

Vergaderjaar 2019–2020

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 250

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 16 april 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 4 februari 2020 gesprekken gevoerd met de heer Bruins, Minister voor Medische Zorg, over **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: Diertens
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn twaalf leden der Kamer, te weten: Van den Berg, Diertens, Dik-Faber, Van Esch, Geluk-Poortvliet, Hiddema, Hijink, Jansen, Kuik, Van Otterloo, Renkema en Veldman,

en de heer Bruins, Minister voor Medische Zorg,

alsmede de heer Ter Schegget, mevrouw Timen en de heer Van Dissel.

Aanvang 16.01 uur.

De voorzitter:

Goedemiddag. Welkom bij deze technische briefing over het coronavirus. Dank dat u hier allemaal bent en dat u kijkt. Ik wil graag even de Kamerleden voorstellen die hier zijn: mevrouw Van Esch van de Partij voor de Dieren, mevrouw Geluk-Poortvliet van het CDA, de heer Hijink van de SP, meneer Veldman van de VVD, mevrouw Kuik van het CDA, de heer Renkema van GroenLinks, mevrouw Van den Berg van het CDA, de heer Van Otterloo van 50PLUS, mevrouw Dik-Faber van de ChristenUnie en degene die deze technische briefing heeft aangevraagd, de heer Jansen van de PVV. Ik ben Antje Diertens van D66. En ook de heer Hiddema van Forum voor Democratie is aangeschoven.

Ik stel voor dat we eerst luisteren naar de briefing van onze gasten: de heer Van Dissel van het RIVM, mevrouw Timen, coördinator van het Centrum Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding van het RIVM, en de heer Ter Schegget. Er staat op mijn briefje niet wie u vertegenwoordigt.

De heer Ter Schegget:
GGD Brabant-Zuidoost.

De voorzitter:

GGD Brabant-Zuidoost. Dan hebben we zicht op wie hier allemaal om de tafel zitten. Ik stel voor dat we na uw briefing de Kamerleden de kans geven om twee vragen te stellen. Er zijn wel wat meer vertegenwoordigers van het CDA, dus ik stel voor dat u dat onderling even bespreekt, zodat u niet zes vragen stelt. Laten we gewoon kijken hoe dat loopt. Dan geef ik nu graag het woord aan de heer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Ik heb op de eerste dia een aantal punten gezet waarvan ik denk dat het misschien goed is om die door te lopen. Maar uiteraard zijn we hier voor u, dus als er vragen tussendoor komen als het onduidelijk is, hoor ik dat graag. We willen een aantal dingen vertellen over het nieuwe coronavirus dat in Wuhan, China, geïsoleerd is. Ik wil u vooral meenemen naar een korte introductie met het historische verhaal, ook al is dat nog maar kort, zodat u de vragen die wij hebben en de vragen die inmiddels beantwoord worden, duidelijk ziet. Ik zal dus wat vertellen over het nieuwe virus, hoe de uitbraak op het moment loopt, het gebied en de invloed van de zogenaamde case definition. Op dat begrip kom ik terug. Dat is erg belangrijk, denk ik. Uiteindelijk zijn er de afgelopen dagen een aantal essentiële parameters gepubliceerd; die zal ik noemen. Ik heb het over parameters die ons inzicht geven in wat we kunnen verwachten. Daarnaast wil ik kort de vergelijking maken met MERS en SARS. Dat zijn ook twee coronavirussen die de afgelopen twintig jaar zijn opgekomen. Verder wil ik het hebben over het belang van de casusdefinitie met betrekking tot sterfte en de impact van maatregelen. Ten slotte zeg ik iets over besmettelijkheid en overdracht. Ik kan me voorstellen dat u dan wellicht ook nog aanvullende

vragen heeft. Het onderdeel dat een beetje een oranje achtergrond heeft, zal door collega Timen worden besproken. Dat gaat met name over de organisatie en de crisisstructuur in Nederland en over waarom we dachten dat een meldingsplicht van belang was. Dat is dus een beetje het overzicht van wat ik u wil vertellen. Ik heb de sheets uitgedeeld, want ik wist niet goed hoe groot alles op het scherm over zou komen, dus daar staat alles nog een keer apart op.

In eerste instantie even een kort overzicht. We hebben het over een coronavirus. De naam komt van het kroontje. Ik weet niet of u er een kroon in ziet, maar in ieder geval deed men dat denken aan een kroontje. Daar komt dus de naamgeving vandaan van dit type virus met die typische spikes die erdoorheen steken. We weten inmiddels dat de incubatietijd van het nieuwe coronavirus – dat wil zeggen: de periode tussen blootstelling en het optreden van infectieverschijnselen – gemiddeld rond de zes dagen ligt. Het heeft een range, zo blijkt uit de verschillende onderzoeken, tussen twee en twaalf dagen. Dat is natuurlijk een belangrijk begrip, omdat de incubatietijd ons bijvoorbeeld een indicatie geeft van hoelang we iemand in quarantaine moeten houden. Op grond van een veiligheidsmarge is afgesproken om dat momenteel op twee weken te zetten.

Op het ziektebeeld kom ik terug, maar we zullen zien dat het aanvankelijk met name hoesten, koorts en een longbeeld was. Inmiddels beginnen we te leren dat er ook mildere ziektes kunnen optreden. Maar op zich, zeker in het begin, was duidelijk dat er een voorkeur was voor de lagere luchtwegen. Die infectie kan bij een deel van de patiënten leiden tot een zogenaamde shocklong, ARDS, acute respiratory distress syndrome. Dat wil zeggen dat de long in wezen volloopt met ontstekingsvocht. U kunt zich voorstellen dat er dan geen zuurstofuitwisseling meer mogelijk is. Dat is een groep patiënten waarbij het sterftepercentage hoog is. In de initiële groepen trad dat op bij tussen de 5% tot 20% van de opgenomen patiënten. Dat was in het begin een reden om toch behoorlijk alarm te slaan, omdat dat, als dat het natuurlijk beloop was bij alle patiënten, zou betekenen dat dit ziektebeeld een geweldige impact zou krijgen.

We weten inmiddels de oorzaak: het nieuwe coronavirus. Dat heeft nog geen echte naam. Normaal wordt het gekoppeld aan de naam van de stad waar het geïsoleerd wordt, maar u begrijpt wellicht dat niet elke stad dat een goed idee vindt. In ieder geval heet het nu nog «het nieuwe coronavirus». Maar het volgende virus is natuurlijk ook nieuw, dus ze zullen toch iets moeten verzinnen.

Een belangrijk gegeven is hoe het zich verspreidt. Daar is nog het nodige onzeker over, moet ik met nadruk zeggen. We weten, of we denken in ieder geval te begrijpen, dat het zeer waarschijnlijk uiteindelijk op een zogenaamde «wet market» van een dier overgegaan is op de mens. Dat is een soort overflow die eenmalig kan zijn. Dan kan zo'n pathogeen, zo'n virus een infectie veroorzaken bij degenen die zijn blootgesteld, maar je ziet ook geregeld dat het virus dan geen kans ziet om op een volgende persoon over te gaan. Inmiddels weten we dat het virus dat wel kan. De wijze waarop ze dat meestal doen, is via druppel en contact, zoals dat heet. Contact is als iemand in zijn hand hoest, een deurknop vastpakt en u de volgende bent die de deurknop vastpakt. Mensen zitten zo'n 30 keer per uur in hun oog te wrijven of in hun neus of in hun mond. Dat is dan de manier waarop het wordt overgedragen. Druppel wil zeggen dat je iemand aanhoest. Die druppels zijn vrij groot, zakken uit en komen ongeveer 1,5 meter ver. Als ik nu het coronavirus heb, bent u dus allemaal safe, maar de aanvrager van de hoorzitting helaas niet. Maar dat is natuurlijk wel belangrijk, omdat we daar onze inperkende maatregelen op titreren.

Verder weten we dat je, als zo'n patiënt op de ic ligt en bijvoorbeeld wordt uitgezogen of beademd moet worden, zogenaamde aerosolen kan krijgen. Aerosolen hebben de neiging om als een soort mist in een kamer te

hangen. Dan neemt de besmettelijkheid geweldig toe. Dan geldt de gouden afstand van ongeveer 1,5 tot 2 meter niet meer. Dat is natuurlijk ook een reden dat we in het ziekenhuis, met name in de ic-setting, strenge maatregelen nemen met betrekking tot bescherming van het zorgpersoneel.

Er is enige onzekerheid – ik kom daar zo nog op terug – of het virus zich ook verspreidt vanuit contacten die nog geen ziekteverschijnselen vertonen. Eigenlijk is dat een hele onlogische route om zich te verspreiden, want dat virus heeft geen mechanisme om zich bij de keel af te zetten en naar buiten te gaan. Dus het hangt voor een virus toch af van hoesten, niesën en dergelijke om zich te kunnen verspreiden, en dat zie je met name optreden als iemand ziek wordt.

Een ander belangrijk begrip is de zogenaamde R_0 , het reproductiegetal. Dat is het aantal personen dat ziek wordt door aanhoesten door één geïnfecteerde patiënt. Dus als het rond de 3 is, zoals in dit geval, betekent het dat je kan verwachten dat het tot drie nieuwe gevallen leidt als één patiënt rondloopt en redelijk intiem contact heeft met andere personen. Zo'n getal is niet statisch; daar kom ik zo nog even op terug. Nu iedereen gealarmeerd is, eerder naar de dokter gaat en maatregelen neemt om de sociale afstanden te vergroten, kunt u zich voorstellen dat zo'n reproductiegetal afneemt en het virus meer moeite heeft om zich te verspreiden. Dat is natuurlijk ook een deel van de achtergrond van de maatregelen die we in zo'n geval treffen. De verdubbelingstijd, zes tot zeven dagen, geeft de periode aan tussen de ene cyclus van een infectie en een volgende periode door aanhoesten, waarbij het aantal gevallen verdubbelt. De combinatie maakt dat het wat dit betreft, even los van hoe het zich verspreidt, een beetje vergelijkbaar is met de griep, die ongeveer dezelfde getallen kent.

Wat kunnen we ertegen doen? Een hele belangrijke is altijd: handen wassen. Dat is eigenlijk vanwege de reden die ik u net gaf: mensen zitten met hun hand aan de slijmvliezen van het gelaat, hoesten vaak in de hand en pakken dingen vast die misschien door iemand anders zijn aangeraakt die besmet was. We weten dat handen wassen een hele goede maatregel is om dit soort infecties te dempen, met name voordat je weer je ogen en je mond aanraakt. U kunt zich voorstellen dat als iemand een mondkapje gebruikt – we komen daar nog even op terug – maar geen oogbescherming, zoals je overal op televisie ziet, wij dat eigenlijk niet zo zinvol vinden, want het virus kan ook met druppels in het oog komen. Dan helpt zo'n mondkapje daar niet tegen. Maar het mondkapje helpt waarschijnlijk wel weer enigszins tegen het aanraken van de mond met de handen. Het heeft dus wel enig effect, maar het is absoluut niet voldoende om dat als maatregel te propageren.

In het ziekenhuis zijn we natuurlijk strenger. Dat komt omdat daar ziekere patiënten liggen. Patiënten die ziek zijn, verspreiden over het algemeen meer virus en verspreiden dat gemakkelijker. Bovendien moet het zorgpersoneel bij de verzorging uiteraard intiemer met de patiënt omgaan. Dat maakt allemaal dat de risico's op overdracht in een ziekenhuis vele malen hoger zijn en we daar dus strenge maatregelen nemen om overdracht tegen te gaan. Dat doen we in Nederland. Eventueel liggen er ook nog patiënten in een zogenaamde onderdrukisolatekamer. Dat wil zeggen dat er vanuit een kamer met een zieke patiënt door een negatieve druksluis geen virus het ziekenhuis in kan komen. Dat is natuurlijk een belangrijke maatregel om andere patiënten te beschermen. Dat even als globale achtergrond. Ik wil u nu vertellen wat er de afgelopen pakweg twee maanden gebeurd is. We kennen inmiddels de stad Wuhan, een hub in China, met verbindingen met vele andere steden via spoorwegen, die op het linkerdeel van de dia in rood staan aangegeven. Rechts staat wat uitvergroott het centrum van de stad. U ziet daar de foodmarkets, waar ook in levende dieren werd gehandeld en waar zeer waarschijnlijk, in ieder geval initieel, de link was met patiënten die besmet

waren. Dat waren bijvoorbeeld vele handelaren van die markt. Het lijkt vrijwel zeker dat dit de initiatie van de uitbraak is. Dat wil niet zeggen dat je bij elke persoon in het begin terugvindt dat die daar geweest is, en dat hoeft ook niet, maar er is een zeer duidelijke associatie, die maakt dat dit zeker daarbij betrokken was.

De eerste publicatie over die eerste groep is een publicatie uit The New England Journal of Medicine, die ik u hier laat zien. Ik wil u de publicaties laten zien die wij gebruiken om geïnformeerd te worden over de uitbraak. Dit is in wezen een publicatie over een gering aantal patiënten. Deze groep merkte al tellende op dat er te veel patiënten op de ic belandden met een longbeeld waarbij ze geen diagnose konden stellen. Er werd longvocht afgenomen en op kweek gezet en er werd moleculair onderzoek gedaan, maar er werden geen bekende verwekkers van longontsteking gevonden. Omdat er aanvankelijk ook een aantal jongeren bij zaten – dat is iets waardoor je extra alert wordt – en bovendien de sterfte aanzienlijk was, heeft men aan de bel getrokken. Dat betekent in China dat men China CDC alarmeerde. China CDC heeft uiteraard overlegd, is naar deze plek toe gekomen en heeft onderzoek gedaan, dat ik u zo laat zien. Maar wat u hier in eerste instantie ziet – dat is wel belangrijk – is dat de patiënten die werden opgenomen gemiddeld al zeven dagen met klachten rondliepen in de stad, al zeven dagen hoestten en dus zeven dagen de potentie hadden om andere mensen te besmetten. Verder ziet u dat er al een aantal ontslagen zijn en dat er een aantal zijn overleden. Dat ziet u in de tabelletjes die daaronder staan. Uiteraard overlijden er meer patiënten op de ic dan patiënten die niet op de ic zijn opgenomen.

De beelden die aanvankelijk kwamen, waren zeer indrukwekkend. Ik begrijp dat u niet dagelijks röntgenfoto's ziet, maar aan de linkerzijde ziet u een foto die helemaal wit is. Daar is geen longweefsel meer intact; dat is helemaal volgelopen met ontstekingsvloeistof. Dat is een patiënt die in een eindstadium van de ziekte kwam en ook zeer snel overleden is. Aan de rechterzijde ziet u de tweede patiënt die werd opgemerkt. Daar zie je dat er meer longweefsel nog aanwezig is. U ziet uiteraard het hart, in het midden, en de wervelkolom en de ribben doorschemeren. Ook dat is een beeld dat je als dokter herkent als een ernstige longontsteking, die er bovendien aan beide zijden is. Deze tweede patiënt is, dacht ik, ook overleden.

De eerste analyse toonde het algemene beeld dat u bovenaan schematisch ziet weergegeven, namelijk dat men gemiddeld pas na zeven dagen naar het ziekenhuis ging, nadat men al klachten had gekregen. Dat suggereert overigens natuurlijk ook dat de klachten langzaam toenemen en dat het uiteindelijk resulteert in zo'n beeld als u aan de linkerzijde ziet, maar dat de klachten in de eerste dagen zeker minder zullen zijn geweest. U ziet dat ze heel snel klagen over kortademigheid, dat die shocklong, dat ARDS-beeld, snel optreedt en dat een redelijk aantal op de ic belandt. Dat is de eerste melding. Enkele dagen later verschijnt in The New England Journal of Medicine, een van de toonaangevende medische vakbladen, een tweede publicatie. U ziet daarin opnieuw een patiënt op twee momenten in zijn ziektebeloop, met behoorlijke afwijkingen aan de longen. Dit zijn de patiënten – in totaal hebben ze er drie beschreven – bij wie vloeistof werd verkregen uit de long en uit de keel. Die heeft men onder de elektronenmicroscopie geplaatst; dat zijn de beelden die u linksonder ziet. Daar herkent u het coronavirus; daarboven is het schematisch aangegeven. Dat zit ook in de cellen van de luchtwegen, dat u ziet in het plaatje daar rechts van. Dit leverde uiteindelijk op dat men het erfelijk materiaal – in dit geval het RNA van het virus – bepaald heeft. Dan kan je ook kijken hoe dat past in de informatie over de bekende coronavirussen. Als je dat erfelijke materiaal qua informatie vergelijkt met wat er bekend is, blijkt namelijk dat het een coronavirus is. Vervolgens vergelijkt je het dan met de andere. We weten dat we in Nederland zo'n vier typen coronavirus hebben, die onschuldige verkoudheden geven. Dat

zijn de typen die daarboven staan. We kennen MERS en SARS; die zijn natuurlijk allerm minst onschuldig. Het nieuwe type bleek zich eigenlijk in dezelfde grote groep te begeven. Rechtsboven ziet u die groep virussen, waaronder zowel MERS, de onderste, als SARS, dat zich aan de bovenzijde bevindt, als het nieuwe coronavirus, dat zich middenin bevindt, in oranje. Dat wil zeggen dat er verwantschap is, maar dat wil niet zeggen dat ze gelijk zijn. Dat wil ook niet zeggen dat het nieuwe coronavirus zich meteen als SARS of als MERS gaat gedragen, maar het bevindt zich dus wel in een andere groep – dat is eigenlijk wat je hiervan leert – dan de gewone verkoudheidsvirussen. Dat was natuurlijk belangrijke informatie, omdat dat leidt tot het ontwikkelen van een moleculaire test in het laboratorium van de viroloog en de microbioloog, om het virus te kunnen aantonen. Het aantonen van het virus is een essentieel onderdeel van het in kaart brengen van wat er eigenlijk aan de hand is. Dan kan je mensen met klachten gaan testen.

Dat is wat de volgende publicatie behelst. Die komt in dit geval uit The Lancet. Daar werd met de test gekeken naar 99 gevallen van personen met een longontsteking die in één tertiair referentieziekenhuis in Wuhan werden opgenomen. Zulke series zijn van belang, omdat ze inzicht geven in wat voor klachten de patiënten eigenlijk hebben. U ziet hier allemaal prominente klachten, zoals koorts – in dit geval had 83% dat – hoesten en kortademigheid. Daarnaast zie je dat een aantal pijn had met hoesten of door prikkeling van de longbladen, dat sommigen diarree hadden en er een beeld was dat meer bij maag-darmafwijkingen past. Dat klopt in het geheel met wat we ook van SARS en MERS kennen, waarbij patiënten niet alleen klachten hebben van de luchtwegen, maar ook weleens van de darmen.

De sequentie van de gebeurtenissen is links nog even beschreven. Die staat ook in dat artikel. Daarin wordt gezegd dat achteraf gezien de uitbraak eigenlijk al de eerste week van december begonnen is, dat het cluster van die eerste paar patiënten in die groep van 41, dat ik u net heb laten zien, tegen kerst werd opgemerkt, en dat men eigenlijk in zeer rap tempo – dat moeten we achteraf toch constateren – erin geslaagd is om de verwekker te identificeren. Dat gebeurde uiteindelijk op 3 januari en ook op 7 januari, middels keelwabs. Die informatie is gedeeld met de WHO en met andere laboratoria over de wereld, wat heeft geleid tot de ontwikkeling van de zogenaamde real-time PCR-test, de reverse transcriptase, omdat je RNA moet aantonen. Dat is een bepaalde test die de microbioloog kan gebruiken om in keelmonsters of eventueel andere monsters vast te stellen of er sprake is van een infectie met het nieuwe coronavirus. Het is natuurlijk essentieel om een test te hebben die gevalideerd is en waarvan je precies weet wat je ermee kan in een situatie, als die positief of negatief is.

Men heeft het ook over het zogenaamde NCIP; dat is hoe men de ziekte benoemd heeft. Het virus heet dus – daar hebben we het al even over gehad – 2019 novel coronavirus.

In deze studie waren er in totaal 99 patiënten. Op het moment dat dit geschreven werd, vorige week, waren er 11 overleden, waren er 31 uit het ziekenhuis en was er een groep die nog steeds opgenomen was. Het is belangrijk om je het volgende te realiseren met betrekking tot de sterftcijfers die genoemd worden. Je zou zeggen dat het ongeveer 10% tot 12% is, maar er liggen nog steeds 30 patiënten in het ziekenhuis van wie je niet weet of ze ook gaan overlijden. Dat maakt dat getallen moeilijk te interpreteren zijn als er nog een dynamiek in zit: mensen worden opgenomen, worden ontslagen, worden misschien weer zieker en gaan dan weer terug naar de ic. Maar in dit verhaal is het sterftcijfer dus 11%. Het is interessant dat in de tekst genoemd wordt dat in Wuhan lang niet alle patiënten zo'n ernstig ziektebeeld hadden. Dit is geschreven door longartsen van de ic. Ze merken op dat ze ook patiënten hebben gezien met veel mildere klachten – dat is natuurlijk van belang en daar kom ik zo

nog wel op terug – die lang niet allemaal een longontsteking ontwikkelden. Hoeveel dat er zijn en hoe ze die getest hebben, vermelden ze overigens allemaal niet. Dat is in wezen wel essentiële informatie, die wij graag zouden willen hebben.

Op de volgende dia ziet u een soort overzicht van gebeurtenissen in Wuhan met betrekking tot wanneer het begon. We hebben al gezegd dat dat ongeveer de eerste week van december is geweest. U ziet daar dan de eerste gevallen retrospectief ontstaan. Het zou best kunnen dat zich daarvoor ook nog allemaal gevallen hebben afgespeeld; dat weten we gewoon niet. Het kan best zo zijn dat daar personen thuis zijn overleden die nooit het ziekenhuis hebben bereikt of die wel in het ziekenhuis zijn geweest maar van wie geen materialen voor testen zijn afgenomen. Dat is in feite het onbekende. We weten alleen achteraf gezien dat die patiënt op 8 december in ieder geval de eerste was bij wie het bevestigd is.

U ziet dat daarna het aantal toeneemt. Die donkere balkjes geven de patiënten aan die gekoppeld konden worden aan de markt. U ziet dat dat bijvoorbeeld bij de eerste patiënt niet het geval was, maar die kan natuurlijk heel goed contact hebben gehad met iemand die wel op de markt is geweest, dus dat betekent helemaal niet dat dat niet de reden was. Maar het laat gewoon zien dat die associatie in het begin heel duidelijk was en dat de associatie minder duidelijk wordt wanneer de curve stijgt. Dat komt zeer waarschijnlijk omdat men het van persoon op persoon overdraagt.

Het tweede is dat toen men met casefinding begon – dan begint eigenlijk de klassieke epidemiologie met de controlegroep die niet ziek is of een controlegroep die een longontsteking heeft door een andere verwekker: wie is er ziek is en waar zijn ze geweest? – die associatie met de markt er bleek te zijn. U ziet dat dat een aantal dagen later leidde tot het sluiten van de markt.

Omgekeerd kan je natuurlijk ook concluderen dat die markt een maand open is geweest, terwijl die achteraf gezien de bron van verspreiding is geweest. Dan verwacht je dat er nog veel meer momenten zijn geweest van contact met iets op de markt wat tot besmetting leidde. Men heeft monsters genomen van de markt, omgevingsmonsters, die positief waren, wat lijkt te bevestigen dat dat de focus van de uitbraak was. Men is er niet in geslaagd om dat te koppelen aan dieren die op de markt werden verhandeld. Het kan natuurlijk zo zijn dat die al waren opgegeten, maar in ieder geval hebben we geen monsters van dieren waaruit blijkt dat er een verbintenis met een bepaald dier is. De bron is er dus in wezen nog niet. Dat is wel iets essentieels wat helaas ontbreekt. We denken wel dat het van vleermuizen – vleerhonden, moet ik eigenlijk zeggen – komt, maar zeer waarschijnlijk zit er dus een intermediair dier tussen dat we nog niet kennen.

Ten slotte zien we het moment van de derde cirkel. Dat is het moment dat het virus wordt geïsoleerd en men het bekendheid geeft. Dat is in relatief korte tijd gebeurd.

Dat even met betrekking tot de uitbraak. Het feit dat u het omlaag ziet gaan, is een drogbeeld. Dat komt omdat dit alleen maar de bevestigde gevallen zijn. Het kan gewoon nog stijgen als ze allemaal worden toegevoegd. Je ziet altijd dat de epidemische curve al lijkt te dalen, maar dat moet u niet interpreteren als «er ontstaan geen gevallen meer».

Dan hebben we op dit moment een uitbraak waarvan bekend is dat het een ernstig longbeeld kan veroorzaken en die gekoppeld is aan contact met waarschijnlijk een dier op de markt. Hier was de grote vraag eigenlijk: kan zo'n uitbraak zich dan verder verspreiden onder de bevolking?

Vergelijk het even met MERS. We zien dat dat bij kamelen speelt en dat personen die intensief contact hebben met kamelen MERS op kunnen lopen. Maar eigenlijk zie je dat MERS zich daarna heel moeilijk verspreidt onder de bevolking en eigenlijk alleen maar doorgaat als er iemand in het ziekenhuis wordt opgenomen en daar toch wel flows zijn, en men dus

onvoldoende streng is op het ziekenhuishygiënebeleid. Als je iemand met MERS dan bijvoorbeeld een mondkapje met een vernevelaar geeft in een poging om zijn benauwdheid wat te verminderen en je dan zo'n damp ziet ontstaan in zijn kamer, dan kun je je voorstellen dat iedereen in die kamer vervolgens MERS oploopt. Het is een ziekte die je ook van dieren kunt krijgen, maar die zich eigenlijk moeilijk verplaatst en de mens, of foutief handelen van de mens, nodig heeft om zich verder te verspreiden. Dat doet het natuurlijk meestal in het ziekenhuis. We weten inmiddels dat het nieuwe coronavirus dat niet doet. Maar dat was op dit moment wel de vraag. Dat betekent dat een volgende publicatie van belang wordt. Dit was eigenlijk de eerste publicatie waaruit bleek ... U ziet het daar schematisch aangegeven met die bolletjes. Eigenlijk komt het erop neer dat een gezin van Shenzhen naar Wuhan gaat, daar contact heeft met personen in het ziekenhuis, zeer waarschijnlijk gevallen met het coronavirus. Dat geldt voor patiënt 1, die het dan overbrengt op personen binnen zijn gezin. U ziet overigens dat patiënt 6 niet ziek wordt, dus ze worden niet allemaal ziek. De rode aan de rechterzijde zijn dan allemaal ziek. Dan keren ze terug in Shenzhen en dan ziet u dat er nog een ander familielid, dat helemaal niet mee was geweest, uiteindelijk besmet wordt in de nieuwe stad. Dat kan natuurlijk alleen maar betekenen dat het van persoon op persoon kan overgaan, want hier is geen direct contact meer met de markt. Ook was duidelijk dat één persoon eigenlijk niet zo ziek was, maar wel een longinfiltraat had. Ook werd hieruit duidelijk dat het zich soms meer uit als diarree dan als luchtwegklachten. Ten slotte – dat is ook wel van belang met betrekking tot de verspreiding – bleek de viral load die men vaststelde in monsters uit de longen eigenlijk altijd hoger dan die in de keel. Dat zou te maken kunnen hebben met de receptor waar dit virus op aangrijpt. Een virus moet via een soort deurbel aanbellen bij de gastheercel om naar binnen te mogen. Dan gaat de deur open. Dat noemen we de receptor, de zogenaamde ACE2-receptor. Dat is interessant genoeg dezelfde receptor als het SARS-virus gebruikt. Dat klinkt dan onheilspellend, maar het is ook dezelfde receptor als een van die neusverkoudheidsvirussen gebruikt. Het is nog niet helemaal duidelijk wat daar de betekenis van is, maar het zit voornamelijk onder in de long.

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

Ik wil vragen of we even nader toegelicht kunnen krijgen wat technisch of medisch gezien een receptor is.

De heer **Van Dissel**:

De receptor is eigenlijk de deurbel waar het virus aanbelt om de deur naar de cel open te laten gaan. Een virus kan zich alleen maar binnen de cel vermeerderen, is afhankelijk van de processen in de cel om zich te kunnen vermeerderen en om vervolgens weer naar buiten te kunnen, maar het moet de cel wel binnen kunnen komen. Virussen die de mens ziek kunnen maken, hebben het vermogen om de cel binnen te komen. Dat doen ze door aan te grijpen op de deurbel, om het zo maar even te noemen. Dat is een sleutel-op-het-slotsysteem. Dat moet heel specifiek zijn. Voor dit virus is dat dus deze bepaalde receptor. We noemen dat een receptor. Die zit aan de buitenzijde van de lichaamscellen. Waar de receptor zit, zegt iets over waar het virus kans ziet om zich te vermeerderen. Deze receptor zit vooral wat dieper in de long en wat minder in de keel. Dat zou kunnen verklaren dat je met name van die diepe longinfecties ziet. Op die manier proberen we dat aan elkaar te koppelen.

U ziet hier opnieuw longfoto's, maar dan transversaal, dus een dwarsdoorsnede met een zogenaamde CT-scan. Ik laat ze alleen maar even zien omdat u hier veel meer zwart ziet dan net. Bij deze patiënten was de longinfectie veel minder ernstig dan bij de groep die ik u net liet zien, waarbij de hele foto bijna helemaal wit was.

Dan hebben we dus één duidelijk cluster, waarbij duidelijk is dat het van persoon op persoon is overgegaan. U ziet hier een ander cluster, waarover ook werd gepubliceerd in de New England Journal of Medicine. Dat was een familie uit Vietnam die naar Wuhan ging en terugging naar Ho Chi Minh City. Man en vrouw gingen daarnaartoe. Man werd ziek, had contact met ziektegevallen in Wuhan. Zijn vrouw, die dat waarschijnlijk ook had, bleef gezond, zeg ik om maar weer te laten zien dat lang niet iedereen ziek hoeft te worden. Zijn zoon kwam op bezoek, sliep in hetzelfde eenkamerhuis als de man en werd later ook ziek. Dat is opnieuw een evident geval van overdracht buiten de wet markt in Wuhan. Het is overigens interessant om je weer even te realiseren dat er 28 hoogrisicocontacten werden geïdentificeerd rond dit echtpaar, dat al een aantal dagen ziek was voordat het geïsoleerd werd, maar dat er niemand van al die hoogrisicocontacten ziek is geworden.

Dan komen we op het eerste geval in Amerika. Dat was een student die terugkwam en klachten kreeg, die zich al een tijdje, een aantal dagen, afspeelden. Hij had met name last van hoesten. Hij meldde zich bij een EHBO en werd daar gezien. Daar werd een longfoto gemaakt, die u bovenaan de sheet kunt zien. Dat is in dit geval een normale longfoto, waar geen afwijkingen op te zien zijn. Hij werd naar huis gestuurd. Er werd wel gezegd: ga thuis in quarantaine. In wezen is dat hetzelfde systeem als we in Nederland hanteren. Er werden toen ook kweken, swabs, afgenomen voor het nieuwe coronavirus en die bleken uiteindelijk positief. Deze patiënt werd opgenomen en is inmiddels weer ontslagen. Bij deze patiënt is van belang dat men op verschillende plekken monsterringen heeft gedaan om te kijken of het virus aanwezig was. U ziet hier «positive» staan. Dat betekent dat de nasofarynx, de ruimte achter de keel, die je door de neus bemonstert, bij herhaling positief was. De keel, die je door de mond bemonstert, de zogenaamde orofarynx, was positief en werd later, in het beloop, negatief. De bloedbepalingen werden negatief, dus er werd geen virus aangetoond in het bloed. Verder was de urine negatief en was zijn ontlasting een keertje positief, wat samenviel met een periode van diarree. Dat wil niet zeggen dat de ontlasting besmettelijk is. Wat je doet, en dat geldt ook voor de andere monsters, is aantonen dat die reactie positief is en dat in ieder geval dat onderdeel van het virus aanwezig is. Het vereist hele andere technieken om te weten of het dan levend is. Maar dit was dus het eerste geval in Amerika, dus dat kreeg natuurlijk ook aandacht.

Dan hebben we ook nog een casus in Duitsland. Die heeft veel aandacht gekregen, dus daarom kom ik daar toch nog even op terug. Dat betreft – in het schema de bovenste index – het geval van een vrouw uit China die een conferentie bijwoonde van een autozaak of een autofabriek en vervolgens op het vliegtuig stapte en terugging naar China. Volgens opgave kreeg ze ongeveer acuut op het moment dat ze het vliegtuig inging klachten, maar zou ze daarvoor geen klachten hebben gehad. Dat heeft tot een aantal gevallen geleid in Duitsland, die overigens een zeer mild ziektebeeld hebben, maar die wel gepaard gaan met isolatie van het coronavirus. Die personen zijn dus waarschijnlijk besmet geraakt door die persoon uit China. Aanvankelijk was het verhaal dat dit een asymptomatisch geval was: iemand heeft geen klachten maar ziet wel kans om anderen te besmetten. Als dat zo is, heeft dat natuurlijk consequenties voor onze aanpak, want als je er niet meer op kan vertrouwen dat het een teken is van ziekte als iemand hoest, niest en koorts heeft, maar dat iedereen het dus kan zijn, wordt het natuurlijk een ingewikkeld verhaal. Daarom was dit een belangrijke publicatie.

Maar er was eigenlijk al meteen twijfel over hoe betrouwbaar het is uitgevraagd bij die mevrouw. Vanochtend verschenen verhalen van het Robert Koch Instituut in Duitsland dat ze de publicatie intrekken. Althans, zij waren er niet bij betrokken, maar zeggen dat het onvoldoende uitgezocht was en dat de publicatie in wezen foutief is en dat we de

publicatie waaruit overdracht blijkt door een persoon zonder klachten, uiterst kritisch moeten beoordelen. Voor ons is dat van belang voor wat we doen. We zeggen: iemand is besmettelijk als hij ziek wordt. Dat is een belangrijke cesuur, en dat willen we graag zo houden. Dit soort verhalen gaat daar eigenlijk tegenin. Het is nog maar de vraag hoe belangrijk het is. Maar goed, het is wel belangrijk om te realiseren dat het inmiddels is ingetrokken.

Een tweede punt dat van belang is om te realiseren hoe besmettelijk het nou eigenlijk is, is het overzicht van de gevallen in China en buiten China. We hebben buiten China meer dan 200 gevallen in 58 landen inmiddels. Maar wat u ziet op de grafieken aan de rechterzijde – misschien is het het handigst om naar de bovenste grafiek te kijken – zijn de gevallen en de start van de klachten bij die gevallen. In oranje ziet u de gevallen die een relatie hebben met Wuhan. Met andere woorden: dat zijn personen die Wuhan zijn uitgevlogen en in Japan of Amerika terecht zijn gekomen en daar pas ziek zijn geworden. U ziet dat dat het overgrote deel is van degenen die daar staan. Er is een klein aantal dat blauwig is gekleurd. Dat zijn de gevallen die zijn ontstaan omdat men anderen had besmet in de periode dat men ziek was maar nog niet als zodanig geïdentificeerd was. U ziet hier meteen al dat dat aantal ten opzichte van het aantal dat mogelijk anderen had kunnen besmetten, eigenlijk maar klein is. Dat betekent dat de R_0 waar ik het net over had, in de bovenste grafiek ver onder de 1 ligt en dus in wezen niet ertoe leidt – dat is wat we nu opmerken met de getallen – dat het ook buiten China elke twee dagen verdubbelt. Want dat zou je dan eigenlijk zien. Het aantal besmettingen buiten China van de gevallen die daar worden geïdentificeerd, is momenteel kleiner dan de R van 2,6 die ik u net noemde. Dat komt omdat mensen, blijkbaar toch getriggerd door kennis, contacten beperken of zich heel snel melden op het moment dat ze klachten hebben. Beide bepalen het aantal nieuwe problemen.

Inmiddels hebben we een aantal belangrijke parameters, getallen waar wij mee rekenen bij het modelleren van het verloop van de infectie. Daar ziet u hier een aantal van aangegeven. De blootstelling tot klacht is in wezen de incubatieperiode: wanneer ontwikkel je klachten nadat je bent blootgesteld? U ziet dat dat ook in grotere groepen – dit zijn 450 personen – nog steeds vier tot zes dagen is. De verdubbelingstijd – dat heb ik ook al even genoemd – is nog steeds zes tot zeven dagen, ook in grote groepen. Dus dat lijken inmiddels betrouwbare getallen. Aan de onderzijde ziet u twee hele belangrijke dingen. Ten eerste: hoe lang duurt het tussen het krijgen van klachten en het gaan naar het ziekenhuis? U zag dat het initieel ruim een week was. U ziet dat het inmiddels al is teruggelopen, ook in China, naar drie tot zes dagen. Dat is een hele belangrijke parameter, want als men ziek wordt en zich meteen meldt bij het ziekenhuis en in isolatie gaat, maakt dat de kans dat je anderen besmet natuurlijk kleiner. Bij SARS zagen we bijvoorbeeld dat die periode in het begin ook een week was en in de loop van de uitbraak terugging naar tot minder dan een dag. Dat reflecteerde zich meteen in een geweldige afname van het aantal nieuwe gevallen. Ten slotte de tijd van klacht tot opname. Daarvoor geldt eigenlijk hetzelfde, maar het is natuurlijk ietsje langer, want niet iedereen wordt blijkbaar meteen opgenomen in het ziekenhuis.

Dit zijn dus een aantal belangrijke epidemiologische parameters die we kunnen gebruiken om modelleringen toe te passen en om te kijken hoe zo'n uitbraak zich gaat ontwikkelen.

Met het volgende plaatje dat u ziet, wil ik u meenemen in de dilemma's waar wij ons in bevinden wat betreft de public health-aanpak. U ziet aan de linkerkant een piramide. Met de bovenste laag, in het donkerrood, wordt een groep personen bedoeld die heel snel overlijdt ten gevolge van hun ziektebeeld. Daaronder ziet u, in wat minder donkerrood, de personen die ernstig ziek zijn. Die groep zal wat groter zijn; dat is ook logisch. En

daaronder ziet u een hele groep die ofwel weinig ziek is, ofwel zelfs zonder klachten het virus soms even draagt. Op het moment weten wij nog niet waar dit nieuwe coronavirus zich exact op deze piramide bevindt. Maar dat is wel van heel groot belang. Dat heb ik geprobeerd aan te geven met de andere indicatoren, maar ook met wat u links ziet staan. Als het inderdaad zou gaan om een ziektebeeld zoals initieel gerapporteerd, waarbij personen heel snel naar de ic moeten en een groot aantal overlijdt, dan zal je zien dat men zich over het algemeen heel snel meldt bij het ziekenhuis, omdat men snel ernstig ziek is. Er komen dus veel patiënten in zorg, maar er zijn relatief weinig mensen buiten het ziekenhuis. Je ziet dan dat de verspreidingen zich met name binnen het ziekenhuis afspelen. MERS is bijvoorbeeld een voorbeeld daarvan en SARS overigens ook wel.

Dat betekent dat we dan zogenaamde super-spreading events krijgen. Dat is een ingewikkeld woord, maar dat zegt eigenlijk dat niet iedereen maar twee personen infecteert, maar dat sommige personen er plotseling twintig infecteren, bijvoorbeeld omdat ze aan zo'n vernevelaar worden gehangen en men niet op tijd herkent dat dat misschien een geweldig risico geeft. Dan heb je meteen een hele wachtkamer die besmet is. Dan ga je weer met twintig nieuwe aan de slag en moet je die weer allemaal inperken. Dat is een totaal ander beloop dan wanneer een uitbraak in wezen weinig zieke personen veroorzaakt en waarbij alleen sommige specifieke kwetsbaren ziek worden.

De voorzitter:

Meneer Jansen heeft een vraag.

De heer Jansen (PVV):

Ik heb een korte verduidelijkingsvraag: is dat ook een van de redenen – ik las dat in een van de stukken – dat er ook veel zorgverleners ziek zijn geworden in Wuhan?

De heer Van Dissel:

Ja. Dat is zeker iets waar je op let. Het valt ons eigenlijk juist op dat het er zo weinig zijn. Er is een caserecord bijgehouden. We zijn natuurlijk afhankelijk van de informatie die we krijgen, maar dit is wat we aan informatie hebben gehad. 7.000 personen van die eerste groep van december werden gevolgd. Dat zijn familieleden en zorgverleners. Daar zijn juist opmerkelijk weinig zieken in opgetreden: van die zorgverleners volgens mij een groepje van veertien en nog één apart. Die veertien zou misschien via zo'n super-spreading event kunnen zijn. Dan moet je – de duivel zit toch in detail – precies weten wat er gebeurd is om te kunnen interpreteren of dat erg is of dat er een misser is gemaakt. Maar wij vinden dus dat er juist weinig zorgverleners ziek zijn geworden, minder dan we zouden verwachten.

Als mensen weinig ziek zijn, verwacht je dat lang niet iedereen zorg zoekt. Of ze zoeken zorg bij het ziekenhuis en dan wordt er gezegd: u bent zo weinig ziek, gaat u maar weer naar huis. Van een aantal personen buiten China, van wie we veel betere informatie hebben, zien we dat ze opmerkelijk weinig ziek zijn. Dat doet vermoeden dat de uitbraak zich misschien ook aan de onderzijde afspeelt. Dat maakt het veel ingewikkelder, omdat dat om een veel grotere inspanning vraagt om de uitbraak te beheersen, omdat je dan vrij draconische maatregelen zou moeten nemen om bijvoorbeeld steden te isoleren. Dat zal deels de achtergrond zijn van het feit dat men daar in China toe is overgegaan. Helemaal rechts ziet u daarentegen dat de noodzaak van ingrijpende maatregelen beperkt is als men alleen maar heel ernstig ziek wordt in een korte periode, omdat zo'n uitbraak zich dan heel snel in het ziekenhuis concentreert, zeker als het bekend wordt. Dan zie je eigenlijk heel weinig nieuwe besmettingen buiten het ziekenhuis. Dit is van belang omdat het een beetje het huidige

dilemma weergeeft waar wij ons voor gesteld zien. Wat is nou op dit moment de beste aanpak? We krijgen een patiënt en het zou kunnen dat straks achteraf blijkt dat er voornamelijk weinig zieken zijn. Dan gaan we nu dus een heleboel doen, terwijl het misschien uiteindelijk allemaal meevalt. Maar we weten het gewoon nog niet. Dat betekent dat we momenteel toch rekening houden met het ernstige scenario. Om die reden zetten we iedereen apart die ziek wordt, volgens onze case definition, en bij wie we de link hebben. We isoleren zo iemand in het ziekenhuis, brengen zijn contacten in kaart en treffen daar maatregelen voor.

Dan wilde ik u nog even kort weer meenemen naar dat reproductiegetal. Dat is dus het gemiddeld aantal nieuwe besmettingen door één persoon. Dat is afhankelijk van een drietal grootheden, namelijk de waarschijnlijkheid van overdracht per contact, het aantal contacten per tijd en de duur van de besmettelijkheid. Die drie parameters bepalen hoe groot dat R_0 is. Ik heb met de rode bolletjes aangegeven hoe u zich dat kan voorstellen. Als u het rode bolletje naar beneden volgt, ziet u dat er eerst nog één rood wordt en dat het daarna niet meer lukt. Nou, dan is dus de R_0 kleiner dan 1 en stopt de uitbraak. Dan dooft die vanzelf uit, omdat het virus onvoldoende kans ziet om nieuwe gevoeligen te vinden, ze ziek te maken en de infectie door te geven. Het rijtje omhoog laat zien wat er gebeurt als R precies 1 is. Dan zal elke geval tot één nieuw geval leiden en heb je dus gewoon een stabiel aantal in de bevolking. Hoe lang dat duurt? Dat kan natuurlijk lang aanhouden, maar dan hangt het van de ziekteduur af hoe zich dat precies ontwikkelt. Bij een uitbraaksituatie – dat is nu zeker aan de gang in China – is de R_0 groter dan 1. In dit geval ziet u dat die 2 is; elk geval leidt tot twee nieuwe gevallen. Dan heb je dus een R_0 van 2. Voor al die onderdelen van de overdracht kan je specifieke public-healthmaatregelen nemen. Die ziet u hier aangegeven. Dat gaat bijvoorbeeld over waarschijnlijkheid van overdracht per contact. Dat kan je natuurlijk blokkeren door de bron weg te nemen. De bron in China kennen we helaas nog niet, dus dat is natuurlijk wel een groot probleem, want in theorie zou die nog kunnen voortduren. Je kan personen sneller opsporen. Je kan iedereen aanzetten tot hygiëne. Je kan sociale afstand propageren, die men vaak van nature al gaat nemen als men weet dat er een risico is. Dan gaan mensen op wat grotere afstand staan in de bus, in de lift et cetera. Profylaxe en vaccinatie zijn natuurlijk bij dit virus nog niet relevant. De duur van de besmettelijkheid – hoe lang loopt iemand buiten terwijl hij besmettelijk is voordat je hem in isolatie kan plaatsen – hangt natuurlijk af van hoe snel je personen herkent. Dat betekent dat het voor ons belangrijk is om awareness te kweken. Dat doen we door contact te hebben met onze artsen die betrokken zijn bij de infectieziektenbestrijding. Ook de toegang tot de zorg is natuurlijk van belang. Dat moet dan makkelijk zijn; je moet kunnen isoleren. Ten slotte is er het aantal contacten per eenheid. Je kunt je voorstellen dat dat afhangt van de vraag hoe goed je kunt isoleren en of je quarantaine kunt toepassen. Daarmee lopen immers de contacten die iemand heeft per definitie terug. Voorlichting is natuurlijk een maatregel en ook een beroepsverbod als een ziekte aan bijvoorbeeld een bepaald beroep gekoppeld is. Een boel van die maatregelen nemen we, dus ik hoop dat ik ze een beetje in perspectief heb geplaatst.

Misschien nog even over de mondkapjes, die natuurlijk vaak zijn genoemd. De mondkapjes die verkocht worden en die je over het algemeen ziet op televisie, zijn chirurgische mondkapjes. Die voorkomen dat de chirurg door een keertje te hoesten de patiënt besmet en niet dat vanuit de patiënt die geopereerd wordt allerlei dingen naar de chirurg opstijgen. Dus zo is dat kapje ook gebouwd. Die kapjes gebruiken we dus eigenlijk bij voorkeur juist om zieke personen zo'n kapje te geven, omdat ze dan minder verspreiden. Dat kun je doen in een wachtkamer en in een ziekenhuis. Wij vinden het van belang om dat nog even te zeggen, omdat

we natuurlijk een hausse op die mondkapjes zien, wat straks ertoe leidt dat we geen kapjes meer in het ziekenhuis hebben, terwijl we in het ziekenhuis onze zorgmedewerkers moeten beschermen tegen reële besmetting. Ik denk dus dat we echt moeten uitdragen dat dit geen realistische manier is om het tegen te gaan. Ze hebben ook geen oogbescherming. Dat zou je dan ook moeten doen. Als iemand gewoon op twee meter afstand blijft, is het überhaupt de vraag wat je met die kapjes moet.

In het ziekenhuis gebruiken we dus mondkapjes in situaties waar er een reële kans op overdracht is, namelijk bij een zieke patiënt. Dan gebruiken we ook goede mondkapjes, met een filter erin. Die zijn veel te duur om voor de lol aan te schaffen. Die zijn ook schaars en die willen we graag in het ziekenhuis gebruiken in de situaties dat er echt een reëel risico is voor zorgverleners. Het gebruik van mondkapjes in de algemene bevolking is dus echt niet een manier om dit te dempen. Veel beter is gewoon goede handhygiëne gebruiken. Want zoals ik net al zei: je raakt dingen aan waar het virus soms op aanwezig kan zijn, en dan zit je in je ogen of in de mond. Het wassen van handen, zeker voordat je dat soort dingen doet, heeft waarschijnlijk veel meer effect dan mondkapjes. Mondkapjes worden doorlaatbaar als je ze te lang gebruikt. Dat begint aan de buitenkant, die je dan weer aanraakt. Dat zijn allemaal redenen om dat niet te doen.

Dan wilde ik u nog even laten zien wat ik u net al zei over die ernstige en minder ernstige gevallen. In Wuhan heeft men er aanvankelijk voor gekozen om de definitie om te bekijken of er meer gevallen waren af te stemmen op de initiële gevallen. Dat waren dus mensen met koorts, hoesten en een longinfiltraat. Als je dat als werkhypothese gebruikt voor wat het ziektebeeld is, ga je natuurlijk ook alleen maar dit terugvinden. Want bij alle anderen zeg je: je voldoet niet en dan test ik je niet. Dat betekent dus dat zo'n case definition heel veel invloed heeft op hoe wij bijvoorbeeld naar het sterftepercentage kijken. Inmiddels zitten we natuurlijk over de 400, maar u ziet dat er een aantal dagen terug – ik geloof dat het vrijdag was – iets van 14.500 bevestigde gevallen waren en 305 doden. Dan kom je op een sterfte van 2% tot 3%. Dat is met de case definition die toen in China werd gehanteerd. Als daar, zoals u zich kunt voorstellen, dus ook gevallen zijn – daar zijn alle indicaties voor – die veel minder ernstig ziek zijn en lang niet altijd in het ziekenhuis komen, dan kom je eigenlijk aan de rechterzijde terecht, namelijk dat het totaal aantal personen veel hoger is. De sterfte zal over het algemeen wel hetzelfde blijven. Dan zie je dat het sterftepercentage natuurlijk geweldig afneemt.

De voorzitter:

Er zijn twee vragen, van de heer Renkema en van mevrouw Van den Berg.

De heer Renkema (GroenLinks):

In China is dus eigenlijk de diagnose alleen gesteld bij mensen als er ook sprake was van longinfiltraat.

De heer Van Dissel:

Aanvankelijk, ja. Inmiddels heeft men dat ook verruimd. Dat is misschien een reden dat je plotseling ziet dat er veel meer gevallen zijn. Maar de vraag blijft nog steeds of de huidige definities die ze gebruiken voldoende het hele beeld in zich hebben.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Helemaal aan het begin van uw betoog noemde u een percentage van ongeveer 10%.

De heer Van Dissel:

Dat klopt.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Hoe moet ik dat nou vergelijken met deze cijfers?

De heer **Van Dissel**:

Dat is eigenlijk precies de illustratie van wat ik u hier probeer te laten zien. Die 10% waren de eerste 41 personen. Om een dergelijk iets op te pakken als dokter moet je met iets bijzonders worden geconfronteerd. In die eerste groep zaten bijvoorbeeld meer jongeren en daar was de sterfte dus heel hoog, maar dat kwam gewoon doordat ze allemaal heel erg ziek waren. Toen heeft men dus gezegd: nou, dan gaan we kijken hoe vaak dit verder voorkomt in de bevolking. Toen zag men dat die groep eigenlijk veel groter was en dat het bij lang niet allemaal leidde tot sterfte. Als je dat doortrekt en je er dus van uitgaat dat er misschien nog veel meer personen zijn die zelfs niet zo ziek zijn dat ze opgenomen hoeven te worden – daar zijn wel de indicaties van – dan kom je eigenlijk in het rechter beeld. Omdat het niet waarschijnlijk is dat er een heleboel sterfte is die zich afspeelt buiten het zicht van de gezondheidszorg, dus dat je daar plotseling een piek in zou hebben, betekent dat per definitie dat het sterftepercentage van zo'n uitbraak dan percentueel geweldig daalt. Dan kom je natuurlijk bij getallen die, zoals ik zo zal laten zien, die misschien wat meer in de orde van grootte van griep liggen. Dat is natuurlijk weer van belang voor de wijze waarop je uiteindelijk met je maatregelen omgaat. Maar dat weten we nog niet, hoor; dat wil ik benadrukken. Omgekeerd heb ik ook al gezegd dat, als er nog mensen zijn opgenomen, die sterfte juist weer kan toenemen, omdat die sterfte natuurlijk op grond van het totaal aantal van dat moment wordt bepaald. Maar goed.

Ik ben bijna aan het eind gekomen. Ik wilde u nog even de vergelijking met SARS laten zien. Dat is ook een coronavirus. Daarbij was er een sterfte van ongeveer 10%. Bijna iedereen werd in het ziekenhuis opgenomen. SARS was uiteindelijk in te dammen, omdat men pas besmettelijk was op het moment dat men ziek was. Dat maakte het in wezen relatief eenvoudig om daar dan de public-healthmaatregelen voor vast te stellen. Bij het Wuhan-coronavirus – dit zijn natuurlijk weer de getallen van eind vorige week – ligt de sterfte dus op dit moment rond de 2,1%, waarbij we eigenlijk niet weten of iedereen in het ziekenhuis wordt opgenomen. De sterfte is dus in ieder geval qua aantallen wel hoger dan bij SARS.

Je kunt die vergelijking iets verder doortrekken naar, heel willekeurig hoor, ebola en naar seizoensgriep in Nederland en ook naar algemene longontsteking in Nederland. We hebben in Nederland tussen de 35.000 en 40.000 longontstekingen waarbij mensen worden opgenomen in het ziekenhuis. Dat is een behoorlijk aantal. Daar is de sterfte 8% tot 9%. Dat kent natuurlijk een aantal verwekkers. Bij lang niet alle longontstekingen zullen we meteen een verwekker vinden, maar het sterftepercentage is dus toch aanmerkelijk. Dan heb je de corona-uitbraak, waar we een sterftepercentage van 2% tot 3% kennen, met een heleboel onzekerheden, want we kennen het totaal aantal zieken wellicht niet en misschien ook niet exact alle opnames.

Dan heb ik het nog even afgezet tegen ebola. Dat is wellicht een dramatisch voorbeeld, maar de uitbraak in West-Afrika kende iets van 29.000 zieken en ruim 11.000 sterfgevallen. Daarbij is dus een sterfte van 40% tot 60%. Uiteindelijk is deze uitbraak ook beteugeld op een soortgelijke wijze. En ik wilde u ook nog even het influenzaseizoen laten zien, waarbij we uiteindelijk toch behoorlijk wat druk op de zorg ervoeren, doordat ziekenhuizen en ic's vol lagen. Dat was in 2017–2018. Toen hadden we ongeveer 16.000 opnames en bijna een miljoen zieken in de bevolking, dus ongeveer 1 op de 16. Er was een oversterfte tijdens deze periode – dat weet je natuurlijk nooit voor 100% zeker – van ongeveer 9.500. Dan kom je op een percentage van ongeveer 1%.

Dit noem ik om even in perspectief te plaatsen dat het hebben van een longontsteking in Nederland door een bekende verwekker, waar we ook een behandeling voor hebben, ook niet altijd leidt tot een gunstig beloop. Dat komt natuurlijk met name omdat het dan kwetsbare ouderen betreft die onderliggende problemen hebben met hart, longen of nieren, of die ernstige suikerziekte hebben. Die kunnen de aanslag van een ontsteking en de koorts, die gewoon extra activiteit vragen, niet aan.

Dan kom ik weer bij mijn eerste dia terug, waarvan ik hoop dat ik de meeste aspecten iets heb verdiept in het verhaal. Het virus heeft een incubatietijd van korter dan een week. Er zijn met name luchtwegklachten, maar soms ook diarree. Bij opgenomen patiënten kan het ernstig verlopen. We zijn nog onvoldoende geïnformeerd over de patiënten buiten het ziekenhuis. Het is een nieuw virus. Druppel en contact wordt toch beschouwd, ook door China CDC, als belangrijkste wijze van overdracht. Dat betekent dat wij dan weten wat we moeten doen om een patiënt goed te isoleren. Er is zeer veel onzekerheid over de vraag of asymptomatische overdracht, dus overdracht door iemand zonder klachten, wel optreedt. Er was een aanvankelijke verdubbeling van zes dagen met een reproductiegetal van 3, waarvan we verwachten dat het inmiddels lager is, omdat domweg iedereen gewoon meer hygiëne betracht en afstand neemt.

Dan nog even de maatregelen. Handen wassen en hygiëne in het algemeen. In het ziekenhuis liggen zieken die een hogere virale load hebben en die dus meer kans hebben op overdracht. Om de zorgverleners goed te beschermen nemen we de extra maatregelen die ik hopelijk heb uitgelegd.

Daar wilde ik het bij laten. Dan zal Aura Timen nog wat over de aanpak vertellen.

De voorzitter:

Ik stel voor dat we meteen doorgaan met het volgende verhaal. U kunt natuurlijk de verhelderingsvraag blijven stellen. Ik stel voor dat we daarna wat meer andere vragen stellen.

Mevrouw Timen:

Ik zal ingaan op de organisatie van infectieziektenbestrijding. Ik begin met de Wet publieke gezondheid, die de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastlegt voor de bestrijding en voor het handelen van de overheid ten aanzien van patiënten die besmet zijn met een infectieziekte. Het belangrijkste, de hoeksteen van de Wet publieke gezondheid, is de meldingsplicht. In de meldingsplicht – daar kom ik zo op terug – wordt vastgelegd welke ziektes op welk moment gemeld moeten worden en welke gegevens dan aan de overheid moeten worden doorgegeven door de behandelaren en laboratoria in Nederland. Infectieziektenbestrijding berust op een decentrale verantwoordelijkheid van de gemeenten. Hierop zal ik ook terugkomen en ik zal ook stilstaan bij de rol van de Minister bij A-ziekten. Daarnaast is het zo dat de 355 gemeenten in Nederland allemaal zijn aangesloten bij een van de 24 GGD GHOR-regio's in Nederland.

Op de volgende slide wordt uitgelegd hoe de meldingsplicht in de Wet publieke gezondheid is opgenomen. We maken onderscheid tussen vier soorten ziektes: A-ziektes, B1-, B2-, en C-ziektes. Ik neem met u de groep A-ziektes door. Dat zijn verreweg de meest belangrijke voor de volksgezondheid. Daarin zitten dus aandoeningen die een grote bedreiging vormen voor de volksgezondheid in Nederland, maar ook in buitenlands perspectief, te beginnen dus met MERS, SARS – dat zijn twee coronavirussen – en sinds kort het novel coronavirus oftewel het nieuwe coronavirus. Daarbij hebben we ook polio, de virale hemorrhagische koortsen, dus ebola, marburg, lassa, en een oude bekende die helemaal is uitgeroeid op deze wereld, namelijk de pokken.

In groep A zitten dus aandoeningen waarbij de overheid maatregelen kan nemen bij de besmette personen en bij de contacten van die persoon. Bij de besmette persoon, oftewel de zieke, de patiënt, kan ook een gedwongen maatregel worden genomen, zoals de gedwongen isolatie, maar ook gedwongen onderzoek in het lichaam van de patiënt. Vervolgens kan ook een gedwongen maatregel in de zin van een verbod op beroepsuitoefening van de patiënt worden genomen. Ten aanzien van de contacten van een patiënt van de groep A-ziektes kunnen ook gedwongen maatregelen worden genomen in de zin van gedwongen quarantaine, inclusief medisch toezicht. Deze mensen kunnen dus worden verplicht om hun temperatuur of andere klachten door te geven aan de GGD. De behandelaren in Nederland en de laboratoria die een ziekte uit groep A vaststellen of vermoeden, dienen dit onmiddellijk te melden aan de GGD in de regio waar de patiënt woont. Dit is dus verreweg het belangrijkste instrument dat wij vanuit de overheid hebben om een infectieziekte in groep A te kunnen indammen.

Groep B1 omvat de ziektes waarbij geen mogelijkheden zijn voor gedwongen maatregelen voor contacten, maar wel voor gedwongen maatregelen ten aanzien van de patiënten. Groep B2 omvat ziektes waarbij alleen een verbod op beroepsuitoefening kan worden afgegeven. In groep C zitten ziekten waarbij geen dwingende maatregelen kunnen worden opgelegd, maar deze ziekten zijn heel erg belangrijk om gemeld te krijgen, zodat wij op tijd kunnen helpen bij de bestrijding, met bijvoorbeeld vaccinaties of profylaxe.

Bij de Wet publieke gezondheid ligt de verantwoordelijkheid dus bij de burgemeester en de veiligheidsregio in die zin dat het college van burgemeester en wethouders verantwoordelijk is voor de uitvoering van de algemene infectieziektenbestrijding. Daarbij is de burgemeester verantwoordelijk voor de bestrijding van een epidemie of een uitbraak van ziektes in groep B1 tot en met C. De voorzitter van de veiligheidsregio zorgt voor de uitvoering van de bestrijding van een ziekte uit groep A. Daarbij is het belangrijk om te zeggen dat de Minister de leiding heeft bij de bestrijding van ziektes uit groep A. Dat kan betekenen dat de Minister bijvoorbeeld de voorzitter van de veiligheidsregio bepaalde maatregelen of adviezen kan opdragen. De Minister kan ook leiding geven aan de bestrijding van een infectieziekte uit groep B1 of B2 als de burgemeester daarom vraagt.

Hoe werkt dat dan in tijden van een crisis? Als er een crisis of een bedreiging voor de volksgezondheid is, die blijkt uit de reguliere surveillance in Nederland of uit signalen uit het buitenland, wordt in Nederland het Outbreak Management Team bijeengeroepen. Dat is een groep van deskundigen die te allen tijde bereid is om de overheid te voorzien van een wetenschappelijk advies over hoe een bepaalde ziekte kan worden ingeschat in termen van risico's en welke maatregelen het beste genomen zouden kunnen worden. Het OMT bestaat uit een vaste kern van kernleden, die altijd, bij iedere ziekte, aanwezig zijn. Die kern wordt aangevuld met specifieke expertise, afhankelijk van het type ziekte dat op dat moment speelt. Het OMT brengt advies uit aan een bestuurlijk afstemmingsoverleg, voorgezeten door de DGV, de directeur-generaal Volksgezondheid. Daarin vindt de bestuurlijke weging van het advies plaats, op basis van uitvoerbaarheid, bestuurlijke gevolgen en implementeerbaarheid. Wanneer het BAO tot een advies aan de Minister komt, dan is de Minister degene die het politieke besluit neemt over de te volgen maatregelen. Wanneer een besluit is genomen door de Minister, wordt dit besluit gecommuniceerd met het veld via het Clb, het Centrum Infectieziektenbestrijding van het RIVM.

Ik zal u een paar voorbeelden laten zien. Dit systeem van crisisbestrijding is in Nederland ontstaan naar aanleiding van de laatste poliomyelitis- of polio-uitbraak in Nederland in 1992. Bij de evaluatie daarvan bleek dat er tegelijkertijd verschillende richtlijnen werden gebruikt, waardoor er heel

veel onrust bestond in het veld. De toenmalige Minister Borst heeft toen de OMT-BAO-structuur in het leven geroepen. Die OMT-BAO-structuur is voor het eerst getest bij de pestuitbraak in India. Daarna zien we tot 2000 een aantal keer deze OMT-BAO-structuur opereren. We zien ongeveer één keer per jaar een dreiging voor de volksgezondheid die een dergelijke opschaling nodig heeft voor de advisering en besluitvorming. Ik neem u mee naar de jaren daarna en dan zien we in 2003 SARS. Op eigenlijk dezelfde manier als wij nu met het coronavirus doen, heeft dat toen ook geleid tot een opschaling in de OMT-BAO-structuur. Er zijn toen op dezelfde manier adviezen gegeven aan de Minister met betrekking tot de maatregelen. SARS is voor ons belangrijk, omdat dat ook het moment was waarop er in Europa een nieuw Europees centrum voor infectiepreventie en -controle is ingericht en waarop ook in Nederland het Centrum Infectieziektenbestrijding bij het RIVM is ingericht om gecoördineerd, samen met het veld, de bestrijding vorm te geven. Ik zie dat er een vraag is.

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

Ik zie dat u twee keer iets schuingedrukt heeft weergegeven, met Latijnse namen. Is dat puur vanwege het Latijn of is dat vanwege iets anders?

Mevrouw **Timen**:

Dat is een wetenschappelijke usance. Namen van verwekkers moeten schuingedrukt weergegeven worden. Als ik dat niet doe, is dat natuurlijk niet goed.

Dan neem ik u mee naar onze tijden. De afgelopen tien jaar zien we hier dus dat MERS, dat ook een coronavirus is, ook op deze manier is opgepakt, in deze opschalingsstructuur. En in 2020, dit jaar, heeft het nieuwe coronavirus aanleiding gegeven tot nieuwe adviezen.

Ik wil ook benadrukken dat naar aanleiding van dit soort crisissen in WHO-verband de internationale gezondheidsregelingen zijn herzien. Dat is gebeurd in 2005. De nieuwe internationale gezondheidsregelingen bieden nu de mogelijkheid om de directeur-generaal van de WHO een public health emergency of international concern of, met andere woorden, een internationale noodsituatie te laten afkondigen. Dat is nu ook gebeurd met betrekking tot het nieuwe coronavirus. Voor het eerst is dat gebeurd naar aanleiding van de pandemie in 2009. Daarna is het een keer gebeurd voor polio, twee keer voor ebola en één keer voor zika. We zitten nu dus te kijken naar de zesde public health emergency of noodsituatie.

Het staat niet op een dia, maar ik zal het u even in twee tellen uitleggen: wij werken dus in Nederland samen met de WHO in het kader van de internationale gezondheidsregelingen of international health regulations. Daarbij hebben alle landen in de Verenigde Naties zich gecommitteerd om, samen met de WHO natuurlijk, wanneer er sprake is van een dreiging, deze dreiging te melden en vervolgens een gezamenlijke afweging te laten plaatsvinden over de noodzaak van maatregelen. We werken ook samen met de landen in de Europese Unie in het kader van Besluit 1082 van het Europees parlement, waarin heel duidelijk staat welke bedreigingen dienen te worden gemeld door een land aan alle andere landen in Europees verband als er sprake is van een grensoverschrijdende problematiek. Er zijn dus de internationale gezondheidsregelingen van de WHO en er is het Besluit 1082 van het Europees parlement.

Samenvattend: in Nederland vindt de expertadvisering dus plaats door het Outbreak Management Team op basis van de meest recente wetenschappelijke stand van zaken op dat moment; de bestuurlijke weging van de adviezen vindt plaats in het BAO en het besluit ligt bij de Minister van VWS.

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

Ik heb even een vraag. Er staat hier: de Minister van VWS. Het is de Minister van VWS en niet de Minister voor Medische Zorg die dit doet?

Mevrouw **Timen**:

In dit geval is het de Minister voor Medische Zorg. De slide is natuurlijk vaker toegepast.

De website van het RIVM geeft informatie over het nieuwe coronavirus. Het is belangrijk om te benadrukken dat deze informatie is vormgegeven zowel voor het publiek als voor de professionals. Er zijn dus verschillende ingangen. De website omvat vragen en antwoorden voor het publiek. Die worden echt realtime aangepast, dus zodra er een nieuwe vraag gesteld wordt, wordt geprobeerd om daar meteen een antwoord op te geven en deze vraag op te nemen in deze lijst. De lijst is dus heel erg lang. Ik heb alleen een printscreen laten zien, om te laten zien hoe het eruitziet. Tegelijkertijd is er bij het RIVM een infopunt waar publiek naartoe kan bellen en vragen kan stellen over het coronavirus en waar ook antwoorden worden gegeven. Ook GGD's gebruiken deze vragen en antwoorden om de mensen in hun regio te voorzien van informatie als zij een beroep op hen doen.

Voor het publiek zijn er ook korte filmpjes gemaakt die ingaan op de meestgestelde vragen. Deze korte filmpjes leggen heel duidelijk uit wat de meest belangrijke informatie is over een bepaald onderwerp. Bijvoorbeeld: wat betekent isolatie? Wat weten we van het coronavirus? Hoe gaat het met de verspreiding? Deze worden ook gebruikt in de communicatie via social media, zodat we zo veel mogelijk mensen daarmee kunnen bereiken.

De informatie voor professionals is ook gerubriceerd op de website van het RIVM, met ingangen voor verschillende typen zorgprofessionals, maar ook met links naar onze internationale collega's, zodat op ieder moment de meest recente informatie op deze manier samengevat wordt. Dit is wat ik op dit moment wilde vertellen.

De **voorzitter**:

Dank u wel voor uw beider betogen. Heeft u nog een verhelderende vraag op dit punt, mevrouw Van den Berg? Dan mag dat.

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

De laatste sheet die wel bij ons pakketje zit, maar niet door u werd getoond, gaat over die filmpjes. Daarop staat dat het coronavirus zich niet kan verspreiden via gewone post of pakketpost. Veel mensen bestellen natuurlijk dingen. Kunt u daar nog wat over vertellen?

Mevrouw **Timen**:

Ja, dat is inderdaad een heel veel gestelde vraag. We weten van dit coronavirus dat het heel kwetsbaar is, dus dat het heel snel doodgaat. Er is dus geen sprake van risico's bij pakketten die onderweg zijn naar Nederland vanuit dat gebied. Bovendien heeft een virus om zich te vermenigvuldigen cellen nodig van mensen of van dieren. Het zal niet overleven op een oppervlakte.

De **voorzitter**:

Dank u wel voor uw beider verhalen. Ik vraag of de heer Ter Schegget ook nog iets heeft toe te voegen. Of is dat niet nodig, meneer Ter Schegget?

De heer **Ter Schegget**:

Ik heb geen presentatie. Ik ben hier vooral omdat er misschien praktische vragen zijn. Uiteindelijk moet al deze informatie vertaald worden naar de vragen van het publiek, naar een situatie waarbij er een melding is zoals net aangegeven bij een A-ziekte. Dan is er bijvoorbeeld een huisarts die

belt en zegt dat hij een patiënt met klachten heeft, een verhaal. Dat toetsen wij: voldoet dat aan de case definition zoals die genoemd is? Dan komen wij in actie om in overleg met de LCI te besluiten of een patiënt bemonsterd moet worden. Daar zijn wij dus als GGD allemaal op voorbereid. En wij richten ons met name ook – want dat is nu heel actueel – op alle vragen die er zijn van publiek, professionals en van bedrijven met terugkerende mensen. Daar zijn de Q&A's behulpzaam voor, maar sommige mensen willen een en ander toch nog toegelicht krijgen, dus dat doen wij. Daarnaast zijn wij natuurlijk de afgelopen dagen als GGD nauw betrokken geweest bij de repatriëring – de begeleide terugkeer, zoals dat mooi heet – van evacués. Daar ben ik allemaal bij geweest, dus mochten daar vragen over zijn, dan kan ik die hopelijk beantwoorden.

De voorzitter:

Dan stel ik voor dat we nu één vraag per persoon gaan stellen, want we zijn best wel met een grote club. Ik wil graag bij de aanvrager van deze briefing beginnen, de heer Jansen van de PVV. Het lijkt me goed dat we de vragen even inventariseren en dat u dan zelf kijkt wie daarop gaat antwoorden.

De heer Jansen (PVV):

Mijn vraag is voor de heer Ter Schegget, als ik het goed heb gehoord. U zegt: ik ben ook betrokken geweest bij de evacués uit Wuhan. Kunt u aangeven waarom er een onderverdeling is gemaakt tussen mensen die in eigen omgeving in isolatie kunnen en mensen die centraal worden opgevangen? Ik wil graag weten waarom dat zo is. In de meeste landen om ons heen worden mensen wel op een centrale locatie opgevangen, dus daar krijg ik graag een antwoord op.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Dank voor de zeer heldere presentatie. Ik heb eigenlijk maar één vraag en ik weet niet of die hier te beantwoorden is: moeten mensen zich zorgen maken? Ik krijg zóveel bezorgde reacties over quarantaine, over het stoppen met werken, over het openbaar vervoer platleggen. Mensen maken zich heel veel zorgen. Vandaar mijn vraag: moeten mensen zich zorgen maken?

De heer Van Otterloo (50PLUS):

Mijn vraag gaat over de achterkant. Ik geloof dat als je zo kijkt, we aan het begin zitten van het ontdekken hiervan en dat dit misschien net zo gevaarlijk is voor een aantal kwetsbare mensen als de griep. Of is het onderscheid daarmee nou juist dat bij die eerste gevallen ook veel jongere mensen getroffen werden door dit virus, waardoor het juist voor die groep, die niet kwetsbaar was, wel een hoog sterftepercentage opleverde?

Mevrouw Van Esch (PvdD):

Ik wou nog ingaan op de oorzaken waar u aan refereerde. Als oorzaak van onder andere dit coronavirus, maar ook als een oorzaak van MERS en SARS wordt wel aangegeven dat de handel in wilde dieren daarin een rol zou hebben. Ik ben benieuwd wat uw visie daarop is, hoe u daarop kunt reflecteren en of dat volgens het RIVM ook zo zou kunnen zijn. Ik zeg er alvast kort bij: ik moet zo naar een VAO, dus ik ben zo weg, maar er zit zeker een medewerker bij en die luistert naar uw antwoord. Maar als ik weg ben, dan is dat de reden.

Mevrouw Kuik (CDA):

Ik heb een vraag voor de heer Van Dissel. U gaf aan dat we eigenlijk niet weten hoe groot die piramide is. Er kan dus nog een hele strook onder zitten. Er zijn dan misschien wel draconische maatregelen nodig zoals het

isoleren van steden. Kunt u daarop ingaan? Dat hebben we natuurlijk in China wel gezien, maar is die situatie hier ook denkbaar?

De heer **Hijink** (SP):

Mijn vraag sluit een beetje aan op de vraag van mevrouw Dik-Faber. Wij hebben gezien dat er voor deze uitbraak enorme media-aandacht is. In hoeverre is die in uw ogen nog proportioneel? Wordt het in uw ogen enorm opgeblazen of moeten wij ons wel degelijk, zoals mevrouw Dik-Faber stelt, misschien wel zorgen maken? Ik denk dat dat richting het publiek een belangrijke vraag is die een antwoord nodig heeft.

De heer **Veldman** (VVD):

Dank voor de hele heldere toelichting over zowel het nieuwe coronavirus als over de wijze waarop wij dit in Nederland organiseren. Als ik dan de verschillende staatjes naast elkaar leg, kun je twee kanten op redeneren. Als je die grote groep hieronder ziet en je vergelijkt het dan met het influenzavirus, dan valt het misschien allemaal wel mee. Dan zou de sterfte minder dan 1% kunnen zijn. Elke overledene is er natuurlijk één te veel, zou je zeggen, maar dan valt het misschien mee. Tegelijkertijd weten we dit niet, dus het kan ook erger worden. Stel dat we daar nou van uitgaan, dus dat het erger kan worden. Dan hebben we op zich een goed systeem in Nederland, met het Outbreak Management Team en met advies door dat bestuurlijk afstemmingsoverleg, waarna de Minister een besluit neemt. Stel nou dat er zwaardere maatregelen nodig zijn, zijn we daar dan op ingericht? Ergo, stel nou dat u tot de conclusie komt met een advies aan de Minister: u moet dit of dat gaan doen. Wat hebben we daar dan meer voor nodig dan wat nu bij u bekend is, om dat ook te kunnen doen? Zijn dat dan dingen waar we ons op kunnen voorbereiden of zijn dat dingen waarover vervolgens politiek misschien terecht een zorg kan worden geformuleerd, in de zin van: daar zijn we dan niet voor toegerust?

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Allereerst wil ik ook mijn dank uitspreken voor de uitgebreide en goed onderbouwde presentaties over de vraag over welk virus we het eigenlijk hebben, maar ook over hoe we dit in de publieke gezondheidszorg in Nederland hebben geregeld. Mijn vraag sluit aan op die van mijn collega van de VVD. Ik heb ze ook bij andere dossiers gezien: zo'n Outbreak Management Team en een bestuurlijk afstemmingsoverleg. Dat zijn van die mooie Nederlandse polderbegrippen. Maar ik kan me voorstellen dat jullie, nog even los van dit virus, maar gewoon als RIVM, ook weleens denken in scenario's: stel dat er een virus komt dat dit of dat doet, wat voor maatregelen zijn er dan nodig? Zijn dat soort scenario's er? En dan wil ik dat even losmaken van het huidige coronavirus.

De **voorzitter**:

Dan mag ik zelf ook nog een vraag stellen. Dat sluit ook een beetje aan bij de vraag of die pandemische planning op orde is. In het verleden gingen daar namelijk ook weleens wat andere geluiden over op. Wanneer is het moment dat je daarover kunt communiceren, ook in relatie tot andere EU-landen?

De heer **Ter Schegget**:

Er is inderdaad gekozen voor de mogelijkheid van thuisisolatie. In de praktijk zijn niet alle mensen in thuisisolatie, maar zijn er een aantal in een centrale opvang. Dat wekt misschien het beeld alsof dat inhoudelijke keuzes zijn ten aanzien van het ziektebeeld. Dat is niet het geval, maar dat zijn hele praktische zaken. Sommige mensen hadden geen mogelijkheid om voor thuisisolatie te kiezen, omdat ze hier geen huis hadden en geen familie hebben om daarvan gebruik te maken. Wij hebben de afgelopen dagen ook gemerkt dat sommige mensen zelf deze keuze maken, omdat

zij zeggen: ik vind het prettiger om het zo te doen; ik wil daar mijn familie niet mee belasten. Of dat nou reëel is of niet, die mensen hebben die keus kunnen maken.

Dan thuisisolatie op zich. Het klopt dat allerlei landen dit op een eigen manier plannen. Thuisisolatie hebben wij ook in eerdere situaties als mogelijkheid in het scenario, in de oplossingen, opgenomen. Dat is veilig uit te voeren. Het heeft natuurlijk als groot voordeel dat je mensen toch wat meer comfort biedt als dat kan onder bepaalde voorwaarden. Dat hebben we bij de inkomst ook met al die mensen besproken. Waar ga je naartoe? Heb je een eigen slaapkamer? Het moet niet een woning zijn waar tien mensen rondlopen, maar er mag best een partner zijn. Of het is bij ouders. Met de instructies die de mensen meekrijgen, is het volstrekt verantwoord om het op die manier te doen; dan is dat veilig. Als het hele grote groepen zijn, wordt het misschien ingewikkelder, maar zeker in deze situatie was dat een prima oplossing. Die mensen – dat proef je ook – zijn blij dat ze naar een soort huis kunnen. Het is toch niet niks als jou veertien dagen beperkingen worden opgelegd.

De heer Van Dissel:

Misschien kunnen we wat zeggen over een aantal vragen die wel een beetje met elkaar complementair zijn of op elkaar aansluiten. Die vragen hebben te maken met de ouderen en de jongeren. Als het een uitbraak wordt die zich nog buiten het zicht afspeelt in de bevolking en met een veel minder ernstig beeld – zo ging het althans met name in China – dan verwacht je eigenlijk een beetje, naar analogie van griep, dat vooral kwetsbare personen getroffen zullen worden. Dat is natuurlijk weer een nieuwe zorg. Dat is dan weer het volgende dilemma: hoe kunnen we maatregelen nemen om te zorgen dat dat minder speelt?

Momenteel weten we het niet. Ik denk dat de algemene indruk nu van alle grote series met betrekking tot de sterfte is dat het toch de oudere groep en de kwetsbare groep zijn die komen te overlijden. In die zin doet dit heel erg denken aan de groep die bijvoorbeeld ook bij griep in de problemen kan komen. Dat je dat niet in de allereerste publicaties misschien gezien hebt, is denk ik gewoon gezichtsbedrog in die zin dat artsen op de ic het nou eenmaal eerder oppikken dat jongere mensen overlijden, die er ongetwijfeld ook onder zitten, dan wanneer een ouder persoon overlijdt aan een longontsteking. Ik denk dus dat dat initieel heeft geleid tot het opmerken van deze uitbraak, dus dat daar relatief meer jonge mensen in zitten. Maar ik denk dat het daarna toch duidelijk is geworden dat het veel meer de ouderen zijn die in het ziekenhuis in de problemen komen. Dat maakt natuurlijk ook dat het met betrekking tot de grootte van de piramide – dat was de vraag die aan de overzijde werd gesteld – ingewikkeld wordt hoe draconisch de maatregelen nu moeten zijn. In China wordt een stad van 30 miljoen afgesloten en dat is toch wel een indrukwekkend iets. Ik kan me voorstellen dat daar media-aandacht voor is. Dat is niet iets wat we elke dag tegenkomen, dus dat daar enige aandacht voor is, kan ik wel begrijpen. De vraag is natuurlijk uiteindelijk wat nou het kantelpunt is waardoor je zegt: de hoeveelheid weinig zieken is dermate groot en het percentage dat uiteindelijk komt te overlijden is dermate klein dat het ons eigenlijk doet denken aan ziektebeelden die we al lang kennen, zoals bijvoorbeeld griep. Tegen griep kunnen we dan ook nog eens vaccineren, als we dat zouden willen. Daar kunnen we ook nog winst in behalen. Dan kijk je toch anders aan tegen een dergelijk ziektebeeld, maar nu weten we het gewoon nog niet.

U vroeg: zijn dergelijke maatregelen dan in Nederland ook ons voorland? Dan denk je veel eerder dat je veel meer informatie hebt en dat je op een gegeven moment op een kantelpunt kan komen waarbij je zegt: misschien moeten we dit op een andere wijze gaan bestrijden of ons alleen maar richten op kwetsbare groepen en het verder laten gaan. Alleen weten we dat gewoon domweg op dit moment nog niet. Dat maakt het momenteel

zo ingewikkeld om een goede route te kiezen. Je wilt uit voorzorg nu gewoon rekening houden met het ergste, terwijl je natuurlijk hoopt dat het allemaal geweldig meevalt en dat we straks misschien te horen krijgen dat we moeten afschalen. Maar dat punt moet weer gebaseerd zijn op getallen, op wetenschap, en die informatie ontbreekt momenteel, ofschoon er dus wel aanwijzingen zijn, met name door te kijken naar de personen buiten China, dat het daar misschien naartoe gaat. Op de Filippijnen is nog maar één persoon van meer dan tweehonderd patiënten overleden, en die lijken over het algemeen toch ook minder ziek dan zeker de initiële beschrijvingen. Maar ja, het blijft gewoon koffiedik kijken op dit moment.

Er werd nog gevraagd naar de ic en naar de voorbereidingen in ziekenhuizen voor als het misschien heel ernstig zou worden. We hebben in kaart gebracht wat we grofweg aan beschikbare bedden en beademingsmogelijkheden hebben, met name op de ic's, want dat blijft natuurlijk kritisch. Uiteindelijk is het zo dat als een uitbraak doorgaat en ernstig zou worden, je dat vreemd genoeg weer op een andere manier kunt aanpakken in ziekenhuizen en verpleeghuizen. Dan doe je zogenaamde cohortverpleging. Als je toch weet dat ze allemaal ziek zijn door dezelfde ziekteverwekker, hoef je geen ingewikkelde ruimtes te gaan maken, maar dan kunnen ze bij elkaar in ruimtes. Dan doe je dus bij wijze van spreken cohortverpleging op hele afdelingen, waardoor de druk op de zorg anders wordt. Die blijft natuurlijk nog steeds, maar dan ben je in ieder geval niet meer beperkt door bijvoorbeeld het aantal isolatiekamers dat beschikbaar is. Overigens is dat aantal in Nederland redelijk groot, door de bouw van de ziekenhuizen. Maar dan ga je het op een andere manier aanpakken. Dan wordt het nog belangrijker om er tijdig van te weten en een soort prognose te kunnen maken met betrekking tot hoe ernstig een ziektebeeld gaat verlopen. Het gaat er dan om of je bijvoorbeeld ook zuurstoftoediening niet zozeer in een ziekenhuis, maar bijvoorbeeld in een verpleeghuis mogelijk kan maken om kwetsbare ouderen daar hulp te geven en die hulp alleen beperken tot wat nodig is, zodat je de ziekenhuiszorg weer gereedhoudt voor de ernstige gevallen. Er zijn natuurlijk scenario's gemaakt om die te gebruiken op het moment dat dat speelt, maar ik wil toch benadrukken dat wij het eerste geval nog moeten krijgen. Buiten China lijken de gevallen toch wat af te vlakken, dus met wat momenteel speelt aan inperking in China en het verminderde luchtverkeer, verwacht je natuurlijk toch dat de kans daarop weer wat afneemt. Maar we zitten gewoon in een vroeg stadium van de uitbraak en dan blijft het echt een beetje koffiedik kijken wat er gaat gebeuren.

Mevrouw Timen:

Daarop aansluitend zeg ik: preparatie op uitbraken, dreigingen en calamiteiten is natuurlijk een van de hoofdtaken van de GGD GHOR en de veiligheidsregio's. Het bestuur van de veiligheidsregio is daarvoor verantwoordelijk. Dat is niet iets wat gisteren is begonnen: daar werken ze al jaren aan. Er zijn dus scenario's voor verschillende typen rampen en verschillende typen uitbraken waarin staat hoe het hoofd te bieden op lokaal en regionaal niveau. In die scenario's werkt niet alleen GGD GHOR samen, maar dat gebeurt ook samen met de hulpverleners. Dat zijn de huisartsen in de eerste lijn en de ziekenhuizen, en soms landelijk het RIVM. Er wordt heel veel gesimuleerd en geoefend. Er zijn draaiboeken opgesteld voor hoe te handelen. Wij hebben generieke draaiboeken en wij hebben ziekte- en dreigingsspecifieke draaiboeken. Kortom, er is een basisinfrastructuur van voorbereiding waarop voortgebouwd kan worden, mochten we in de situatie komen dat dit zou kunnen leiden tot een landelijk gebeuren, of een pandemisch gebeuren. We hebben inderdaad van de pandemie geleerd dat het heel belangrijk is om de pandemische planning op orde te hebben, dus ook daar is gewerkt aan het updaten van de draaiboeken en het consequent oefenen van die draaiboeken, van

datgene wat op papier staat, om te kijken of dat ook inderdaad in de praktijk realiseerbaar is.

De voorzitter:

Ik zou graag willen vragen of u de vraag van mevrouw Van Esch voorrang kan verlenen, omdat zij waarschijnlijk iets eerder moet vertrekken.

De heer Van Dissel:

Er is natuurlijk een vermoeden dat de specifieke markt ...

De voorzitter:

Excuus, zou u misschien uw microfoon willen uitzetten, mevrouw Timen?

De heer Van Dissel:

Er is natuurlijk een vermoeden dat deze uitbraak is ontstaan op deze specifieke markt waar wilde dieren worden verhandeld. We weten van de SARS dat dat destijds via de civetkatten als intermediaire gastheer uiteindelijk naar de vleermuizen ging. Het vermoeden bestaat dus dat iets dergelijks momenteel ook weer gespeeld heeft. Het is natuurlijk erg jammer dat wij dat nog niet exact weten, want als dat wel zo was, zou je daar verder onderzoek naar kunnen doen, ook om het eventueel te voorkomen. Wij kunnen natuurlijk alleen maar constateren dat dit zo is. In de kranten lees ik dat de Chinese regering dit toch ook inmiddels wel een serieus probleem vindt na twee uitbraken en daar ook maatregelen op denkt te gaan nemen. Op zich kunnen door contact met dieren eventueel nieuwe ziektes op de mens overgaan. Dat kan ofwel één keer, zoals met SARS, ofwel bij herhaling, zoals met kamelen. Het geval van kamelen maakt natuurlijk duidelijk dat het dan wel ingewikkeld wordt om daar een eind aan te maken, maar daar wordt gewerkt aan een vaccin dat aan kamelen kan worden gegeven om te voorkomen dat zij het vervolgens op de mensen kunnen overbrengen. Uiteindelijk zou je de blootstelling willen beperken, maar ik denk ook wel dat je toch onderzoek zal moeten doen om dat te funderen. Je moet duidelijk krijgen wat voor potentiële virussen er allemaal spelen in die populaties. Het zou goed zijn om daar toch meer op in te zetten, zodat je daar een breder beeld van krijgt en begrijpt wat de risico's zijn voor de mens, voordat je misschien overhaast allerlei maatregelen neemt.

De voorzitter:

Mevrouw Van Esch heeft nog een vervolgvraag.

Mevrouw Van Esch (PvdD):

Ik heb een korte verduidelijkingsvraag. Zoals aangegeven, is het nu nog niet bekend of het daadwerkelijk afkomstig is van die vleerhond of eventueel die slang die gegeten is. Heeft u het gevoel dat die duidelijkheid nog wel zal komen? Of blijft dat een onzekerheid?

De heer Van Dissel:

Je hoort dat men van verschillende dieren kijkt welke typen virussen in die dieren aanwezig zijn. Dat heeft men bij vleermuizen en vleerhonden al redelijk gedaan, dus daar is een beeld van. Er zijn ook homologieën, overeenkomsten met het huidige virus en virussen die in die dieren gevonden zijn. Maar men zal ongetwijfeld gaan zoeken in talloze dieren die op zo'n markt aanwezig zijn geweest. Je verwacht toch dat dat wel wat gaat opleveren, omdat ze met omgevingswabs hebben gekeken naar de aanwezigheid van het virus en die waren positief. Dan verwacht je eigenlijk dat het een kwestie van doorzoeken is voordat daar uiteindelijk toch een potentiële intermediaire bron wordt gevonden.

De **voorzitter**:

U heeft volgens mij nog wat vragen liggen die nog niet beantwoord zijn. Mevrouw Dik-Faber en meneer Hijink hadden nog een vraag.

De heer **Van Dissel**:

Ging die over de media-aandacht?

De heer **Hijink** (SP):

Ja. Vul maar aan als ik het niet goed samenvat. De vraag die vooral speelt bij mensen die dit volgen, debatten volgen en de kranten lezen, is: in hoeverre moet je je nu zorgen maken over zo'n dergelijke uitbraak? En komen die zorgen vooral voort uit de vele aandacht en natuurlijk uit het afsluiten van enorme steden, of is die zorg reëel? Kun je daar iets meer over vertellen?

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat dat heel erg afhangt van hoe we uiteindelijk terugkijken op deze episode, maar dan zijn we misschien wel een jaar verder. Het hangt ervan af of het nou toch een virus blijkt te zijn dat toch een zeer belangrijke sterfte veroorzaakt, of dat het uiteindelijk een infectieziekte wordt die een beperkte sterfte veroorzaakt, meer vergelijkbaar met influenza. Dat weten we gewoon momenteel nog niet. Ik denk dat we wat betreft de media toch afhankelijk zijn van dingen die gebeuren in China, die toch wel uitzonderlijk zijn. Ik kan me voorstellen dat dat enige aandacht genereert en dat dat ook zijn effecten heeft op de zorg van mensen. Ik denk dat het nu nog gewoon te vroeg is om te zeggen of dat terecht is of niet. Het enige wat wij kunnen zeggen, is dat wij er het mogelijke aan doen om zo snel mogelijk helder te hebben hoe het gaat lopen, te zorgen dat wij daar alert op zijn en te proberen Nederland gereed te maken om dit, waar mogelijk, tegen te houden. Want je wilt natuurlijk uiteindelijk liever het virus kwijt dan rijk zijn, ook al heeft het misschien maar een beperkte sterfte. Dat is waar momenteel nog alle acties op gericht zijn. Als je nu het beloop ziet, ook buiten China, moet dat toch enige rust geven bij personen, denk ik. We hebben niet gezien dat die 140 gevallen waarmee het begon, allemaal hebben geleid tot 300 en vervolgens 600 nieuwe gevallen. Eigenlijk zie je buiten China dat de verspreiding, momenteel althans, toch vrij beperkt is. Dat suggereert dat de maatregelen die genomen worden, adequaat zijn. Met andere woorden, je kan succesvol het virus indammen. Uiteindelijk zijn wij afhankelijk van wat een heleboel andere landen, met name China maar ook de landen om ons heen, zullen doen.

De heer **Ter Schegget**:

Ik wou daar nog iets op aanvullen. Wij als GGD merken dat de toekomst onzeker is en dat is duidelijk. Maar er zijn veel mensen die zich nu al, professioneel gezien misschien onnodig, zorgen maken en dat probeer je wel in goede banen te leiden met de Q&A's en de persoonlijke contacten met mensen, bedrijven, scholen en kinderdagverblijven. Wij doen dat zonder te willen zeggen dat er nooit een probleem kan ontstaan, maar wij willen het wel terugbrengen tot waar wij nu zijn en wat er nu speelt. Dat is steeds een belangrijke rol. Maar wij maken geen beloftes over hoe het over een maand zal zijn.

De **voorzitter**:

De heer Van Otterloo heeft nog een vervolgvraag op dit thema.

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

Ja, juist op dit punt. Wat is het bezoekerspercentage bij de Q&A's? Ziet u een stijging? Ziet u een redelijk constante stroom? Of hangt het er heel

sterk van af of het op de voorpagina heeft gestaan en de volgende dag niet meer en dan weer wel?

Mevrouw **Timen**:

Wij zien inderdaad dat de pagina over het coronavirus de meest bezochte pagina is van het RIVM en dat blijft zo. Wij krijgen ongeveer 100 vragen per dag en dat is redelijk stabiel. Wij hebben ook gezien dat in de social media de uitingen een tijdje hebben gepeikt en nu zijn ze weer op een stabiel niveau gekomen. Maar dat is ook weer heel erg afhankelijk van wat de actualiteit op dat moment is. Dat is een beetje het beeld op dit moment.

De heer **Van Dissel**:

Kort geleden hadden wij het hoogste aantal hits ooit op de website. Dat geeft zeker aan dat er veel belangstelling was. Of het sentiment positief of negatief is, wordt actief gevolgd. Daar proberen wij uiteraard wel op in te spelen.

De heer **Ter Schegget**:

Ik heb het nog even over het beeld op GGD-niveau. Dat is dan maar één GGD als voorbeeld. Wij krijgen 40 tot 50 vragen per dag. Wij hebben ook wel gekeken vanuit welke hoek die komen. Die komen van burgers, maar ook best wel veel van professionals, zoals huisartsen die even iets zeker willen weten. Ook de bedrijven vallen op. Wij zitten in Eindhoven met veel bedrijven die relaties hebben met China. Die hebben daar dus ook vragen over.

De **voorzitter**:

Prima. Dan kijk ik naar de tijd. Ik zou de leden die nog willen, de gelegenheid willen geven om nog één vraag te stellen. Ik begin weer bij de heer Jansen.

De heer **Jansen** (PVV):

Ik heb eigenlijk nog één vraag over het vervoer van de mensen terug naar Nederland. Zij hebben in hetzelfde vliegtuig gezeten als de mensen uit België. Bij een van de mensen uit België is uiteindelijk een infectie vastgesteld. Hoe zit het dan precies met luchtcirculatie in een vliegtuig? Kunt u daar misschien iets over zeggen?

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

Vaccinatie is op dit moment niet beschikbaar, maar ik kan mij wel voorstellen dat daar onderzoek naar gedaan wordt. Mijn vraag is: heeft u daar zicht op? Kunt u daar wat over vertellen?

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

De heer Van Dissel gaf in zijn betoog aan dat het nu het nieuwe coronavirus heet, maar als we weer een nieuw coronavirus krijgen, zouden we de naam moeten wijzigen. Dat suggereert eigenlijk dat u zegt: er zal vast wel weer een nieuwe komen. Ik ben wel benieuwd hoe het RIVM denkt dat we dit kunnen voorkomen. Hoe voorkomen we een nieuw coronavirus? Of is dat iets dat onvermijdelijk is en we in de toekomst vast nog wel weer een keer gaan tegenkomen?

De **voorzitter**:

De heer Hijink? Niet. De heer Veldman ook niet. Mevrouw Van den Berg.

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

U gaf even aan dat door een swab af te nemen wordt vastgesteld dat iemand het heeft. Hoelang duurt het voordat je weet of iemand ziek is? Is

het gewoon binnen een minuut te weten? Wat is de periode? En is er enige informatie over mutatie van het virus?

De voorzitter:

Dan heb ik zelf nog een vraag over de WHO, die nu de organisatie heeft ingericht. Krijgt die voldoende medewerking en toegang tot gegevens uit China en andere, Europese landen?

Sorry, ik heb de heer Renkema overgeslagen. Dat was niet de bedoeling.

De heer Renkema (GroenLinks):

Dat komt door dat CDA een-tweetje. Ik lees wel dat er nogal wat internationaal werkende bedrijven vrij vergaande maatregelen nemen. Misschien doen zij dat vanuit de gedachte «better safe than sorry». Misschien doen zij dat ook wel om claims te voorkomen. Maar als ik deze briefing van vanmiddag zo op mij in laat werken, dan klinkt het alsof jullie zeggen: dat gaat misschien op dit moment nog wat te ver. Is het nou prematuur dat bedrijven nu bijvoorbeeld maatregelen nemen, zoals geen mensen meer naar China sturen et cetera?

De heer Van Dissel:

Om met de laatste vraag te beginnen: ik run geen bedrijf, dus u zal toch echt aan de bedrijven moeten vragen of dat reëel is. Bedrijven hebben natuurlijk wel met de Arboret te maken, die bepaalde dingen voorschrijft met betrekking tot het voorkomen van blootstelling van medewerkers. Dat soort dingen kunnen mogelijk een rol spelen en die spelen natuurlijk bij ons niet. Maar wij doen dat niet, dus daar kan ik u verder ook heel weinig over zeggen.

Dan kom ik op het laboratorium. Het gaat om afname van verschillende bemonsteringen van met name de bovenste luchtwegen. Misschien gaat het bij opgenomen patiënten ook om andere locaties. We kunnen die tests binnen één dag hebben. Over het algemeen gaat het sneller, maar het hangt natuurlijk ook een beetje af van het moment op de dag. We weten dus vrij snel, zeker binnen redelijke tijd, of iemand wel of niet een ziekte heeft ten gevolge van het nieuwe coronavirus. Dat komt omdat we natuurlijk testen bij ziekte. Uiteraard is het zo dat een persoon in isolatie gaat op het moment dat we die test afnemen en een verdenking hebben. Op dat moment voorkom je eigenlijk al verdere verspreiding en doe je ook alles wat je doet wanneer zo'n test positief blijkt. Een aantal keren dat er nu getest is, kwam er bijvoorbeeld influenza uit. Daarna worden de maatregelen genomen die bij influenza gelden en stop je met de maatregelen die voor dit specifieke virus nodig zijn. Dat weten we dus vrij snel. Misschien is dit nog wel de gelegenheid om te zeggen dat we in Nederland een systeem hebben om via huisartsen allerlei virussen te meten. Wij doen dit omdat wij bijvoorbeeld het griepseizoen willen kunnen vaststellen. Wij realiseren ons natuurlijk dat wij in de toekomst ook naar dit virus zullen gaan kijken in dergelijke bemonsteringen. Dat is iets wat wij eigenlijk al vrij snel willen opstarten. Dat is dan gewoon om naar de toekomst toe een indruk te krijgen van of zo'n virus wel of niet circuleert. Dat is een manier die wij toepassen om een indruk te krijgen van wat er in Nederland allemaal aan virussen rondwaart en waar we wel of niet rekening mee moeten houden. Nu we de testen ontwikkeld hebben, gaan we uiteraard ook dit soort virussen daarin opnemen, om die actief te monitoren.

Misschien kan ik het even weer hebben over het voorkomen en de opmerking dat er misschien een nieuw coronavirus zou kunnen optreden. Er zijn natuurlijk een heleboel redenen waarom we geregeld met nieuwe virussen worden geconfronteerd. Dat heeft alles te maken met hoe wij met de natuur omgaan en hoe wij omgaan met dieren op zo'n dierenmarkt. Wij ontginnen ook land dat voorheen oerwoud was. Er zijn allemaal nieuwe contacten van de mens met wat wij dan habitats

noemen, specifieke ecologie die maakt dat je soms geconfronteerd wordt met een virus dat voorheen alleen maar in een bepaalde diersoort bestond. Daar zijn een heleboel voorbeelden van te noemen uit het verleden. We weten dat die coronavirussen zeer veel voorkomen in het dierenrijk, dus is het geen onredelijke gedachte om te denken dat het misschien nog een keer gaat gebeuren. Tegelijkertijd wil je ook met onderzoek helder maken wat de risico's zijn en hoe we die beter in kaart kunnen brengen; daar hadden we het al even over. Hoe kunnen we als het ware de stap naar voren maken, in plaats van dat we moeten reageren? Daar wordt zeker onderzoek naar gedaan. Dat is natuurlijk een belangrijk punt naar de toekomst. Vliegtuigen zijn misschien meer iets voor Aura.

Mevrouw Timen:

Er zijn inderdaad internationale richtlijnen voor hoe om te gaan met transmissie van infectie in vliegtuigen. Het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding heeft ook richtlijnen, ook voor coronavirussen. Het heeft ook gezegd welke richtlijn voor dit virus van toepassing is. Daar wordt inderdaad gekeken wie in de directe nabijheid heeft gezeten van een patiënt die symptomatisch was, dus echt klachten had. Het gaat dan om de twee naastgelegen personen in alle richtingen. Nou moet worden gezegd dat tot nu toe er geen enkel geval is aangetoond van transmissie van dit virus in een vliegtuig. Er zijn tot nu toe natuurlijk veel, veel patiënten bemonsterd wereldwijd. In dit specifieke geval is het zo dat alle mensen in dit bewuste vliegtuig een mondmasker hebben gedragen. Daarbij moeten we ook zeggen dat wij van de Belgen hebben begrepen dat deze persoon inderdaad via een test uit de keel positief is bevonden, maar dat betekent niet per se dat deze persoon besmettelijk is voor zijn omgeving. Dat hebben de autoriteiten uit België ook benadrukt, dus ik hoop dat dat een antwoord is op uw vraag.

Ik zal kort ingaan op de vraag over de WHO en in hoeverre de Europese landen en China daar de informatie volledig uitwisselen. Wij hebben natuurlijk alleen het professionele beeld van de informatie die wij krijgen via onze eigen kanalen. We zien inderdaad ten opzichte van SARS in 2003 een veel snellere en completere informatie-uitwisseling vanuit China met de WHO. Ten aanzien van de andere landen in de wereld, of in Europa, zien wij meteen de informatie-uitwisseling wanneer er sprake is van een geval ergens anders. Wij zien dat landen heel prompt die gevallen melden aan de WHO. Op dit moment hebben wij dus geen reden om aan te nemen dat dat in Europa niet wordt gemeld volgens de geldende afspraken.

De voorzitter:

Ik vraag dat met name omdat Taiwan was uitgesloten van het overleg. Dat land is nu ook geconfronteerd met een slachtoffer. Mijn vraag is dus: is ook Taiwan nu wel in die communicatie opgenomen?

Mevrouw Timen:

Ik zou graag willen dat ik die vraag kon beantwoorden, maar dat weet ik helaas niet. Het hangt inderdaad af van internationale vragen in hoeverre Taiwan behoort tot die 196 ondertekenaars van de IHR.

De heer Van Dissel:

Er was een vraag over vaccinaties. We weten, even in het algemeen, dat er verschillende groepen werken aan vaccins voor coronavirussen. In de praktijk is het natuurlijk het meest realistisch om te denken dat het nog maanden, zo niet jaren, duurt voordat die echt op grote schaal beschikbaar zijn voor de mensen en voor dit specifieke coronavirus. Dat leert de ervaring uit het verleden gewoon. Voor influenza is dat natuurlijk

anders, maar daar zijn we veel meer gewend aan hoe dat precies moet. Dat zal voor dit virus toch meer tijd innemen. Dat is de verwachting, hoor. Er was nog een vraag over mutaties. Men sequencet, zoals dat heet, regelmatig virusisolaten helemaal. Men onderzoekt dus de erfelijke informatie om te zien of daar verschillen in optreden. Op zich doen dit soort virussen dat wel. Maar bij de initiële gevallen – dat gaat natuurlijk alweer een paar weken terug – waren er in ieder geval nog weinig aanwijzingen voor dat dat een rol speelt bij hoe het virus zich nu gedraagt. Dat is iets wat virologen natuurlijk nauwkeurig volgen in relatie tot de epidemiologische gegevens met betrekking tot hoe snel de uitbraak zich ontwikkelt.

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

U gaf eerder aan dat de receptor van het nieuwe coronavirus vergelijkbaar is met SARS. Maar kan het dan zijn dat die zijn sleutel verbeterd, waardoor die makkelijker in een cel kan komen?

De heer **Van Dissel**:

Dat is inderdaad één van de zaken die men daarbij onderzoekt. Hij maakt gebruik van dezelfde receptor. Ik moet daar wel aan toevoegen dat als je daar in detail op inzoomt, je ziet dat hij het toch op een andere wijze doet dan SARS. Dat maakt wellicht ook dat het zich toch anders gedraagt. Dat zijn exact de dingen die men dan nagaat. Kan een virus, als het ware, makkelijker naar binnen komen? Gaat misschien de productie sneller, of kan hij zich makkelijker weer uit de cel begeven en naar een volgend kwetsbaar persoon gaan? Dat zijn exact de punten waar men dat soort onderzoek op toespitst.

De **voorzitter**:

Volgens mij zijn nu alle vragen wel beantwoord. Ik kijk even rond of er nog een aanvullende vraag gesteld moet worden. Dat is niet het geval. Dan dank ik u alle drie heel erg hartelijk voor uw heldere betoog over moeilijke materie. U heeft het toch aan ons duidelijk gemaakt. Ik dank iedereen die hier aanwezig is, of thuis heeft meegekeken. Dank u wel.

Sluiting 17.50 uur.