

Vergaderjaar 2019–2020

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 310

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 24 april 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 20 februari 2020 gesprekken gevoerd over **ontwikkelingen Coronavirus**.

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Veldman
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn zes leden der Kamer, te weten: Diertens, Hijink, Jansen, Kuik, Renkema en Veldman,

alsmede de heer Ter Schegget en de heer Van Dissel.

Aanvang 16.01 uur.

De voorzitter:

Dames en heren, goedemiddag. Het is 16.00 uur. Wij gaan van start met een tweede technische briefing naar aanleiding van het coronavirus. Ik heet van harte welkom onze gasten de heer Van Dissel en de heer Ter Schegget, die wij eerder gezien hebben. Welkom. Welkom aan de leden. Ik stel voor dat wij eerst beide heren de ruimte geven om een nadere toelichting te geven op waar wij op dit moment staan. Daarna is er ruimte om vragen te stellen, waarbij ikzelf ook, als lid van de VVD, vragen zal stellen daar waar ik die ook zal willen stellen. Meneer Van Dissel, mag ik u als eerste het woord geven?

De heer Van Dissel:

Prima. Ik had begrepen dat u geïnteresseerd bent in wat er in de tussenliggende periode aan nieuwe gegevens is toegevoegd. Die periode was overigens niet zo lang, maar het is wel erg in beweging. Ik heb dus geprobeerd om dat weer samen te vatten op een aantal slides. Vorige keer waren we geëindigd met dit plaatje. Daar is eigenlijk niet zo veel aan veranderd. Zowel het virus als de ziekte heeft een nieuwe naam gekregen. De naam «COVID-19», schoon het mij als iets van aliens lijkt, heb ik maar overgenomen, maar voor de slides van vanmiddag noemen we het nog maar even «het nieuwe coronavirus». De incubatietijd wordt nog steeds op zes dagen geschat. Het ziektebeeld is nog niet veel veranderd, maar ik zal laten zien dat er ook een milder ziektebeeld aan gekoppeld is. Bij opgenomen patiënten verloopt het nog steeds ernstig. Maar van belang is natuurlijk hoeveel er dan worden opgenomen.

Met betrekking tot de verspreiding zal ik een aantal dingen noemen. Iedereen gaat er nog steeds van uit dat de belangrijkste verspreidingsroute is via druppelinfectie, door grote druppels, en contact. Er zijn wat mededelingen gekomen over fecaliën, ontlasting, die positief kan zijn, maar de rol daarvan kennen wij eigenlijk nog niet. De vorige keer is ook genoemd dat je op ic's allerlei procedures kan uitvoeren waardoor het virus zich makkelijker verspreidt dan buiten de ic's. Dat heeft zich inmiddels ook vertaald in toch redelijk grote aantallen zorgverleners die ziek zijn geworden. Dat was vorige keer nog niet bekend. Ik wil niet zeggen dat dat eerst eigenlijk ontkend werd, maar het kreeg in ieder geval ook geen enkele aandacht in de Chinese berichtgeving. Er is wat te doen geweest over verspreiding vanuit asymptomatische contacten. Een deel daarvan blijkt gewoon niet juist, maar ik denk dat we wel moeten zeggen dat er enige onzekerheid is.

Wij hebben het zogenaamde reproductiegetal genoemd. Dat is het aantal nieuwe personen dat de ziekte krijgt en besmet wordt vanuit één ander persoon in een omgeving waar van nature geen afweer tegen het virus is. Dat was de vorige keer nog tegen de 3. Inmiddels is dat, om allerlei redenen die ik zal uitleggen, rond de 1,6–1,7. Het is dus momenteel zo dat elke patiënt gemiddeld 1,6 nieuwe patiënten veroorzaakt. De verdubbeltijd, vijf tot zes dagen, lijkt ook wat langer te worden. De generatietijd in clusters van gevallen – dat is dus één geval dat een ander cluster aanhoest dat dan weer een volgende groep aanhoest – is tussen de vier en vijf dagen.

Wat wij eraan kunnen doen bij afwezigheid van een beschikbaar vaccin en afwezigheid van een zekere effectieve behandeling, is nog steeds maatregelen nemen gericht op het voorkomen of inperken van verspreiding, zoals handen wassen. Hygiënische maatregelen bij druppelinfecties zijn afstand houden en daar hoort natuurlijk bij, zeker in zorginstellingen, het gebruik van persoonlijke beschermingsmaatregelen, zoals de juiste mondkapjes, maar ook oogbescherming. Handalcohol is van belang. In ziekenhuizen, zeker in Nederland, zullen de patiënten altijd nog in onderdrukkamers worden verpleegd, wat voorkomt dat het virus zich kan verspreiden naar het ziekenhuis zelf. Die oogbescherming noem ik dus nog even apart. Die is extra belangrijk, omdat dat natuurlijk een oppervlakte is dat in feite direct in verbinding staat met de neus en de keelholte.

Dan heb ik op de volgende slides een aantal nieuwe gegevens samengevat, onder andere uit een stuk dat begin deze week naar buiten is gekomen vanuit China CDC. Dat Chinese stuk is vertaald. Het geeft een samenvatting van alle patiënten tot vrij kort geleden, namelijk tot en met 11 februari. Hier ziet u wat gegevens. Allereerst telt de totale groep die ze onderzocht hebben ruim 72.000. Daarvan zijn 44.500 bevestigd in de test, de reverse transcription PCR-test. Ze hebben een aantal vermoedelijke gevallen, waarvan we niet weten of ze bijvoorbeeld binnenkort getest zouden kunnen worden, maar het is niet ongebruikelijk om dat zo op te geven. We hebben een aantal gevallen die klinisch vastgesteld zijn. Dat is de verandering die men vorige week heeft doorgevoerd. Ze vinden het eigenlijk voldoende als een patiënt past in het beeld. Ook al is hij dan niet getest, toch wordt hij meegerekend. Dat zijn er in dit geval 10.000. Zoals u ziet, hebben zij ook een zeer beperkt aantal asymptomatische gevallen vastgesteld. Dan hebben ze dus een keelwab afgenomen, waarschijnlijk in het kader van omgevingsonderzoek, en hebben ze een aantal daarvan positief bevonden. Daar komen we zo nog even op terug.

Het aantal sterftegevallen in de bevestigde groep – die 44.500 – is ruim 1.000. Dat leidt tot een percentage van 2,3%. U ziet natuurlijk al direct dat als je ook de vermoedelijke en klinisch vastgestelde gevallen erbij rekent, het percentage onder de 2% daalt. Ik zal daar zo nog even op terugkomen. In de rechtergrafiek ziet u daarboven even de verspreiding in het land. Ik denk dat dat niks nieuws is. Wat wel harde nieuwe gegevens zijn, zijn de gegevens over de leeftijdsverdeling. U ziet een opsplitsing in de verschillende leeftijdscohorten, namelijk 90 tot 100 jaar, 80 tot 90 jaar en ga zo maar door tot 0 tot 9 jaar. Een aantal dingen vallen op. Allereerst is het zo dat kinderen van 10 tot 19 jaar zich blijkbaar nauwelijks hebben gemeld, zoals u ziet. Dat is opmerkelijk, want een ziekte als influenza verspreidt zich met name door de kinderen en de jonge volwassenen, of door de adolescenten die in de eerste jaren van de middelbare school zitten. Dat is mogelijk voor dit virus niet het geval. Verder zie je eigenlijk dat de eerste gevallen echt pas beginnen toe te nemen tussen de 30 en de 40 jaar. Je ziet eigenlijk dat vooral de hogere leeftijdscategorieën ziek worden, althans in deze surveillance. Je ziet dat dat zowel in de stad Wuhan als in de provincie Hubei zo is. Als ook de rest van China wordt meegeteld, zijn er eigenlijk geen verschillen in de opbouw van de leeftijdscohorten. Dit is dus een beetje in die zin een afwijkend beeld van wat we kennen ten opzichte van andere respiratoire infecties, dat kinderen zich blijkbaar in ieder geval niet met klachten hebben gemeld. Dat sluit niet uit dat ze toch een rol spelen, maar ze komen in deze statistieken niet voor. Je ziet dat het dus vooral toch vanaf zo'n 40 jaar begint op te lopen. Daarna neemt het percentagegewijs af. We kennen natuurlijk niet de onderliggende leeftijdsverdeling van de totale populatie. Die zou je hier eigenlijk ook bij willen hebben om wat meer te kunnen zeggen over relatieve ziekte in de verschillende leeftijdscohorten. Dat geeft dit niet. Dit is gewoon puur een vaststelling van wat we tot nu toe gevonden hebben. Wilt u een vraag stellen?

De **voorzitter**:

Als de heer Van Dissel het goedvindt.

De heer **Van Dissel**:

Ja, tuurlijk.

De **voorzitter**:

Als het een technische vraag is in de zin van alleen maar uitleg, vind ik het goed. Dan sparen we andere vragen op tot na de presentaties. De heer Jansen.

De heer **Jansen** (PVV):

In de grafieken zie ik dat in Wuhan de groep 60 tot 69 jaar de grootste groep is, terwijl dat in de provincie en in het hele land eigenlijk een kleinere groep is. Is daar ook een verklaring voor?

De heer **Van Dissel**:

Dat constateert u terecht. Uit de grafieken volgt dat inderdaad. Als ik dit zo bekijk en vergelijk met wat ik gewend ben, dan zie ik hier eigenlijk drie gelijke curves. Er kunnen dus percentagegewijs wat verschillen in zitten. Je kan je voorstellen dat dat ook afhangt van wat het zogenaamde indexgeval is, dus of dat een jong iemand of een ouder iemand is en welke contacten die dan heeft. Dat kan dat soort subtiele verschillen geven. Maar ik denk dat het belangrijkste dat je hier leert, is dat de jongste groep eigenlijk uitvalt en dat je toch vooral ziet dat het vanaf 40 plus eigenlijk begint te spelen.

Dan heb ik hier een plaatje uitgezet van het ECDC, het European Centre for Disease Control in Stockholm. Dat had de afgelopen dagen een vergadering waarbij wij ook aanwezig waren. U ziet hier eigenlijk na een eerste geval de ontwikkeling van het aantal gevallen tegen de tijd afgezet. Dat gaat dan op de y-as omhoog. Dat het logaritmisch is uitgezet, maakt het een beetje complexer dan normaal. De reden daarvoor is dat als je van twee naar vier naar acht gaat, je daar een logmacht op kan fitten. Dat zie je hier eigenlijk gebeuren. Je kan zien dat de zwarte lijn, de lijn van Wuhan, lijkt door te lopen, terwijl de groene lijnen, de lijnen van andere steden in China, lijken af te vlakken. Je ziet dat de lijnen buiten China, de onderste curves, ook allemaal wat lijken af te vlakken. Omdat er ook een heleboel dingen zijn gedaan en er zeker buiten Wuhan natuurlijk ook actieve isolaties zijn uitgevoerd, zou dat dus kunnen betekenen dat dat inderdaad ook effect heeft, maar dat biedt geen garantie voor de toekomst. Dat is eigenlijk wat je met deze curve laat zien. Het is niet zo dat ze allemaal recht omhooglopen en ze zich gewoon ongebreideld vermeerderen, want dan zou je gewoon een rechte lijn omhoog verwachten. Maar u ziet dat het voor Wuhan toch wel een beetje die suggestie heeft. Daar lijkt het dan nog niet rustig te zijn. Maar buiten Wuhan lijkt het dan toch wat af te vlakken, waarschijnlijk door herkenning en isolatie van de gevallen en het contactonderzoek. Ik merkte daarbij al op dat het geen enkele garantie geeft dat dat in de toekomst niet toch verandert, want dat zal heel erg afhankelijk zijn van eventuele importgevallen, zowel in China als buiten China. Als die dan enige tijd niet erkend worden, dan kunnen die al een cluster vormen en dan heb je natuurlijk echt een probleem.

Hetzelfde plaatje ziet u eigenlijk ook op de volgende pagina. Dit is een plaatje van het Robert Koch Instituut, dat in Stockholm werd getoond. U ziet eigenlijk allemaal stijgende curves en daarna weer afvlakkende curves. Je ziet hier de cumulatieve incidentie. Dat is misschien een ingewikkeld begrip, maar waar het ook hier op neerkomt, is dat je eerst ziet dat het toeneemt, dus het aantal gevallen per dag neemt toe. Dan is er een omslagpunt en begint het aantal gevallen per dag af te nemen, wat zeer waarschijnlijk komt door de maatregelen die worden genomen. Maar

je ziet ook dat de y-as voor Wuhan zelf en de provincie Hubei totaal anders is. Dat wil ik even benadrukken. Terwijl bijvoorbeeld de y-as daarboven maar tot 100 loopt, loopt hij hier tot 15.000. Je mag het dus niet een-op-een vergelijken, maar je ziet dat die afname in Wuhan veel minder evident is en dat die piek erin zit. Die piek van de afgelopen week komt doordat men op dat moment heeft besloten om de case definition veel breder te nemen en ook alle gevallen, met name alle gevallen die nog niet getest waren, gewoon mee te nemen in de berekeningen. Je kan je afvragen: waarom doet men dat? Is dat niet raar? Dat is op zich niet raar, want je kan je voorstellen dat als je limiterende factor op een gegeven moment het aantal testkits is – in Wuhan heb je natuurlijk een situatie waarbij je per dag echt duizenden mensen moet testen – je als epidemiologie eigenlijk alleen maar meet hoeveel testkits je kan leveren en niet hoeveel zieken er zijn. Op zich is dit dus een logische aanpassing, maar het is er wel eentje die wij in ons achterhoofd moeten houden als je interpreteert wat zo'n curve nou betekent.

Dan kom ik op een illustratief plaatje, dat denk ik ook van het Robert Koch Instituut komt. Daarbij zou ik ook wel weer een waarschuwing willen geven. U ziet hier de incidentie, het voorkomen van het aantal patiënten met ziekte per 100.000 mensen van de bevolking. Ik heb er even bij gezet: vergelijk met Nederland. We hebben op dit moment weer een griepseizoen uitbraak, zoals u wellicht weet. Dat besluiten wij in Nederland als we boven de 58 per 100.000 zijn. Dat zijn we nu twee weken geweest. In Nederland hebben we dus een griepuitbraak. Het Robert Koch Instituut heeft hier de getallen uit China uitgezet op de grafiek. U ziet dat in de hele provincie Hubei dat getal eigenlijk precies hetzelfde is als het getal waarbij wij in Nederland zouden zeggen dat er een griepuitbraak is. Het zit daar eigenlijk niet veel boven. Je ziet dat een stad als Peking er met een factor 50 onder zit. Dat wil zeggen dat in Peking maar 1 op de 100.000 mensen afgelopen week de ziekte heeft gehad. Je ziet dat het in Macau in dit geval hoger was. In Hongkong was het weer de helft van Peking. U kunt waarschijnlijk lezen op de hand-out dat het in de rest van China over het algemeen ook onder de 1 zit. Dat wil helemaal niet zeggen dat ik hier nu de boodschap wil neerzetten dat er niks aan de hand is, dus begrijp mij goed. Als u naar de Nederlandse griepgetallen kijkt, ziet u hoe dat op en neer gaat. Het is natuurlijk ook afhankelijk van de maatregelen die genomen worden. Zoals u weet zijn die maatregelen inmiddels deels versoepeld, omdat men weer aan de slag wilde. Het kan dus best dat deze getallen volgende week weer heel anders liggen. Maar ik dacht: het is toch even goed om iets van perspectief en nuance te bieden ten opzichte van de griep die wij in Nederland hebben. In wezen is gemiddeld genomen in Hubei gaande wat er op dit moment in Nederland aan griep speelt. En daarbuiten ligt het er echt beduidend onder, namelijk met gemiddeld een factor 50. De dynamiek heb ik dus al even genoemd: volgende week kan het er helaas weer heel anders uitzien, zowel gunstiger als ongunstiger. Dat is echt koffiedik kijken. Ten slotte, ook in alle eerlijkheid: dit zijn getallen die wij aantreffen op het internet. Je kunt een heleboel aantreffen op het internet. Het is onder voorbehoud; dat moeten we nu eenmaal maken. We kennen de betrouwbaarheid van de getallen niet echt. Dit komt nog steeds uit dezelfde publicatie. Ik toon u ofwel wat berekend is ofwel de echte grafieken. Dit is weer een grafiek uit de publicatie, waar je linksboven weer het beloop van de hele uitbraak ziet. U ziet weer die piek, wat dus een soort inhaalpiek was, op het tijdstip dat men die definitie heeft veranderd. Dit zou kunnen suggereren dat het wat afneemt, maar nogmaals, ik wil daarbij tot voorzichtigheid manen. Aan de onderzijde ziet u in blauw weergegeven wanneer de eerste klachten er waren en in rood wanneer de diagnose werd gesteld. Je ziet dat er dus een delay is tussen het hebben van klachten, het naar het ziekenhuis komen en het stellen van een diagnose. Dat weten we ook. Dat heb ik u de vorige keer, dacht ik, al laten zien. Daar zit ruim een week tussen en dan

duurt de diagnose nog eens een paar dagen. In de week die daartussen zit, waarin men dus niet wordt opgenomen – daar kom ik zo nog wel op terug – ben je dus natuurlijk met name besmettelijk. En dan heb je dus klachten.

De rechter grafiek toont ten slotte de gevallen buiten de provincie Hubei. Daar is de incidentie, het voorkomen, een stuk lager. Ik laat deze grafiek even zien om het volgende. De donkerblauwe zijn degenen die positief zijn, maar nog steeds een directe verbintenis hebben met Hubei, dus met Wuhan, ofwel omdat ze daar geweest zijn, ofwel omdat ze direct contact hebben gehad met iemand die daar vandaan kwam en positief was. De lichtblauwe zijn degenen die in een volgende keten van overdracht zitten. Dan zie je, ook buiten China dus, dat de hoofdmoot van de gevallen toch nog steeds rechtstreeks tot Wuhan is te herleiden. Dat is wel belangrijk. Dat betekent niet dat er dus geen verspreiding is, want die is er wel; dat zijn die lichtblauwe. Maar als je de totale aantallen bekijkt, is het ongeveer 3:1 op dit moment in China.

De voorzitter:

De heer Jansen heeft een vraag.

De heer **Jansen** (PVV):

Moet ik bij de mensen die daaronder vallen dan denken aan bijvoorbeeld de mensen op een cruiseschip?

De heer **Van Dissel**:

Nee, dit is allemaal nog China. Dit is alleen nog China. Maar daar komen we misschien straks op terug. Dit geeft dus aan dat in China de meeste gevallen toch nog rechtstreeks zijn te herleiden tot mensen die uit die provincie komen en dat er beperkte verspreiding is geweest vanuit die mensen naar mensen die eerder geen enkele verbintenis hadden met Wuhan.

Opnieuw een grafiek uit dat artikel. Wat voor klachten hadden de mensen dan? Hoe is de verhouding tussen mild, ernstig en kritisch? Dat ziet u hier. Men geeft in het artikel aan dat ongeveer 81% van alle bevestigde gevallen – dus dan hebben we het over die 44.500 patiënten – milde klachten had. Zoals ik het lees in dat artikel zijn dit over het algemeen mensen die naar het ziekenhuis gingen, maar eigenlijk te weinig ziek waren om te worden opgenomen en dus weer terug naar huis werden verwezen. De ernstige gevallen – dat was ongeveer 14% – zijn mensen die bij het ziekenhuis kwamen en aangaven benauwd te zijn. Zij hadden een ademfrequentie – dat is hoe snel mensen ademhalen – die beduidend boven normaal ligt. Ze hielden, geloof ik, tegen de 30 aan. Dat betekent gewoon dat iemand benauwd is en dat je niet het risico wilt nemen dat hij naar huis gaat. Zo iemand heeft bijvoorbeeld extra zuurstof nodig in het ziekenhuis. Dus dat was 14%. Ten slotte heb je een kritische groep; dat is de groep die ik de vorige keer ook even heb laten zien. Die mensen worden opgenomen en liggen binnen een paar dagen op de ic. Dan hebben ze een shocklong. Ze hebben dan problemen met de zuurstofvoorziening van de organen en moeten vaak beademd worden. U ziet dat die groep ongeveer 5% was van deze totale groep van 45.000 patiënten. De grafiek toont binnen die groepen hoeveel mensen koorts hadden, hoeveel mensen hoestten, hoeveel mensen zich vermoeid voelden et cetera. Ik denk dat voor ons met name van belang is dat ze, zoals u ziet, eigenlijk allemaal koorts hebben, of ze nu heel ernstig ziek zijn of mild ziek. Dat betekent dus dat je tests doet – dat is ook de definitie die de WHO en het ECDC ondersteunen – bij patiënten met koorts en luchtwegklachten. Dat wordt hierdoor ook ondersteund. U ziet nog een paar andere klachten. Sommigen hebben een zere keel, maar dat komt eigenlijk relatief weinig voor. Het gaat toch voornamelijk om hoesten en koorts.

Als je de rechter grafiek bekijkt, zie je dat mensen die ernstig ziek zijn, de grijze balken, relatief vaker bijvoorbeeld een hoge bloeddruk, ernstige suikerziekte, hart- en vaatziekten of longziekten hebben dan de groepen met de milde ziekte. In alle gevallen springen ze eruit. Dat is ook een bevestiging van het beeld dat we eerder hadden. De patiënten met wie het slecht gaat, zijn a de ouderen – dat tonen de grafieken ook – en b de personen met onderliggende medische condities. Dat zijn duidelijk de risicogroepen. Dat is eigenlijk niks nieuws, maar dat wordt toch veel helderder geïllustreerd dan we eerder hebben gezien, aan de hand van een veel grotere groep patiënten.

Dan een tweede punt dat ik opmerkelijk vond, sinds ik hier de vorige keer was. Ik vind het eigenlijk ook wel redelijk verontrustend. Dat is een publicatie in JAMA, die inmiddels ook op een andere wijze in het nieuws is gekomen. Deze publicatie in JAMA toont de bevindingen uit één ziekenhuis in Wuhan, dat 138 patiënten op een rij heeft gezet. Maar liefst 41% van die patiënten bleken eigen medewerkers te zijn. Dat kunt u daarboven ook lezen. Dat is een redelijk schokkend getal. Dat betekent namelijk dat ze blijkaar in dit ziekenhuis niet in staat zijn gebleken om te voorkomen dat de eigen zorgmedewerkers geïnfecteerd raakten. We weten dat dat kan gebeuren, maar we weten ook – dat weten we nu ook uit alle gevallen buiten China – dat je de ziekte kan tegenhouden als je de juiste persoonlijke beschermingsmaatregelen neemt. Dit duidt er dus op dat er in dit specifieke geval van dit ziekenhuis blijkaar een deficiëntie was; misschien hadden ze geen mondkapjes meer of hadden ze de verkeerde mondkapjes. Het is natuurlijk een beetje raden wat daar precies gespeeld heeft, maar het is toch wel heel opmerkelijk dat bijna 60 van de 140 patiënten gewoon je eigen verpleegkundig personeel en de eigen artsen zijn.

Het tweede dat het artikel suggereert is het volgende. Op de afdeling chirurgie werd een patiënt opgenomen. Deze patiënt is waarschijnlijk niet als zodanig herkend en heeft in één keer tien zorgverleners geïnfecteerd. Dat noemen we een zogenaamde superspreading event. Met andere woorden: dan zijn er dus niet gemiddeld 1,7 nieuwe gevallen, maar in één keer 10. Dat is natuurlijk heel fnuikend. Dit kennen we uit de ziekenhuiszorg. Dus dit onderstreept dat ziekenhuizen goede maatregelen moeten nemen. Als je dat niet doet, kun je ook meteen een behoorlijke verspreiding krijgen. In het ziekenhuis heb je immers zieke patiënten die meer virus verspreiden dan iemand op straat, omdat ze gewoon zieker zijn. Zorgwekkend.

In de kranten verschenen ook artikelen dat er, naar ik meen, in totaal ongeveer 1.700 zorgmedewerkers in de epidemie tot nu toe besmet zijn geraakt; ik zeg het even uit mijn hoofd. Dat is toch een redelijk hoog aantal.

Ik heb de vorige keer al heel even de vergelijking tussen het coronavirus en SARS gemaakt. Inmiddels zijn de aantallen groter. Bij opname in het ziekenhuis ligt die sterfte dus nog steeds fors hoog. Bij SARS was die natuurlijk veel hoger. Maar ik wilde even die curve aan de rechterkant laten zien. Die laat het aantal gevallen in de tijd zien. Dan zie je toch dat het coronavirus veel sneller kans ziet om meer gevallen te maken dan SARS destijds deed. Ik kom er zo even op terug wat daar een van de redenen van zou kunnen zijn, maar de vergelijking met SARS gaat dus gewoon mank. Dit is echt een virus dat zich anders gedraagt.

Dan komen we eigenlijk wat mij betreft een beetje tot de crux van waar wij natuurlijk ook mee stoeien. Dat is de paradox die ik de vorige keer, dacht ik, ook heb toegelicht. Die gaat over het type gevallen dat je hebt en of je ook patiënten hebt die eigenlijk heel weinig klachten hebben, en de inspanning die je je moet getroosten om zo'n uitbraak tot staan te brengen. Want als je eigenlijk alleen maar patiënten hebt die heel snel ernstig ziek worden, dan kan je verwachten dat die allemaal naar het ziekenhuis gaan. Op het moment dat ze in het ziekenhuis liggen, worden

ze geïsoleerd. Dat betekent dat de kans op beheersing van de uitbraak zonder dat je veel hoeft te doen toeneemt. Dat is de meest rechtse balk; die is daar breed. Maar omgekeerd, als een ziekte zich vooral uit als een weinig ernstig ziektebeeld, waarbij misschien niet eens iedereen naar de dokter gaat en een relatief gering aantal wordt opgenomen in het ziekenhuis, wordt het veel moeilijker om het te beteugelen. Dan moet je veel meer ingrijpende maatregelen nemen voor de groep die bij wijze van spreken niet eens van plan was om zich te melden. En dan heb je natuurlijk ook nog karakteristieken. In China heb je over het algemeen geen huisartsen. Dan moet je dus meteen naar het ziekenhuis. Dat zorgt ook weer voor een drempel. Dat is allemaal bepalend voor de activiteiten die je moet ondernemen om het tot staan te brengen.

Helemaal aan het begin ging het alleen maar over opgenomen patiënten. We hebben ten opzichte daarvan geleerd dat er toch ook veel mildere gevallen zijn. In die studie is dat ruim 80%, maar het zou mij niet verbazen als dat aantal groter is, omdat die studie ook niet iedereen heeft meegeteld. Dat betekent dus dat het steeds moeilijker wordt en om steeds draconischer maatregelen vraagt om het tot staan te brengen, in z'n algemeenheid.

Dat ziet u hier ook weer geïllustreerd. Linksboven was de situatie toen ik hier de vorige keer was. Dat was nog wel even anders, met 300 doden en 14.000 gevallen, toen we hier de vorige keer over spraken. Inmiddels zitten we dus in de rechter piramide. Het aantal doden is opgelopen, maar je ziet dat het aantal doden eigenlijk alleen maar valt in de groep patiënten die als kritisch worden aangeduid. Het aantal doden zelfs onder ernstig zieken en milde zieken is in dit onderzoek eigenlijk gewoon nul. Dat betekent dat de mortaliteit toch echt bij de meest zieke patiënten ligt. De verhouding is dan 81-14-7. Maar dit zijn de bevestigde gevallen. Zoals ik u in het begin al liet zien, zijn er echter 25.000 onbevestigde gevallen, die je zo goed als zeker mee moet rekenen. Misschien zijn het er zelfs nog wel meer, want dit zijn dan nog de mensen die de gezondheidszorg bereiken. Niet iedereen zal dat doen.

Dat betekent dus dat het sterftepercentage waarschijnlijk is teruggelopen. Die 2,3% zou daar dan een overschatting van zijn. Tegelijkertijd geef ik daarbij nog even een waarschuwing. Niet iedereen die komt te overlijden, is al overleden. Dat betekent dat er nu patiënten in het ziekenhuis kunnen liggen die nog komen te overlijden. Die ontbreken hier als het ware nog, omdat je de cesuur zet op het moment dat de diagnose wordt gesteld. Dat heeft natuurlijk weer iets effect; de sterfte zal weer wat oplopen. Maar met deze aantallen en nul doden onder 6.000 ernstig zieken, zal dat waarschijnlijk een relatief geringe correctie zijn. Voor de duidelijkheid: ik denk dus dat de correctie vermoedelijk eerder in de richting van minder sterfte zal zijn dan van meer sterfte.

Dit is weer een plaatje van het Robert Koch Instituut. Daar is over de afgelopen weken bekeken wat nou die case fatality rate is. Wat is nou de kans om te overlijden? Dan ziet u voor Hubei weer dat getal van rond de 2,3. Het is zelfs nog ietsje hoger in alleen maar dat gebied, maar je ziet dat buiten China en ook in de rest van China dat getal inderdaad al onder de 1% is. Dat laat zich niet zonder meer extrapoleren naar de toekomst. Om u een voorbeeld te geven: het zou kunnen zijn dat de gevallen buiten Hubei in China toch relatief gezonde mensen zijn die nou eenmaal kunnen reizen en dat er dus al een selectie heeft plaatsgevonden tussen de gevallen in Hubei en daarbuiten. Dan verwacht je natuurlijk ook dat er minder doodgaan.

Dat soort dingen moet u allemaal meerekenen, maar het overall beeld is toch dat de sterfte afneemt buiten het primaire gebied. En ook in het primaire gebied zien we, als je daarnaar kijkt, dat de case fatality rate aan het afnemen is. Dan kunt u zich afvragen waarom dat dan zo is. We zien bijvoorbeeld ook dat de duur tussen klachten en opname in het ziekenhuis geweldig is teruggelopen. De vorige keer dat ik hier was, was dat ruim

een week. We zien nu dat dat een, twee dagen is geworden. Mensen liggen dus eerder in het ziekenhuis en kunnen misschien toch eerder symptomatisch behandeld worden. Het kan best dat dat een gunstig effect heeft.

Dat laat ik nog even zien op het plaatje rechtsonder. Dat is een ziekenhuis in Wuhan dat een case fatality rate geeft over een beloop van in wezen maar twee weken. Dan zie je dat dat percentage van bijna 40% inmiddels gedaald is naar 14%. Dat kan er alles mee te maken hebben dat patiënten gewoon eerder komen, dat je eerder behandelingen kan geven en dat ze eerder in de zorg komen. Dat geeft aan dat er dynamiek in die getallen kan zijn. Je moet deze getallen toch altijd met enige voorzichtigheid interpreteren. Ze zijn gewoon domweg complex. Je kunt ze niet zomaar opschrijven en denken dat je dan alles gezegd hebt. Dat is nou eenmaal zo.

Dit plaatje, dat ik de vorige keer ook al liet zien, toont de verspreiding op de aardbol. Die is inmiddels wat toegenomen. We hebben één geval, zoals u wellicht gelezen hebt, in Egypte, in Caïro, gekregen; dat betreft een buitenlander. Nog steeds blijft Afrika angstvullig buiten de gevallen, terwijl daar natuurlijk toch wel naar verwachting contacten zijn met China. Overigens zie je dat ook bij bijvoorbeeld een land als Indonesië. Wat de grafiek rechtsboven toont, heb ik de vorige keer ook even proberen te illustreren. Dat donkerbruine gedeelte zijn allemaal nog gevallen die uit Wuhan komen. De groep die het dan secundair door infectieketens in den lande oploopt, is gelukkig toch nog steeds beperkt. Nou heb je daar uitzonderingen op. De heer Jansen noemde het cruiseschip al even. Wat daar precies speelt, blijft voor ons ook gokken, maar daar is blijkbaar een hele grote groep besmet geraakt.

De voorzitter:

Mevrouw Kuik, hebt u een technische vraag?

Mevrouw **Kuik** (CDA):

Ja, op dit punt. We hebben experts gezien uit Amerika die aangeven dat het best kan zijn dat het eerder besmettelijk is. Hoe lezen jullie die informatie en hoe handelen jullie daarop? Want ik kan me voorstellen dat je andere maatregelen moet nemen als het eerder besmettelijk is.

De heer Van Dissel:

Ik dacht al dat u daarop door zou gaan, dus ik heb de volgende dia nog toegevoegd. Dat is natuurlijk een punt waarop wij ook proberen een goede en integere aanpak te vinden.

Hier ziet u iets wat dit probleem illustreert. Er komen 126 passagiers uit een vliegtuig. Die gaan naar Duitsland toe. Het is rekrutering. Dan zie je allereerst dat er tijdens die vlucht tien ziek worden. Dit zijn mensen die uit Wuhan terugkomen. Dit is de vlucht naar Duitsland. Dan denk je: die zieken gaan we meteen apart zetten en testen; dan zullen die wel het virus hebben. Nou, alle tien worden getest. U ziet het rechts aangegeven. Ze zijn geen van allen positief. Dan komen ze op het vliegveld aan. Die tien waren al apart gezet en in het ziekenhuis opgenomen et cetera. Die zijn daarna gewoon weer teruggegaan, want die hadden de ziekte niet. Dan blijkt vervolgens dat eentje toch nog symptomatisch zou zijn geweest, van de groep die aankwam. Die is ook getest en die was ook negatief. Toen hebben ze de overigen, die geen klachten hadden, aangeboden: laten we jullie kelen nakijken. Dan ziet u het volgende. Dit is een stuk uit de New England van afgelopen week, dus het is vers van de pers, zoals dat heet. Bij twee tonen ze aan dat het virus in die test aanwezig is. Dan is natuurlijk de vraag: wat moet je nu? Je hebt nu iemand zonder klachten, maar bij wie blijkbaar met deze test het virus in de keel aantoonbaar is. Dan komen dus alle vragen die ik daar links heb gezet naar voren. Allereerst weten we niet, met de huidige kennis, of zo iemand überhaupt ziek wordt. Over het

geval in België hebt u waarschijnlijk ook gelezen. Er was een groep die terugkwam waarvan er één positief was. Dat was overigens een buitenlander. Die heeft men in België in het ziekenhuis min of meer opgesloten, omdat zijn keel positief was. Inmiddels is diegene allang naar huis. Die is niet ziek geworden, dus die test voorspelt blijkbaar lang niet altijd of je überhaupt ziek wordt.

Hoe lang blijf je positief? Dat weten we niet. Er zijn onderzoeken gedaan in Engeland waarbij ze gewoon dagelijks gekeken hebben. Je ziet dan gewoon de ene dag plus en de andere dag min, of je ziet dat min-min-min plotseling plus wordt. We weten dus nog niet wat de voorspellende waarde van die test is. Overhaupt weten we al niet of iemand waarbij het misschien in de keel wordt aangetoond, besmettelijk kan worden. Als je het weer op dezelfde wijze interpreteert als ik u net heb uitgelegd, namelijk dat je pas met klachten die druppeltjes gaat rondhoesten, dan verwacht je eigenlijk niet dat je het overdraagt, tenzij je misschien rare dingen doet. Nou ja, niet raar, maar tenzij je in ieder geval bepaalde dingen doet. De besmettelijkheid is dus ook nog eens heel onzeker. Dat maakt dat het wat ons betreft ook heel onduidelijk wordt of je die test wel moet uitvoeren. Als dokter zeg ik dan: dat doe ik niet, want die test gaat op geen enkele manier mijn beleid beïnvloeden. Stel dat ik iemand toch in thuisquarantaine plaats, dat ik een test doe die negatief is en dat ik dat tegen die persoon zeg. Als die vervolgens toch positief wordt – want die gevallen zijn er geweest – heb ik hem dan een dienst bewezen? Ik denk het niet. Als hij positief is, gaat hij ook in thuisquarantaine. Dan weet ik niet eens of hij ziek wordt. Een heleboel voorbeelden laten zien dat dat helemaal niet zo hoeft te zijn. In Nederland beïnvloedt het het beleid dus niet en daarom doen wij het niet.

Je hoopt natuurlijk dat er een goede studie wordt gedaan. Japan zou bijvoorbeeld een plek zijn waar dat kan, want daar hebben ze maar liefst 70 positieve kelen zonder klachten. Als je een goede studie hebt, dan kan je misschien iets leren over wat je nou aan die test hebt, maar een test uitvoeren zonder dat je weet wat die betekent, vind ik problematisch. Je hebt altijd ook foutnegatieven. We kennen namelijk ook voorbeelden waarbij de neus-en-keeltest negatief was, terwijl het virus in de diepte van de long wel een longontsteking veroorzaakte. Dat kwam pas met sputum omhoog. Dan heb je dus blijkbaar een negatieve neus-keel, terwijl het diep in de long toch wel degelijk borrelt. Misschien zijn dat soort patiënten, waarbij het een longontsteking geeft, eerder besmettelijk voor anderen dan wanneer het alleen in de keel zit. We weten dus domweg niet wat we met deze test aan moeten in deze situatie.

We weten wel wat we aan deze test hebben als iemand ziek is. Dat wil ik wel even benadrukken. Er is niks mis met de test. Het is een goede moleculaire test als iemand ziek is. Dat blijkt uit al het onderzoek dat is gedaan. Als iemand klachten heeft en de test is positief, dan is het helder. Als iemand klachten heeft en de test is negatief, dan is het ook helder. Dan verwacht je zo veel virus dat je het gewoon kan aantonen in de keel.

Hier in de titel staat «Evidence of Infection in Return Travellers». Als ik reviewer was, had ik dit niet geaccepteerd, want ze hebben geen enkele infectie aangetoond. Ze hebben aangetoond dat dat virus misschien in de keel zat. Ik wil benadrukken dat dat niet hetzelfde is als een infectie doormaken. Een infectie doormaken betekent dat je antistoffen maakt, dat het lichaam reageert op de aanwezigheid van het micro-organisme. Dat is hier niet aangetoond. Maar goed, dat is misschien een te groot detail voor niet-artsen, maar het is ook wel weer een subtiliteit in dit stuk, waarvan ik denk: dat hadden ze eigenlijk niet zo kunnen accepteren.

Wat ik dus gewoon wil overbrengen, is het volgende. Testen zijn mooi. Ze zijn prachtig. In de situatie waarin wij ze toepassen, namelijk bij controle bij iemand met klachten, hebben wij er alle vertrouwen in. Maar het willekeurig swabben, moet echt gewoon onderzocht worden. Dan leer je

misschien wat je eraan hebt, maar nu weten we het gewoon niet. Dat was een heleboel over die test.

Ik wilde nog even in perspectief plaatsen waar wij nou denken dat dit virus zich bevindt ten opzichte van andere virussen. De besmettelijkheid staat op de x-as. Dat is dat reproductiegetal dat we al vaker hebben besproken. Daar ziet u bijvoorbeeld dat mazelen met 15 echt heel erg besmettelijk is. Dat staat dan uitgezet ten opzichte van de sterfte per geval. Bij mazelen is dat natuurlijk gelukkig zeldzaam. U ziet MERS genoemd. We weten dat MERS eigenlijk moeilijk over te dragen is. Het gaat van kameel op persoon en vervolgens gaat het eigenlijk vooral verder als er in het ziekenhuis niet goed met de persoonlijke bescherming wordt omgegaan. Maar MERS is natuurlijk wel een zeer dodelijke ziekte, dus daarom staat MERS helemaal links en hoog. SARS staat er ook op. Daarbij is het sterftepercentage 10%, zoals u zich kan herinneren, met een reproductiegetal van ongeveer 2. Dat blokje in oranje geeft weer waar ergens dit virus zich zal gaan bevinden, maar het geeft ook gewoon de onzekerheid weer. Het is dus veel minder besmettelijk dan bijvoorbeeld mazelen. Het lijkt qua besmettelijkheid op seasonal flu, wat natuurlijk de gewone griep is. Het zit wat betreft sterfte natuurlijk duidelijk onder SARS. Het lijkt zich meer in de richting van seasonal flu te begeven. Dat heb ik, denk ik, ook geïllustreerd. Maar waar het precies uit zal komen, weten we gewoon nog niet.

Dan kom ik op mijn laatste dia, die eigenlijk gewoon weer even het overzicht geeft. Er is een nieuwe verwekker en er is een nieuw ziektebeeld. De incubatietijd is zes dagen. Het heeft een griepbeeld. Waarschijnlijk is er ook een brede piramide van veel minder ernstige klachten. Er is druppel- en contactinfectie.

Fecaliën hebben we ook al even genoemd, want dit soort virussen kunnen soms ook in de ontlasting terecht komen. Dan zal je onder bepaalde omstandigheden ook weleens verspreiding kunnen hebben, bijvoorbeeld als iemand diarree heeft. We weten gewoon dat iemand die het toilet doortrekt terwijl de klep openstaat, druppels kan maken. Als jij dan de volgende bent die van het toilet gebruikmaakt, dan loop je risico. Dat is dan natuurlijk niet omdat je het elkaar aanhoest, maar dan komt het letterlijk door de ontlasting. Hoe belangrijk dat is bij deze uitbraak, weten we niet. Waarschijnlijk is het overigens veel minder belangrijk dan het bij SARS en mogelijk MERS was.

Ik denk dat wij het uitvoerig over verspreiding via contacten hebben gehad. Dat reproductiegetal loopt terug, onder andere doordat men eerder naar het ziekenhuis gaat. Dat hebben we genoemd. Daardoor heb je minder tijd om het te verspreiden in de bevolking. Dan waren er nog de verschillende preventieve handelingen. Dit is zo'n beetje wat er in de tussenliggende periode naar boven gekomen is.

De voorzitter:

Dank u wel. Laat ik beginnen met de heer Van Dissel hartelijk te danken voor dit uitgebreide en verhelderende inkijkje in de ontwikkeling van het coronavirus.

Ik heb een huishoudelijke mededeling. Wij hadden voor deze technische briefing een uur beschikbaar. Nee, het was anderhalf uur, tot 17.30 uur, maar wij moeten rond 17.00 uur gaan stemmen. Als de bel een minuut lang gaat, geldt het protocol dat de leden zich direct richting de plenaire zaal dienen te begeven, omdat er met stemmingen niet gewacht wordt. De stemmingen zullen iets langer dan tien minuten duren, want er staat volgens mij best wel wat op het lijstje.

We kunnen dus twee dingen doen. Het eerste is dat we beide heren vragen om op ons te wachten – maar dat vind ik zelf eerlijk gezegd niet heel chic – om dan na de stemmingen weer verder te gaan. Er zijn dan vast een aantal leden die ook weer andere verplichtingen hebben vanaf 17.30 uur. Ik heb die in ieder geval zelf wel. Het tweede – dat zou ik

eigenlijk willen voorstellen – is dat de leden als zij acute vragen hebben, die natuurlijk altijd schriftelijk aan de Minister kunnen stellen. Die vragen zullen vervolgens door de deskundigen, dus ook door het RIVM, worden beantwoord. Wij hebben de eerste woensdag na het reces ook weer een procedurevergadering. Stel dat er in de komende tijd weer aanleiding is om ons opnieuw te informeren, dan zouden we daarin met elkaar kunnen besluiten om een derde technische briefing te houden, waarvoor we de heer Van Dissel en de heer Ter Schegget dan ongetwijfeld weer uitnodigen om ons verder bij te praten over de ontwikkelingen die er zijn. We zitten nu gewoon in een wat lastige tijds-klem, want als we het rondje met vragen nu doen, dan kan iedereen een halve vraag stellen zonder dat we nog een antwoord horen. Ik kijk dus even naar de leden om te zien of met name de tweede variant een werkbare optie voor hen is. Mevrouw Kuik.

Mevrouw **Kuik** (CDA):

Ja, voorzitter. Ik denk dat dat wel zo chic is. Misschien kunnen we nu nog kijken hoever we komen.

De **voorzitter**:

Ik verwacht dat de bel op elk moment kan gaan.

De heer **Hijink** (SP):

Kunnen wij niet heel kort de vraag stellen en dan een schriftelijk antwoord krijgen? Is dat geen optie?

De heer **Van Dissel**:

Ik heb er geen enkel bezwaar tegen om tien minuten of een kwartier te wachten. Maar u moet natuurlijk ook kunnen. Dat begrijp ik heel goed.

De **voorzitter**:

Ik denk dat de stemmingen iets langer dan een kwartier gaan duren. Ik kijk even naar de heer Hijink, want ik snap zijn vraag, maar ik moet dan even kijken naar de formele routing, want schriftelijke vragen zijn natuurlijk nooit rechtstreeks aan het RIVM gericht. Daarom hebben we dit soort technische briefingen, waarbij er wel een mondelinge mogelijkheid is. Dat is dus technisch wat lastig; vandaar mijn suggestie. Als er echt acute vragen zijn, dan kunnen die natuurlijk altijd langs de lijn van schriftelijke vragen aan de Minister gesteld worden. Maar gezien de schets die de heer Van Dissel nu geeft, kan ik mij voorstellen dat wij het misschien anderhalve week kunnen aankijken. Als er daarna bij de procedurevergadering behoefte aan een nieuwe technische briefing is, kunnen we die uitschrijven en de heer Van Dissel en de heer Ter Schegget opnieuw uitnodigen.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Ik ondersteun dat wel. Ik heb wel een aantal vragen, maar die zijn na uw presentatie niet zo urgent. Ik vind het trouwens fantastisch hoe u dat kan uitleggen in zo'n korte tijd. Echt geweldig. Complimenten daarvoor. Ik kan mijn vragen wel even bewaren en eventueel via een schriftelijke route stellen.

De heer **Jansen** (PVV):

Ik kan me er ook wel in vinden, want ik was natuurlijk degene die er spoed achter heeft gezet. Dank voor de zeer gedetailleerde uitleg en dan ook nog in taal die ik snap. Daar ben ik heel blij mee. Wat mij betreft is het goed als we het voorstel van de voorzitter gewoon volgen. Mochten er vragen zijn, dan kunnen we die inderdaad altijd op een later tijdstip nog stellen.

De **voorzitter**:

Oké. U hoort inmiddels de bel. Dat betekent dat wij ons helaas moeten gaan verplaatsen. Nogmaals dank aan de heer Van Dissel en de heer Ter Schegget voor hun verhaal en hun aanwezigheid hier. Wellicht zien wij elkaar weer terug, maar voor nu: dank u wel.

Sluiting 16.58 uur.