gaat dat nu we de komende weken met deze fase moeten doorgaan? Ook daar vragen we aandacht voor. Wij zijn met de specialisten en de zorgorganisaties bezig om te kijken hoe we weer een balans kunnen krijgen, zodat je zorg krijgt als je kanker hebt of een hartinfarct krijgt. Want mensen gaan ook zorg mijden. Dat zien we ook. Mensen worden ook angstig. Huisartsen hebben veel minder bezoeken voor de reguliere zorg. Hoe vragen we daar aandacht voor? Hoe kunnen we met de praktijkondersteuning gaan kijken zodat mensen weer de zorg nemen die ze nodig hebben? Uitstel moet niet tot afstel leiden. Het mag ook niet te lang duren.

Dat even als basis. Over al die andere onderwerpen, van beschermingsmaatregelen tot veilige zorg, gaat de inspectie ook, net als over geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. Maar laat ik hier vooral aandacht vragen voor de balans die we nodig hebben in de totale gezondheidszorg.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Ik wil overgaan tot de vragenronde. Mag ik u allen vragen om aan te geven aan wie u de vraag stelt? En stel graag een korte, bondige vraag, want we zouden deze briefing om 12.00 uur afronden. Allereerst mevrouw Diertens van D66, gaat uw gang.

Mevrouw Diertens (D66):

Ik deel uw zorgen helemaal. Ik ben blij dat de inspectie hiervoor oog heeft, omdat het ook de samenleving betreft. Via Google heb ik artikelen gezien over duivelse dilemma's als je in een andere fase terechtkomt. Die eindverantwoordelijkheid ligt bij de overheid en niet bij de medische staf, heb ik begrepen. Mijn vraag is dan ook: als de Minister deze crisissituatie afkondigt, in hoeverre zijn de richtlijnen dan goed? Ik begrijp dat er sinds 2012 protocollen zijn voor dergelijke pandemie-uitbraken. Ik ben het ermee eens dat goed medisch handelen voorop moet staan, maar ik wil heel graag weten of die protocollen er zijn, of die zijn bijgesteld en wat dat voor deze scenario's gaat betekenen, bijvoorbeeld voor de ic-capaciteit. En vooral ook: wat staat daarin?

De voorzitter:

Dank u wel. Uw vraag was in de richting van mevrouw Van Diemen. Gaat uw gang.

Mevrouw Van Diemen-Steenvoorde:

We hebben de federatie en de KNMG gevraagd om juist in deze pandemie, die weer een heel totaal andere context kent dan in het verleden, een verdieping aan te brengen in welk kader je daarbij zou moeten gebruiken. Daar zijn ze op dit moment zeer actief mee bezig. In dat proces ga ik morgen weer in gesprek over wat daaruit naar voren is gekomen en wat het betekent voor het maatschappelijk verhaal, dus hoe je, als je dit soort besluiten neemt, dat breed moet kunnen delen met het publiek: wanneer zou je een dergelijke fase kunnen afkondigen, welke rol heeft de inspectie daarin en welke rol de Minister? Dus die uitwerking in deze pandemie hebben we heel expliciet belegd om een verdiepingsslag aan te geven. In de stukken die ik tot nu toe kreeg, vond ik dat onvolgende uitgewerkt.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Het gaat mij echt om de ic-capaciteit en de artsen die op dat moment hun werk moeten doen.

De heer **Gommers**:

Ik heb gepoogd uit te leggen dat voor ons op dit moment die grens bij 2.400 ligt. Dat is 1.900 COVID en 500 non-COVID. Van collega Van Dissel hebben we net gehoord dat die groei misschien nog verder gaat. Dat zou betekenen wat daar links staat. Ik weet niet of we nog verder kunnen opschalen. Collega Van Diemen zei het al: dan moet je met de andere specialisten, met die triages en die leidraden, proberen de vraag naar ic-bedden zo laag mogelijk te houden, omdat je dan bij die kritische grens komt. Zouden we dan patiënten naar Duitsland kunnen brengen? Ja, dat zou je dan ook tot een maximum moeten doen. Als het gat daadwerkelijk 500 patiënten is, mijn zegen heb je dan om 500 patiënten naar Duitsland te brengen. Dat is wat we met elkaar moeten doen.

De **voorzitter**:

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

De heer **Asscher** (PvdA):

Ik heb een vraag aan de heer Gommers. Dank voor al uw goede werk. Het Outbreak Management Team adviseerde gister om de coördinatie door het Erasmus MC verder aan te scherpen. Is dat nu gebeurd? Heeft u wat u nodig heeft om in ieder geval die gele fase zo lang mogelijk vol te houden?

De heer **Gommers**:

Waar het Outbreak Management Team of het landelijk coördinatieteam ons bij helpt, is om directiever de collega's de opdracht te geven om maximaal op te schalen. Dat is dan richting directies van ziekenhuizen. Dan gaat het niet alleen over ic-bedden, maar ook over ziekenhuisbedden en de non-coronazorg. Die is nu directiever en daar ben ik zeer tevreden mee.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Azarkan, DENK.

De heer **Azarkan** (DENK):

Dank, voorzitter. En wederom dank aan de aanwezigen en in het bijzonder de heer Gommers, die tussen alle hele moeilijke klussen door tijd maakt om ons hier bij te praten. Hij doet dat met heel veel duiding en rust. Ik vind het ongelooflijk knap. Uit het verhaal van de heer Gommers begrijp ik dat op enig moment de ic-specialisten en -verplegers met de handen in het haar zaten, omdat het aantal mensen maar niet afnam. De modellen gingen uit van tien dagen. Ik hoor net de heer Gommers zeggen: patiënten liggen drie, vier en soms vijf weken op de ic. Hoe gaan we dit oplossen? Vorige week hadden we de oproep van de heer Gommers dat er beter verdeeld moet worden, dat er sneller en landelijk gecoördineerd moet worden om te voorkomen dat er veel druk in de regio ontstaat. Ik concludeer dat het bij de opschaling naar 1.600 ic-bedden, waar vorige week heel veel druk op is gezet, enigermate is gelukt om de kwaliteit van ic te kunnen aanbieden. Hoe zit dat met die stijging van 1.600 naar 2.400? Wat is dan nog de kwaliteit van ic die wordt aangeboden?

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Gommers.

De heer **Gommers**:

We hebben iedereen de opdracht gegeven om te verdubbelen. Als je normaal 12 ic-bedden hebt, moet je er alsjeblieft 24 hebben. In het Erasmus heb ik er 44. Wij zitten nu op 106. Dat is een beetje waar iedereen die opdracht zoekt. Gisteren kregen wij door dat er al 1.900 ic-bedden in Nederland zijn. Dat is de opdracht die we met elkaar hebben. In die gele fase hebben we al iets aan kwaliteit ingeboet ten opzichte van een maand geleden. We doen het niet meer binnen de muren van de intensive care, we doen het niet alleen maar met gekwalificeerd ic-personeel, zoals in de kwaliteitsstandaard staat, maar we hebben de protocollen op orde en we hebben wel anesthesiologen, anesthesiemedewerkers en ok-assistenten. We hebben die mensen zo goed als het kan opgeleid en we vinden nog dat we aanvaardbare, kwalitatief goede zorg leveren. Maar het is wel anders dan een maand geleden.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Veldman, VVD.

De heer **Veldman** (VVD):

De heer Gommers verzuchtte vorige week dat hij een wat directievere, misschien wel wat meer militair aangestuurde operatie wilde hebben voor enerzijds het zorgen voor voldoende capaciteit en anderzijds de spreiding van patiënten die op de intensive care moeten worden opgenomen over Nederland. In antwoord op een vraag van de heer Asscher gaf de heer Gommers al een beetje aan: dat gebeurt nu meer. Ik heb begrepen dat er vanuit dat landelijk coördinatiecentrum nu een apart ICT-systeem is opgetuigd. Voegt dat iets toe aan wat u al heeft, of zijn er nog meer dingen die u nodig heeft in die directieve aanpak die er nu niet is?

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Gommers.

De heer **Gommers**:

Ik krijg nog steeds berichten binnen dat ziekenhuisdirecties hun kaarten tegen de borst houden. Het is nog niet zo transparant dat wij daadwerkelijk weten hoeveel bedden er in ieder ziekenhuis zijn voor niet-coronazorg en hoeveel bedden er zijn voor coronazorg. Dat kan dus beter. Wat we wel weten, is dat zo'n NICE-databasesysteem goed werkt. Wij werken ook goed met zorgcapaciteit, maar dan moeten mensen dat wel adequaat en naar waarheid invullen. Daar gaat de NVIC niet over, daar gaat het landelijk coördinatiecentrum over. Dat zijn aspecten die beter kunnen. Wij hebben geen digitaal systeem waarin wij kunnen zien hoeveel bedden met beademing er daadwerkelijk zijn in ziekenhuis A, B of C, maar daar wordt aan gewerkt. Dat wordt nu opgetuigd op basis van de epd-systemen, de patiëntdatasystemen. Ik hoop dat ons dat verder gaat brengen, want het idee is goed. We gaan zien hoe snel ze het voor elkaar krijgen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Krol, 50PLUS.

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

Dank u, voorzitter. Bij mij blijft maar steeds dat beeld in mijn hoofd zitten van wat ik net hoorde: patiënten die op de ic sterven in de armen van zorgmedewerkers en niet in de armen van hun meest dierbaren. Maar mijn vraag gaat over de uitgestelde zorg. Nu zitten de meeste mensen die in de zorg werken al aan tegen de limiet van wat ze kunnen en straks komt dus die uitgestelde zorg. Hoe gaan we dat doen?

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van Diemen.

Mevrouw Van Diemen-Steenvoorde:

Op vele manieren zal er stap voor stap een herstel van de balans komen, maar dat herstel is er zeker de komende tijd nog niet. Ik zie in de ziekenhuizen, maar ook bij huisartsen, dat ze nu kijken welke acute zorg weer opgepakt moet worden. Neem de oncologiezorg. Daar wordt gekeken wat nog even kan wachten en wat nu echt moet gaan gebeuren. Maar het geldt ook voor de huisarts: er zijn mensen die zorg mijden en niet meer komen, en de praktijkverpleegkundigen gaan dat weer oppakken. Maar het is helemaal waar dat dit de vraag voor de komende maand is, als de zorgverleners die nu, in deze fase, in deze indrukwekkende tijd, ook helpen bij de COVID-19-patiënten, straks weer teruggaan naar de zorg die ze normaal altijd leveren. In Brabant, waar de volgende fase eigenlijk aanbreekt, zie ik dat hier in de ziekenhuizen en in de hele regio gezamenlijk naar wordt gekeken: oké, we hebben die coronazorg en die kunnen we nu op deze manier aan, maar op welke manier gaan we de balans met de reguliere zorg weer herstellen? Ik zie dat de professionals en de bestuurders daar nu mee bezig zijn. Als inspectie voeren wij die gesprekken ook: waar gaat het schuren en waar zullen we risico's lopen? Enerzijds is er het COVID-belang, anderzijds is er het belang van de andere zorg. We zullen dit dus echt continu bij moeten houden en we zullen in gesprek moeten blijven met de hele samenleving over wat de impact is.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg, CDA.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

In de eerste plaats mijn dank aan de heer Gommers, die hier volgens mij nu al voor de zesde keer is en die al wekenlang 24/7 bezig is. Veel bewondering daarvoor.

Toch nog even een vraag over iets waar ook meneer Asscher en meneer Veldman aan refereerden. De vorige keer vroeg meneer Gommers om meer directief vermogen, om een wat meer executieve, defensieachtige, militaire operatie. Ik krijg uit het veld door dat er nog steeds ziekenhuizen zijn die er gewoon niet op dezelfde manier mee werken, op de manier zoals dat eigenlijk wordt gevraagd. Bij de persoonlijke beschermingsmiddelen is er nu ook een landelijk centrum. De volgende zorg die ik meekrijg, bijvoorbeeld van ziekenhuisapothekers, is de medicijnverdeling. Er zijn ziekenhuizen die bij wijze van spreken nog heel veel hebben. Men heeft dat niet centraal beschikbaar. Daar graag een reflectie op, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Gommers of mevrouw Van Diemen.

Mevrouw Van Diemen-Steenvoorde:

In het kader van coördinatie zie je eigenlijk alle ontwikkelingen nu bij elkaar komen, of het nu over de geneesmiddelen gaat of over de andere typen zorg. Ik was even bij de eerste vraag. De geneesmiddelen zijn nu ook een groot vraagstuk voor de apotheken, wie wat krijgt. Je ziet bij al deze vraagstukken eigenlijk dat er goed gecoördineerd moet gaan worden. De eerste vraag was ik even kwijt.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg, kunt het eerste deel van uw vraag herhalen?

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

Ja. Er zijn misschien toch ziekenhuizen die hun kaarten tegen de borst houden. Dat hoor ik gewoon uit het veld, dat ze zien dat collega's niet zo goed reageren.

Mevrouw **Van Diemen-Steenvoorde**:

Dat is zeker een situatie waar de afgelopen weken vaak beelden over zijn geweest. Wij hebben als inspectie contact met alle ziekenhuizen. We zijn daar intensief over in gesprek en willen ook die feiten zien. Dat hebben we in het weekend nog een keer helemaal gedaan. Je ziet dat de ziekenhuizen daar echt wel open over zijn, maar dat ze ook met het oog op de belangen van het type patiënten dat ze hebben liggen soms zeggen «deze bedden heb ik nodig voor bijvoorbeeld mijn thoraxchirurgie» of «ik heb andere typen zorg». Dat hebben we nog niet scherp genoeg in het totale overzicht van alle patiënten, waardoor het ook wel beelden zijn. Dus kaarten tegen de borst houden? Als wij met alle ziekenhuizen spreken, kunnen ze duiden waarom ze zeggen: ja, maar ik moet ook voor de oncologie nog zo veel intensievecare- of zo veel klinische bedden houden. Het is dus uitlegbaar, maar we hebben in het landelijke centrum nog niet volledig al deze stromen naast elkaar. De inspectie is daar continu over in gesprek, om juist die duidingen goed te krijgen. Ik vind vooral dat we elkaar moeten blijven vertrouwen, want ik denk dat we beelden en het gevoel van «dit ziekenhuis doet iets in zijn eigen belang» in deze crisis echt los moeten laten. Het gaat om het geheel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan de heer Jansen, PVV.

De heer **Jansen** (PVV):

Dank, voorzitter. Ik heb nog twee vragen, voor beide personen één vraag. Wilt u dat ik die tegelijkertijd stel? Ja? Allereerst dank aan de heer Gommers en mevrouw Van Diemen-Steenvoorde voor hun bijzonder indringende verhaal. De vragen zal ik kort houden. Eerst mevrouw Van Diemen-Steenvoorde. Wij krijgen heel veel berichten dat duizenden en misschien wel tienduizenden zorgmedewerkers vrijwel onbeschermd hun werk op dit moment moeten doen. Uit verschillende veiligheidsregio's krijgen we daar berichten over. Wat vindt u daarvan? Ziet u dat we dat misschien gaan inlopen in de komende periode en hoe dan?

Dan mijn vraag voor de heer Gommers. U zegt net: 1.900 intensievecare-bedden. Dat werd ook gisteren in de persconferentie gezegd. Vandaag krijgen wij een brief waarin wordt gesproken over 1.600. Ik hoop dat het er 1.900 zijn. Dan mijn vraag aan u. Die 2.400 moeten we volgende week maandag hebben. Gaan we dat halen? Hoe groot acht u de kans dat we dat gaan halen en als we dat niet gaan halen, komen we dan helaas in uw tabel in oranje terecht?

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Van Diemen.

Mevrouw **Van Diemen-Steenvoorde**:

Herkenbaar. Wij krijgen ook al die signalen binnen over de angst van mensen, met name in de thuiszorg, de ggz en de gehandicaptenzorg. Er was veel onduidelijkheid de afgelopen weken: ik loop wel risico dat ik misschien besmet raak of wederkerig. We hebben dus steeds druk uitgeoefend. De prioriteit ligt bij dat ziekenhuis en dat snappen we, in de beginfase, maar nu moet er een evenwichtig verhaal komen. Die risico's kunnen niet gelopen worden in andere situaties waar andere zorg geleverd wordt. Die druk is dus enorm opgevoerd. Nu met het verder versterken van die beschermingsmaatregelen en het anders voeren van de coördinatie moeten we ervan uitgaan dat dit de komende tijd echt

beter wordt. Je kunt niet van zorgverleners verlangen dat ze daar waar bescherming nodig is onbeschermd zorg verlenen.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Gommers, tweede vraag.

De heer Gommers:

Eerst de opmerking over die 1.900. Dat is een bericht dat we gisteren kregen van het landelijk coördinatiecentrum. Ze hebben uitvraag gedaan en zaten gisteren op 1.900 bedden in geheel Nederland, dus op weg naar die 2.400 ic-bedden.

De volgende vraag is: gaan we het halen? Is die 2.400 haalbaar? Daarom had ik het er ook boven gezet. We hebben dit op 9 maart gedeeld met onze leden van Intensive Care, dus iedereen is er al langere tijd mee bezig. We hebben vorige week vrijdag een uitvraag gedaan. Daaruit kwam dat iedereen dit toch gaat doen. En wat als dat niet gebeurt? Eigenlijk vind ik dat niet kunnen. Iedereen moet zorgen dat we met elkaar die 2.400 bedden ... Dat zijn wij aan de bevolking verplicht. Ik ga er dus niet van uit dat we het niet halen.

De voorzitter:

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

De heer Van der Staaij (SGP):

Dank voor alle bijdragen. Ik heb een vraag aan de heer Gommers. Welke patiënten hebben nu het meeste baat bij een behandeling op de ic? Wat is nu het beeld? Ik merk namelijk dat een en ander door elkaar gaat lopen. Sommige mensen hebben het gevoel dat men een beetje wordt afgehouden omdat er een tekort is. Wat is nu het medische oordeel over wat een zinvolle behandeling is?

De heer Gommers:

Goede vraag. Wat we zien, is dat je niet overlijdt als je jonger bent. Dat zie je hier vooral op deze grafiek aan de rechterkant. Het is logisch dat het lijkt alsof je discrimineert op leeftijd, maar dat is natuurlijk niet zo. Daar hebben we al vaker over gediscussieerd. Het is gewoon prognostisch. Als je jonger bent en minder comorbiditeit hebt, maar onverhoopt zo ziek wordt dat je een dubbelzijdige longontsteking hebt, kan je sneller herstellen en kan je sneller van de intensive care af. Het wordt vooral bepaald door de ziektes die je daarbij hebt, dus of je al andere ziektes hebt doorgemaakt, of dat je uitgangssituatie slechter is voordat je op de intensive care binnenkomt. Dat prognostische model kennen we al vanuit de niet-coronazorg. Dat is eigenlijk de gewone triage die we doen. Maar we leren ook hoe langer we nu bezig zijn, zoals collega Van Dissel zei. We leren ook wat we kunnen verwachten en van wat we zien met dit virus. We hebben dit virus nog nooit meegemaakt. We hebben dus ook geen ervaring ermee. We zien nu dat we het meer zien bij zwaarlijvige mensen of bij mensen met overgewicht, zoals we van de week zeiden. We zien ook meer stollingsproblematiek optreden bij bepaalde patiënten. Dat wisten we twee weken geleden nog niet, maar dat weten we sinds afgelopen week wel. We bouwen meer kennis op en dat passen we weer toe in ons triagemodel. Het is een continu proces waar we van kunnen leren. Daardoor kunnen we ook beter voorspellen of het zin heeft om aan een ic-behandeling te beginnen of niet.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Hijink, SP.

De heer **Hijink** (SP):

Er moet nu in heel korte tijd heel veel ic-capaciteit bij komen. Daarvoor is het belangrijk dat de juiste apparatuur beschikbaar is. Ons bereiken geluiden dat een deel van de eerste 100 apparaten van de 1.000 die door VWS via Philips zijn besteld, niet geschikt is voor gebruik op de ic en ook niet gebruikt is voor de zorg, voor de beademing van coronapatiënten. Ik hoor graag van de heer Gommers of hij dat beeld herkent. Kan hij aangeven welk deel uit die bestelling van 1.000, en uit die eerste 100 die nu zijn binnengekomen, ook daadwerkelijk op heel korte termijn kan worden ingezet op de verschillende ic's? Want wij horen dat er ook veel apparaten tussen zitten die bedoeld zijn voor thuisbeademing en helemaal niet geschikt zijn voor de ic.

De **voorzitter**:

De heer Gommers.

De heer **Gommers**:

Dank u wel voor de vraag. Ik heb het apparaat afgelopen zaterdag zelf getest in het Erasmus. Het is een Amerikaans apparaat, maar we zijn ongelofelijk blij met elk apparaat. Waar je dan wel tegen aanloopt, is dat bijvoorbeeld de zuurstofkoppeling die wij in Europa gebruiken, niet past op de Amerikaanse koppeling. Het zijn dus Amerikaanse apparaten die wij naar Europa hebben gekregen. Daar moet dan aan gewerkt worden. Natuurlijk komt dat dan in de pers. Natuurlijk vinden wij daar allemaal wat van. Maar wij zitten in een situatie waarin we met elkaar problemen oplossen. Dus dit probleem wordt vandaag opgelost en wij gaan in het Erasmus deze apparaten inzetten. Natuurlijk zijn het omgebouwde thuisbeademingsapparaten, maar wij kunnen ze inzetten voor de vraag die er is. Dus wij gaan deze apparaten daadwerkelijk de komende dagen inzetten op de ic in Nederland.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Ellemeet, GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank aan de heer Gommers en mevrouw Van Diemen. We hebben al gezien hoe betrokken en geweldig de heer Gommers te werk gaat. Ik ben echt ontzettend blij dat we een inspecteur-generaal hebben die zowel zo veel betrokkenheid toont alsook het overzicht heeft. Dat overzicht is ontzettend belangrijk in deze tijd. We mogen al die patiënten met andere grote zorgen dan corona absoluut niet vergeten en ook niet de artsen en de verpleegkundigen die bezorgd zijn over die patiënten. Mijn vraag gaat over de crisisfase, waar u allebei over sprak. U geeft aan dat we daarop voorbereid moeten zijn. Daar heeft u gelijk in. We kunnen niet alleen hopen en werken aan de gele fase, maar we moeten ook voorbereid zijn op de oranje fase. Mevrouw Van Diemen zegt dat de specialisten, de federatie en de KNMG, daarmee bezig zijn. De heer Gommers zegt dat het een besluit van de Minister is. Ik zou daar graag duidelijkheid over willen krijgen. Wie heeft welke verantwoordelijkheid, als wij in code zwart, in die kritieke fase terechtkomen? Wat moeten we van de politiek verwachten en wat moeten we van de medische beroepsgroep verwachten?

De **voorzitter**:

Mevrouw Van Diemen, gaat uw gang.

Mevrouw **Van Diemen-Steenvoorde**:

Ik keek even naar de heer Gommers, omdat zij de rol van de Minister zo expliciet hebben benoemd in het pandemiedraaiboek. De intensive care heeft aangegeven op die manier naar fase 3 te kijken. We hebben de vraag over de kaders bij de federatie en de KNMG belegd. Ondertussen zijn we

bezig met op welke manier dat besluitvormingsproces dan zou moeten plaatsvinden met de gegevens die we krijgen van de professionals. Zou het heel goed bij de inspectie passen om dat te beoordelen en te zeggen: ja, het klopt; we komen in een volgende fase? En is het dan de Minister die dat uiteindelijk afkondigt? Daar zijn we nu mee bezig. Werkt het in de realiteit het beste, als de Minister het afkondigt en de inspectie uiteindelijk oordeelt over datgene wat de professionals hebben aangereikt? Dat moeten we in een definitieve fase nog met elkaar bespreken.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Wanneer verwacht u daar duidelijkheid over te hebben? Die fase kan al best snel aanbreken.

Mevrouw **Van Diemen-Steenvoorde**:

Ik verwacht dat daar deze week duidelijkheid over is.

De **voorzitter**:

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

Mevrouw **Ouwehand** (PvdD):

Ook mijn grote dank en waardering aan de beide professionals. Mijn vraag gaat over de begeleiding van de mensen die op de ic's aan het werk zijn en iedereen die helpt. Zij staan onder grote druk. Gaat het goed met de bescherming en de begeleiding? Of is er iets nodig wat wij extra zouden moeten organiseren voor deze mensen?

De heer **Gommers**:

Wij hebben veel informatie en goede adviezen gekregen van de Brabantse ziekenhuizen. Dat helpt ons, want daardoor hebben wij de professionals in psychische ondersteuning op tijd erbij kunnen betrekken. Ieder ziekenhuis realiseert zich nu dat die hulp nodig is voor de professionals, de verpleegkundigen, de artsen, de coassistenten, de studenten en iedereen die in het ziekenhuis betrokken is bij deze krankzinnige zorg die we aan het leveren zijn, en dat die hulp nog heel lang nodig is. We krijgen vanuit heel Nederland allerlei coaching aangeboden door mensen die ons daarbij gaan helpen. Ik ben het helemaal met u eens dat dat nog heel lang zal duren. Daar zijn we misschien nog jaren mee bezig.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Van Haga.

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

Gisteren hoorden we van Minister De Jonge dat hij het aantal tests wil vermeerderen tot 30.000 per dag. Ik ga maar even ervan uit dat dat tests zijn om aan te tonen wie er nu corona heeft en dat er een parallel traject is voor de tests die immuniteit gaan aantonen. Wat wordt de impact op de medewerkers, kunnen we dat aan en wordt er geanticipeerd op die enorme toename van het aantal tests?

De **voorzitter**:

En de vraag stelt u aan? Mevrouw Van Diemen?

Mevrouw **Van Diemen-Steenvoorde**:

Jaap van Dissel gaf net ook al aan dat die tests vooral voor de zorgmedewerkers maar ook in de thuissituatie gebruikt zullen worden. Er is een goede focus: dat moet gewoon plaatsvinden. Er zijn ook voldoende medewerkers om ze uit te voeren. Dat levert een beeld op van hoe het zit met immuniteit en het coronabesmettingsgevaar, waarmee je ook een stuk veiligheid biedt aan medewerkers. Dat is wat er op dit moment bekend is.

De voorzitter:

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

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

Ook mijn dank en heel veel respect voor dit werk dat beide sprekers doen. Mijn vraag gaat ook over die crisisfase, die oranje fase. Ik hoor van beide sprekers dat dat nu wordt uitgewerkt. Dat was ook een beetje de vraag van mevrouw Ellemeet. Maar hoe is het eigenlijk mogelijk dat dat nog niet uitgewerkt is? Is dat voor iedere pandemie weer anders, dat het op dit moment nog niet uitgewerkt had kunnen worden, of hoe zit dat nou eigenlijk? Want is dat nou juist niet iets wat al op de plank had moeten liggen in zo'n crisisfase? Of is dat niet mogelijk? Ik weet niet wie de vraag het best kan beantwoorden.

De heer Gommers:

U heeft helemaal gelijk en alle ziekenhuis-rampenopvangplannen liggen klaar. Maar we hebben het hier over een heel essentiële vraag. Zoals ik net zei, de groene fase is de topzorg die we in Nederland gewend zijn. In de gele fase ga je al iets aan de kwaliteit doen. Je vraagt aan de verpleegkundige of die voor vier patiënten gaat zorgen, en dan ontstaan er fouten. Die fouten kunnen desastreus zijn. Dus je vraagt al iets. Die oranje fase heeft elke Nederlander nog nooit meegemaakt. Dus daar kan je je niet op voorbereiden. Dat is wat collega Van Diemen ook net zei. Daarom kan het nu pas, omdat het dichterbij komt. We hopen dat het nog langer wegblijft; het komt misschien op ons af, maar dat kan je niet met elkaar bespreken als je het niet voelt. We voelen het nu en we gaan dat met elkaar doen, maar dat zijn ongelofelijk indringende gesprekken. Daar zijn ook hoogleraren-ethici bij betrokken. Die zeggen ook: het is eigenlijk ondoenlijk om hier met elkaar over te praten, maar we gaan het niet uit de weg.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Dik-Faber, ChristenUnie.

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

Dank u wel, en dank aan beide sprekers voor hun toelichting. Ik heb een vraag aan mevrouw Van Diemen-Steenvoorde. U heeft ook geschetst dat er op dit moment geen sprake is van balans in het Nederlandse zorgstelsel, dat er begrijpelijkerwijs ook veel aandacht is voor de COVID-patiënten. Nu word ik veel benaderd door mensen die te maken krijgen met een uitgestelde behandeling. Dat is ook door u geschetst; dat is de onbalans die er nu is. Op welke manier houdt de inspectie er toezicht op dat hierin ook de goede keuzes worden gemaakt? En waar kunnen patiënten terecht als hun behandeling wordt uitgesteld en zij die keuze niet begrijpen omdat het voor hen mogelijk ook echt kan leiden tot aanzienlijke gezondheidsschade?

De voorzitter:

Mevrouw Van Diemen.

Mevrouw **Van Diemen-Steenvoorde:**

Wat dat laatste betreft, dan kunnen ze bij ons terecht. Wij hebben het Landelijk Meldpunt Zorg, waar mensen hun zorgen kunnen melden en dan kunnen wij ook weer in verbinding komen met de zorginstelling, als dat nodig is, om toch een betere uitleg te krijgen. En terug naar de zorgverleners om toch die uitleg ook echt te kunnen geven. Wat het eerste betreft, over die zorgverleners en de uitgestelde behandelingen, wij spreken met de ziekenhuizen over de plannen die er zijn om dit weer te herstellen. Maar die disbalans – laat ik daar eerlijk in zijn – blijft gewoon nog een tijd bestaan. Dus wat de professionals op dit moment

doen is kijken op welke wijze we kunnen zorgen dat gezondheidsschade voorkomen wordt, en voor welke patiënten we dan kiezen om te zeggen: die behandeling moet als eerste weer doorgaan.

Tegelijkertijd, als je praat over het welzijn van mensen, heeft dat natuurlijk een impact op allemaal. Je kunt zeggen: de prognose verandert niet, maar in het kader van uitstellen van bepaalde behandelingen doet het wel degelijk veel pijn bij mensen dat die behandeling twee maanden later plaatsvindt, of dat de richtlijn eerder had gezegd dat de behandeling volgende week zou starten. De professionals wikken en wegen om te zorgen dat ze behandelingen geven waar de uitkomst nog gewoon onveranderd goed van is. Dat werken ze allemaal uit voor de korte termijn en de wat langere termijn. En we zullen per week ook moeten kijken waar het gaat schuren en waar wij dus ook weer extra inzet zullen moeten hebben om die balans vast te houden.

De voorzitter:

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

De heer Baudet (FvD):

Zeer veel dank. Ik wil met mijn vraag toch even aanhaken op wat ik denk dat Van Haga ook probeerde te vragen. Dat is namelijk over die tests. Mevrouw Van Diemen, u zei: we gaan ons meteen richten op zorgpersoneel en andere mensen. Dat is natuurlijk uitstekend; dat moet ook gebeuren. Maar is het geen absolute prioriteit dat er een representatieve steekproef wordt gehouden onder de bevolking? Want de heer Van Dissel kwam net met een grafiek die eigenlijk enorm zorgelijk is, als die klopt: 5% van de geïnfecteerden zou een fataal ziektebeeld weergeven. Als dat daadwerkelijk zo is, is het virus nog veel gevaarlijker dan we nu al denken. Maar dat percentage zou natuurlijk ook veel lager kunnen liggen. Er is maar één manier om daar achter te komen: een representatieve steekproef onder de bevolking. Is dat dan ook waar u nu met spoed op gaat inzetten, dat we dat zo snel mogelijk doen? Anders kunnen we eigenlijk geen rationeel beleid maken.

De voorzitter:

Mevrouw Van Diemen, gaat uw gang.

Mevrouw Van Diemen-Steenvoorde:

Daar had meneer Van Dissel vanmorgen al aandacht voor: zien op welke wijze je het beste inzicht kunt krijgen in hoe het in de samenleving zit en hoe het is voor zorgverleners. Dus ik ga ervan uit dat de heer Van Dissel op die manier regie houdt op het verder invullen van de representatieve steekproef, die nodig is om inzicht te krijgen in hoe de bevolking ervoor staat ten aanzien van besmettingsgevaar, c.q. wie er besmet is geweest en wie ondertussen antistoffen heeft ontwikkeld. Dat was ook de lijn van meneer Van Dissel, vanmorgen.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van deze technische briefing. Ik realiseer me dat er nog heel veel vragen te stellen zijn, maar omwille van de tijd heb ik het moeten beperken tot de gestelde vragen. Om 14.00 uur zal het debat aanvangen over de ontwikkelingen rondom het coronavirus. Dit zal live worden uitgezonden via de stream op de website van de Tweede Kamer en via de app Debat Direct, en via NPO1. Ik dank de genodigden, de heer Van Dissel, de heer Gommers en mevrouw Van Diemen-Steenvoorde, zeer hartelijk voor hun komst en de tijd die zij met de voorbereiding, maar ook hier vanmorgen hebben willen investeren om ons bij te praten over de ontwikkelingen. Ik dank de aanwezige leden voor hun belangstelling, hun aanwezigheid en het stellen

van hun vragen, en uiteraard ook de mensen die deze briefing thuis of ergens anders hebben gevolgd. Hartelijk dank voor uw belangstelling. Daarmee sluit ik deze vergadering.

Sluiting 12.03 uur.