

CONCEPTVERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Over Update coronavirus

Desgewenst kunt u correcties in de weergave van uw woorden aanbrengen. U wordt verzocht deze correcties **uiterlijk woensdag 24 november 2021 18.00 uur aan de Dienst Verslag en Redactie** te retourneren. Hebben wij op het moment van het verstrijken van de correctietermijn geen reactie ontvangen, dan gaan wij ervan uit dat u instemt met de weergave van uw woorden. **Let op!** Neem voor uitstel van de uiterste correctiedatum contact op met de griffier van de desbetreffende commissie.

Inlichtingen: tel. 3182104.

Tweede Kamer, Update coronavirus

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Concept

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 15 november 2021 gesprekken gevoerd over **Update coronavirus**.

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

De fungerend voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Kuiken

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Esmeijer

Voorzitter: Kuiken

Griffier: Heller

Aanwezig zijn zeventien leden der Kamer, te weten: Agema, Azarkan, Van den Berg, Bikker, Gündoğan, Van Haga, Hijink, Kuiken, Van Meijeren, Omtzigt, Paternotte, Van der Plas, Pouw-Verweij, Stoffer, Aukje de Vries, Wassenberg en Westerveld,

alsmede mevrouw Van Blankers, de heer Van Dissel, de heer Eikelboom en de heer Kuipers.

Aanvang 13.00 uur.

De voorzitter:

Goedemiddag. Welkom bij wederom een technische briefing van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ik besef dat een aantal collega's waarschijnlijk nog zal komen binnenwandelen, maar onze tijd is beperkt en de vragen zijn groot, wat logisch is. We hebben vandaag verschillende onderwerpen.

Blok 1

Gesprek met:

- de heer Kuipers, voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg

De voorzitter:

We starten met blok 1. Dat is de heer Kuipers, voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg. Ik probeer het zo veel mogelijk in vraag en antwoord te doen. Als we klaar zijn, zijn we ook klaar en zijn andere mensen gereed om aan te schuiven. We starten weer met één vraag, maar als we ruimte hebben, doen we nog een tweede ronde. Meneer Kuipers, mag ik u als eerste het woord geven voor uw pitch?

De heer Kuipers:

Dank u wel. Dan begin ik even met het aantal positieve testen, in een plaatje dat is opgesteld door de NOS met als bron uiteraard het RIVM. Helemaal links ziet u de eerste golf. Zoals u weet, was toen de testcapaciteit gering, dus zie je die nauwelijks terug in het aantal testen. Maar daarna tellen we het aantal golven. Als je alleen de pieken neemt en ook die eerste golf daarin meetelt, zitten we ondertussen in de derde piek, met

aantallen die hoger zijn dan eerder. De getallen voor vandaag staan hier nog niet in, maar ik kreeg zonet door dat het gaat om iets meer dan 19.200 besmettingen, maar dan wel met de kanttekening dat dit de afgelopen twee dagen incompleet was, zoals u weet.

Ik wil even de aandacht vestigen op de toenames in percentage van de weekgemiddeldes. Drie weken geleden was dat gemiddeld een kleine 6.300 per dag. Dat was al een forse toename ten opzichte van de week ervoor. Twee weken geleden steeg dat nog eens met meer dan 50%. De afgelopen week ging het nog een keer met meer dan 35% omhoog. We zien dus een snelle percentuele stijging per week, met een heel steile curve.

Dat zien we dan met enige vertraging, logischerwijs, ook terug in de opnames. Deze curve toont de gemiddelden voor iedere dag, de driedaagse gemiddelden van ziekenhuisopnames, kliniek en ic bij elkaar. U ziet van iedere dag steeds de opnames van die dag, plus die van de dag ervoor, plus die van twee dagen ervoor, en dat gedeeld door drie, om de te grote fluctuaties eruit te halen. Dan houdt je nog steeds een grillige curve over, maar het dempt het effect enigszins.

Het belangrijkste om te zien is het volgende. Wat u in de besmettingen op de vorige dia zag, ziet u ook hier terug in de ziekenhuisopnames. Aan de rechterkant van de curve ziet u een heel steile curve, die zo mogelijk nog steiler is dan we eerder hebben gehad. U ziet de eerdere pieken helemaal links, namelijk die van begin november vorig jaar, die rond 31 december, eind april en iets in de zomer. En nu is het weer heel stijgend.

Ik las dit weekend een artikel in de Volkskrant, geloof ik, waarin gerefereerd werd aan de verwachting dat we op deze manier eind december op gemiddeld 250 opnames per dag zouden uitkomen. Daar zijn we nu al, half november, en het stijgt. Het gaat dus heel hard. Waar het op neerkomt ten opzichte van dat dal ervoor, is dat het aantal dagelijkse opnames in de afgelopen zeven weken tijd is verzevenvoudigd. Dat is de snelle ontwikkeling.

Dat zien we dan ook in de percentuele verandering. Ik blijf terugkomen op de percentuele verandering, omdat dit een reflectie is van wat u eerder ook zag in de besmettingsontwikkelingen. Dit is vanaf het begin van het jaar per week de percentuele

verandering in de bezetting van de ziekenhuizen over de tijd. In het begin van het jaar ziet u, na maatregelen, eerst iedere week een lichte daling. Dan krijgen we een periode van stijging. Dan een forse daling in de zomer, met even een heel forse piek, namelijk de dansen-met-Janssenperiode. Het gaat daarna weer langzaam naar beneden, maar de afgelopen weken is de stijging in dezelfde orde van grootte als u eerder per week zag in de besmettingen, met tientallen procenten per week erbij. Iedere week komt er ten minste ongeveer 30% bij, dus dat gaat vrij snel.

Dat vertaalt zich in deze ondertussen bekende curve, met in blauw het aantal patiënten opgenomen op een klinisch bed en in oranje het aantal patiënten op een ic-bed. Ik heb er twee weken geleden, toen ik hier was, al op gewezen dat de curve qua verloop en qua verhouding tussen kliniek en ic eigenlijk exact overeenkomt met het stijgende deel van de tweede golf, wat u net links van het midden van de dia ziet. De getallen zijn tot en met gisteren. Toen stonden we op ongeveer 1.850 patiënten. De getallen van vandaag heb ik net gekregen. Die konden nog niet verwerkt worden in de dia, maar ondertussen zijn het er bijna 2.000, waarvan 380 op de ic. We stijgen dus onveranderd heel snel door, dus er is weer een stijging van meer dan 100 in een dag erbij.

We hebben het er vaker over gehad dat er een tijdsverloop, een interval zit tussen de piek van het aantal besmettingen en de piek van de ziekenhuisopnamen. Hier is voor een aantal van die golven — de tweede, derde en vierde, en voor nu nog geen piek van de bezetting — weergegeven in rood met een pijl en een rode tekstbox het moment waarop het weekgemiddelde in aantal besmettingen per 100.000 maximaal was, met telkens daarbij en in de tijd logischerwijs iets verder opgeschoven in blauw de maximale ziekenhuisbezetting kliniek en ic op dat moment. U ziet dat daar telkens een interval in zit, vandaag tot max. ongeveer een kleine twee weken. Als u helemaal rechts kijkt naar het huidige weekgemiddelde in aantal besmettingen per 100.000, dan ziet u dat we in besmettingen hoger zitten dan ooit tevoren, maar dat we de piek van de curve van de ziekenhuisbezetting nog niet bereikt hebben. Dit is het standaardbeloop. Ik zei al: vandaag zitten we op bijna 2.000 en de verwachting is dat we nog beduidend verder door zullen stijgen.

De vraag is regelmatig: wat doet u ondertussen om te proberen de zorg echt anders in te richten? Er is in de afgelopen bijna twee jaar heel veel aan gedaan. Ik heb hier een

aantal maatregelen die zo veel mogelijk gericht zijn op, in slecht Nederlands, downstaging van het ziektebeeld, om te zorgen dat een patiënt zo veel mogelijk thuis opgevangen kan worden of, als hij in het ziekenhuis moet worden opgevangen, dat zo veel mogelijk klinisch is en er zo weinig mogelijk doorstroom is naar een ic. U ziet hier een aantal maatregelen; ze zijn al vaker voorbijgekomen. Grote cohorten van patiënten worden nu preklinisch verzorgd door de huisarts of door de wijkzorg. Dan gaat het om thuismonitoring, zuurstof thuis, saturatiemeting thuis, allerlei medicatie thuis, et cetera. En uiteraard, preklinisch en nog een stapje daarvoor gaat het om de vaccinatie inclusief een booster. Er komt mogelijk binnen afzienbare termijn voor kwetsbare patiënten ook een mogelijkheid om langdurig aanwezige antistoffen toe te dienen. Dat moet je doen op een tijdstip voordat ze besmet zijn, maar dat kan helpen bij de preventie.

Aan de klinische kant gaat het uiteraard ook om monitoring, om intensieve zuurstof en een reeks van andere maatregelen. Om even stil te staan bij de intensieve zuurstof: u moet zich voorstellen dat ongeveer een op de vijf van deze patiënten in de kliniek wordt behandeld met een techniek die heet Optiflow. Mensen krijgen een zuurstofmasker met tot 60 liter zuurstof per minuut. Een normale zuurstofbehandeling in een ziekenhuis is ergens tussen de een en de vijf liter. 60 liter zuurstof per minuut is heel erg veel. In een ziekenhuis krijg je dat via een zuurstofleiding. Als je zo'n patiënt probeert te vervoeren, dan kun je in je ambulance een cilinder van 1.000 liter meenemen. Daar ben je in een kwartier doorheen. Die patiënten zijn dus op die manier eigenlijk niet te vervoeren. Het is een zeer intensieve zuurstofbehandeling om te proberen weg te blijven van intuberen en beademen. Ook op de ic zijn er allerlei maatregelen die natuurlijk leiden tot een poging om zo snel mogelijk te laten herstellen. Er zijn dus veel maatregelen.

Desalniettemin is de impact groot. Op dit plaatje ziet u linksboven in de taartdiagram op basis van de cijfers van gisteren de actuele ic-bezetting door covidpatiënten en andere patiënten, een verhouding van ongeveer 40-60. Voor de kliniek, daaronder in de taart, was de verhouding 12-88. Met name dat laatste lijkt nog beperkt, los van het feit dat zowel in de kliniek als op de ic covidpatiënten aanzienlijk langer liggen dan een reguliere patiënt. Ik heb het vaker hier gezegd: een covidpatiënt zestien tot zeventien dagen en een reguliere patiënt gemiddeld ongeveer anderhalve dag, en in de kliniek zeven dagen versus vierenhalve dag. Als je even longitudinaal bekijkt, bijvoorbeeld over een periode van twee weken, hoeveel patiënten je dan daadwerkelijk behandelt met de capaciteit,

dan zie je dat hier in percentages weergegeven. Dan zien we links in een situatie zonder covid 100% behandeling. Rechts zien we een situatie waarbij de huidige bezetting van covid wordt meegenomen. Je hebt dan dezelfde capaciteit gebruikt of je schaalt zelfs op, maar het aantal patiënten dat je per twee weken behandelt, gaat percentueel sterk omlaag. Voor de ic is dat nog sterker dan voor de kliniek, omdat daar verhoudingsgewijs de opnameduur nog veel langer is. Stel dat je alleen een dagmeting doet. Misschien is met de stijging 15% van de ziekenhuisbedden vandaag bezet met covid. Als je dat in de tijd uitrekent, is de impact over de komende week veel groter dan dat.

Dat zie je bijvoorbeeld in de getallen ten aanzien van het aantal operaties waarvoor ic-opname nodig is. Dit zijn getallen van de Stichting NICE. Links zien we 2019 en rechts 2020. Het gaat enkel en alleen om patiënten die opgenomen worden op de ic na een operatie. Links in het tabelletje, in de linkerkolom bovenaan, ziet u dat in 2019 ruim 34.000 patiënten opgenomen werden op een ic na een operatie. Daaronder staat het per diagnose, bijvoorbeeld cardiochirurgie, hartchirurgie: 10.500. Rechts ziet u 2020. 2021 kan ik nog niet zien, want het jaar is nog niet afgerond. In 2020 ging het om ruim 29.000 patiënten. Daar misten in vergelijking met die 34.000 van het jaar ervoor dus zo'n 5.000 patiënten. Percentueel is dat een fors aantal. Het aantal ic's was opgeschaald. Er zijn veel meer ic-dagen geweest, maar met een beperkter aantal patiënten. Dat past bij het plaatje wat ik net liet zien. Dat heeft ermee te maken dat veel bedden met covid waren bezet, wat er lang ligt.

Dit is een plaatje dat ik u de vorige keer ook hebben laten zien. Iedere streep is één acutezorgregio. Bij elkaar zijn het er tien. Wij streven naar een bezetting iedere dag — naar rato van het aantal bedden — tussen de 90 en 110. Lange tijd, in het eerste deel van het jaar, lukte dat goed. In de zomer stopten we de spreiding vanwege de lage aantallen. Dan gaan de regio's wat uit elkaar, maar het zijn percentages van een laag aantal. Het lijkt dus dramatischer dan het is. Toen we weer gingen spreiden in september, kwam het weer bij elkaar. Afgelopen week hebt u veel berichten, vooral uit de regio Limburg, gezien dat het toch moeilijk ging. Dat klopte ook en dat had eigenlijk een aantal redenen bij elkaar. In Limburg was de curve van stijging nog steiler dan in de rest van het land. Met name in het geval van ic-patiënten, zeker met de langere afstanden, liepen we bij de grote behoefte aan verplaatsing tegen grenzen aan. In Limburg was er tegelijkertijd een probleem met de doorstroom vanuit het ziekenhuis en

vanuit de huisartsen naar de wijkzorg en de verpleeghuiszorg, waardoor er te veel gevraagd werd van de ziekenhuiscapaciteit. Dat waren weer patiënten die wij vanuit het LCPS moeilijk naar elders kunnen spreiden, want dan breng je ze van het ene ziekenhuis naar het andere, terwijl ze geen indicatie hebben voor een ziekenhuisopname, of geen verdere indicatie. De situatie komt langzaam weer terug, maar het blijft echt een uitdaging en dagelijks schakelen.

Tot slot twee plaatjes van de Nederlandse Zorgautoriteit. Kijk dan in het tekstdiagram met name even naar het middelste blokje. Dit zijn gegevens van afgelopen donderdag, de meest recente survey van de NZa. Vandaag komt er weer een nieuwe — ze doen het zeer frequent — maar die gegevens zijn er nog niet, dus kon ik ze niet meenemen. U ziet dat 88% van de ziekenhuizen afgelopen donderdag aangaf de kritieke planbare zorg nog volledig binnen de norm van zes weken te kunnen doen. Maar dat was al een evidente daling ten opzichte van de week ervoor, toen het nog 96% was. Ik heb u net al verteld wat er ondertussen weer gebeurd is met de capaciteitsbehoefte: die stijgt rap door. Afgelopen donderdag — dat zijn ook gegevens van de NZa — waren er nog vijftien ziekenhuizen die aangaven dat ze nog inhaalzorg deden. Ook dat was in de week ervoor meer. Dat aantal neemt dus af. U ziet een beetje de verdeling per regio.

Als laatste. Bij ziekenhuisopnames kijken we uiteraard naar de impact van de maatregelen — we kijken daar net als u met spanning naar uit — en naar de impact van een op te zetten boostercampagne. Ik wil twee plaatjes laten zien van twee verschillende Israëlische studies. Dit is een studie uit Israël, waar zoals u weet vrijwel iedereen met Pfizer is gevaccineerd. Linksonder ziet u twee studies die allebei zijn gepubliceerd in The New England Journal of Medicine. Linksonder, in de figuur met de rode en de blauwe lijn ziet u in rood in de tijd het aantal infecties onder gevaccineerde personen, passend bij de y-as aan de linkerkant. Op de x-as staat in het rechterdeel de periode 15 juli tot 1 augustus. In deze periode van twee weken zag men in Israël een hele steile curve in het aantal infecties, ook onder gevaccineerde personen. In blauw, deel van diezelfde mensen, op de y-as aan de rechterkant met veel lagere getallen ziet u het aantal gevaccineerde mensen dat zodanig ziek werd dat ziekenhuisopname nodig was. Dat is hetzelfde verhaal: het was een aantal van minder dan vijf per dag, maar steeg in korte tijd aanzienlijk, in ieder geval als je het percentueel bekeek. Men heeft vervolgens gekeken hoe dat zat in relatie tot het interval na vaccinatie. Dat zijn de

plaatjes rechts. U moet dan eerst kijken naar het plaatje rechtsboven. U ziet verschillende leeftijdscategorieën: links de jongste, dan een middencategorie en rechts de mensen van 60 jaar en ouder. Voor ieder part van de figuur vanaf links ziet u een langere interval na vaccinatie. Elk vakje in de linker kolom is zes maanden en zo verder terug. De boodschap is: hoe groter het interval na vaccinatie, hoe groter de kans dat men toch weer besmet raakt. Dat is besmetting. Kijken we naar rechtsonder: hetzelfde, maar dan na zodanig ernstige besmetting dat men ziekenhuisopname nodig had. In de categorieën 16-40 en 40-59 gebeurt helemaal niks, maar bij de 60-plussers zien we bij een interval van vier tot zes maanden na vaccinatie, zeker na zes maanden, het aantal ziekenhuisopnames weer duidelijk omhooggaan.

Let wel, dit is observationeel. Dit is wat dat betreft ongecontroleerd. Er zitten een heleboel mitsen en maren aan. Het waren ook allemaal mensen met Pfizer, terwijl er in Nederland mensen met AstraZeneca zijn gevaccineerd. De temperatuur is ook anders. Er zitten dus heel veel mitsen en maren aan die je allemaal kunt duiden, maar het zijn wel relevante gegevens. Ik sprak vorige week maandag met collega's uit acht andere Europese landen. Zij bevestigen precies ditzelfde beeld in hun land.

In Israël heeft men vervolgens de stap gemaakt naar een snelle booster. Dit is opnieuw naar een publicatie, nu van een maand geleden, over de impact van die booster. Ook dit is gepubliceerd in The New England Journal of Medicine. U moet in de tabel kijken naar de kolom non-booster group. Helemaal onderaan ziet u 4,5 miljoen persoonsdagen at risk. Boven ziet u dat in die 4,5 miljoen dagen er 4.439 bevestigd besmet raakten en 294 daarvan zodanig dat ze ziekenhuisopname nodig hadden. Rechts staat de boostergroep. Dat waren 6,2 miljoen persoonsdagen. Zowel het aantal infecties als het aantal ziekenhuisopnames is echter veel lager. De infectie is met een factor 11,3 naar beneden gegaan en het aantal ziekenhuisopnames met 19,5. Het effect ziet u op het plaatje rechts: de beschermende factor tegen ziekenhuisopname in de tijd. De belangrijkste boodschap is: veertien dagen na booster ging het risico al met een factor groter dan tien naar beneden. Opnieuw met alle kanttekeningen, mitsen en maren, maar het betekent wel degelijk dat we vanuit de ziekenhuizen en vanuit de zorg kijken naar de impact van de booster.

Tot zover.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank. Ik wil het als volgt doen. Als u zegt dat u geen vraag heeft, geeft dat wat extra ruimte voor de volgende ronde. Maar ik gun iedereen de gelegenheid om vragen te stellen. De heer Stoffer, mag ik u als eerste het woord geven?

De heer **Stoffer** (SGP):

Ik sla graag over, voorzitter.

De **voorzitter**:

De heer Haga.

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

Van Haga.

De **voorzitter**:

Excuus, Van Haga.

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

Geeft niet, dat gebeurt wel vaker. Over die studie in Israël. We zien dat het met name onder gevaccineerde personen is. In het grafiekje zien we ook dat er in de leeftijdsgroep 13-39 nauwelijks iets aan de hand is en ook in de leeftijdsgroep 40-59 zien we dat er nauwelijks iets aan de hand is. Toont dit niet aan dat we het beleid substantieel moeten wijzigen en dat we ons moeten concentreren op de 60-pluscategorie, dus de ouderen en de kwetsbaren? Daar kunnen we misschien boosters doen, maar alle energie die we in jongeren stoppen is eigenlijk voor niks.

De heer **Kuipers**:

Even de twee uit elkaar halen. Het figuurtje rechtsboven toont het aantal besmettingen. We zien dat in alle leeftijdscategorieën gebeuren, naar dezelfde rato. Eigenlijk kun je de drie figuurpartjes vrijwel over elkaar heen leggen. Qua nieuwe besmettingen gebeurt er in de verschillende leeftijdscategorieën dus hetzelfde. Er zijn inderdaad vrijwel uitsluitend ziekenhuisopnames in de groep 60-plussers, dus daar kijkt de zorg als eerste naar om te boosteren.

De heer **Azarkan** (DENK):

Dank aan de heer Kuipers voor het delen van zijn informatie met ons. Ik heb een vraag. Bij de huidige trend zien we eigenlijk hetzelfde als bij eerdere golven. Dat ziet er identiek uit. Is er naar uw oordeel genoeg voordeel van het gevaccineerd zijn, kijkend naar de steilheid van die curve, het aantal mensen dat op de ic ligt en het totale aantal mensen dat opgenomen wordt?

De heer **Kuipers**:

Een heel belangrijk punt. Het antwoord is ja. Het aantal geconstateerde besmettingen is nu hoger dan ooit tevoren. De heer Van Dissel kan straks ongetwijfeld wat zeggen over wat de onderschatting is ten aanzien van het daadwerkelijk aantal geïnfecteerden, naar de mening van het RIVM. We hebben eerder gezien dat de bereidheid om zich te laten testen bij klachten beduidend lager is dan die eerder geweest is. De gevoelens zijn dat het zelfs een sterke onderschatting is, terwijl de getallen hoger zijn dan ooit tevoren.

Dat zien we ook een beetje bij de huidige besmettingsgetallen. De stijging van de besmettingsgetallen en van het aantal ziekenhuisopnames is heel hoog, maar het aantal ziekenhuisopnames blijft nog steeds achter bij de huidige besmettingen. Ik heb geprobeerd dat te laten zien in de eerdere figuur, waar ik die punten liet zien. Dan kunt u zien dat we een week geleden op een gemiddeld aantal geconstateerde besmettingen in dezelfde orde zaten als bij de eerdere pieken in de tweede en derde golf. Maar de ziekenhuisbezetting is nog steeds beduidend lager dan bijvoorbeeld in die derde golf. We tikken nu de 2.000 aan, zoals ik al zei, en toen zaten we nog veel hoger. Je krijgt wel dezelfde stijging, maar er is nog steeds een sterk dempend effect van de vaccinatie. Dat zien we ook bij de aantallen mensen die beschermd zijn, gevaccineerd dan wel eerder gehad, in relatie tot ziekenhuisopnames. Naar rato zijn de ongevaccineerde mensen tezamen met de mensen die het nog nooit gehad hebben, oververtegenwoordigd.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

We zien natuurlijk dat het uitstellen en afschalen van de reguliere en planbare zorg ook heel veel ellende veroorzaakt voor mensen van wie de operatie soms voor de tweede, derde of vierde keer wordt afgezegd. Wordt er ook gekeken om toch iets meer van de reguliere zorg doorgang te laten vinden door het inschakelen van de zelfstandige

behandelcentra? Wordt er bij het uitplaatsen van patiënten ook rekening mee gehouden hoeveel reguliere zorg er nog gedaan kan worden?

De heer **Kuipers**:

Twee vragen. Eén: ja. De zbc's hebben we echt maximaal nodig als het gaat om niet intensieve klinische zorg of waarbij geen ic-zorg nodig is, uiteraard. Die hebben we maximaal nodig en daar wordt ook op gestuurd. De zelfstandige behandelcentra zijn ook aangesloten bij ieder ROAZ-overleg. In het verleden hadden we weleens discussies over wie doet wat, maar dat kunnen we ons allang niet meer veroorloven. Men is nodig. Het gaat er nu echt om waar een patiënt het snelst en het best geholpen kan worden. Dat is één.

Dan de tweede. Ik liet u het plaatje zien waarbij we puur kijken naar beschikbare bedden en percentuele bezetting met covid. Dat heeft goed gefunctioneerd in de eerste, tweede en derde golf, maar dat is nu niet meer voldoende. We moeten echt kijken naar hoeveel capaciteit je hebt en wat de wachtlijst is, zeker ten aanzien van ic-behoefte chirurgische zorg. Dat gebeurt ook, dat is buitengewoon complex, maar dat moeten we meenemen. We hebben in de afgelopen periode al situaties gezien dat zelfs bij naar verhouding minder covidbezetting sommige centra toch meer complexe chirurgie moesten afzeggen. Dan zijn we met z'n allen op landelijk niveau niet goed bezig. We nemen dit nu mee in de overwegingen.

De heer **Hijink** (SP):

Mijn vraag gaat over het belang van vaccinatie. Ik denk dat glashelder is dat vaccinatie heel veel ziekenhuisopnames voorkomt. Maar de vraag is of er ook generieke maatregelen nodig zouden zijn, gezien de groei van het aantal besmettingen en van het aantal gevaccineerde mensen dat in het ziekenhuis belandt. Ik hoop dat u mijn vraag begrijpt. Het gaat erom of je in je beleid maatregelen moet nemen die alleen gevaccineerden of ongevaccineerden raken, of hoe dan ook bepaalde generieke maatregelen nodig hebt om de stijging van het aantal mensen dat gevaccineerd is en toch in het ziekenhuis komt te kunnen remmen.

De heer **Kuipers**:

Dat is voor mij een hele lastige vraag om te beantwoorden. Ik denk dat dit bij uitstek een

vraag voor bijvoorbeeld de heer Van Dissel is. Het sluit wel aan bij dit plaatje. Wat zeker is, is dat het aantal mensen dat met vaccinatie toch een besmetting oploopt stijgt. Het aantal mensen dat dan in het ziekenhuis komt, stijgt ook. Dan gaat het in Nederland met name om de 60-plussers. In de laatste getallen die wij hebben, een survey van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten, is er bij zo'n 70% van de mensen die ondanks vaccinatie toch in het ziekenhuis komen, sprake van onderliggend lijden, zoals hart- en vaatziekten, een longaandoening of een neurologische ziekte. Maar ondertussen zijn dat wel degelijk grote aantallen. U moet zich voorstellen dat je bij die 250 opnames per dag al snel praat over ruim 100 opnames per dag van mensen die eerder gevaccineerd zijn.

De heer **Wassenberg** (PvdD):

Ik zal even een aantal gegevens die we nu gehoord hebben combineren. We horen dat er nu 250 ziekenhuisopnames per dag zijn. Aanvankelijk was de verwachting dat dat pas veel later zou zijn, in december. De capaciteitsbehoefte van ziekenhuizen stijgt en de geplande zorg neemt af. U bent geen lid van het OMT, maar u bent wel voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg. Er zijn sommige factoren die we wel kennen. Kunnen we het over anderhalve maand aan dat er dan weer 1.400 extra meldingen bij het ziekenhuis zijn, bijvoorbeeld door vuurwerk? Of zou u het kabinet adviseren om te proberen alles wat je in de hand hebt te beperken en de zorg niet erger te overbelasten dan nodig is?

De heer **Kuipers**:

Het hangt uiteraard af van de situatie waar we dan in zijn. Deze curve voor de korte termijn moet omgebogen worden. U hebt gezien hoe snel dat ging; alleen al in de instroom een zevenvoudige stijging in zeven weken. Tot het eind van het jaar hebben we nog zes weken. Als je zo verder doorstijgt, is er op dat moment geen discussie over het vuurwerk maar over hoe we überhaupt welke patiënt dan ook opvangen. Laten we eerst uitgaan van de maatregelen om het om te buigen. In de zorg is het relevanter om te horen wat de impact is van verschillende vormen van eindejaarsviering op het aantal besmettingen. Met de eindejaarsviering is het altijd druk op de spoedeisende hulp, maar het aantal opnames dat daaruit voortvloeit en de duur daarvan is naar verhouding eigenlijk altijd maar beperkt. Ik ben dus veel meer geïnteresseerd in de ombuiging op korte termijn en bij de situatie daarna in de berekening van de impact op het aantal

besmettingen.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

De situatie van het personeel is natuurlijk heel heftig. Ik heb zelf de afgelopen tijd, net als meerdere collega's, denk ik, gesproken met mensen die in de ziekenhuizen werken en gehoord hoe het voortdurend al heftig is. Het lijkt misschien een wat botte vraag, maar zo bedoel ik het niet: hoelang houden de mensen in de ziekenhuizen het nog vol? Wat verwacht u de komende weken van de werkdruk en hoe het eraan toe gaat?

De heer **Kuipers**:

Ik hoorde bij de persconferentie een quote van iemand uit de zorg — ik zat bij dat overleg, dus ik heb het haar ook horen zeggen — over een marathon waarbij je over de finish gaat en uitloopt en dan zegt iemand dat je nog een keer 10 km verder moet. Dat is voor veel mensen het gevoel, en daar proberen we op allerlei manieren wat aan te doen. Je merkt ook in de discussies tussen zorgpartijen onderling, omdat overal meer dan het maximum verlangd wordt van het personeel, dat het echt zoeken is naar hoe je dit nog zo veel langer krijgt. Ik zal een voorbeeld noemen. In regio's worden nu bijvoorbeeld regionale verpleegkundige overleggraden gevormd om toch vooral ook met elkaar te delen en naar oplossingen te zoeken: hoe doe je op het juiste moment of op hetzelfde moment allemaal hetzelfde? Dat hoort u ook een beetje terug in de discussie. We hebben in de pers een aantal keren iets kunnen zien wat uit individuele ziekenhuizen naar boven kwam, in de zin van "ik word niet voldoende bediend" of "er wordt niet genoeg gespreid". Dat is gewoon een reflectie van de enorme druk die op het systeem en op het personeel staat.

Mevrouw **Agema** (PVV):

De heer Kuipers nam vroeger altijd tabellen mee met ziekenhuisopnames en ic-opnames en met wat die naar zijn verwachting de komende weken zouden doen. Die tabellen waren voor ons eigenlijk het belangrijkste om een oordeel te kunnen vellen. Die zie ik nu niet. Bij het proberen te begrijpen wat er aan de hand is, probeer ik dat maar te doen met sheet nummer 4. Daarop zie ik dat de laatste drie balken significant lager zijn dan die van vier weken geleden. Moet ik daaruit concluderen dat, hoewel ze allemaal aan de verkeerde kant van de nullijn staan, het aantal opnames over de piek heen lijkt te zijn?

De heer **Kuipers**:

Ik neem aan dat ik de juiste dia voor me heb, nummer 4? Ja. De meest rechtse kolom is een percentuele stijging, maar dan niet van een week — u ziet het in de datum; die valt er net af — maar alleen van de afgelopen twee dagen. Dat was namelijk van vrijdag tot en met zondag. Al die weken ervoor ziet u een stijging van iedere keer tenminste 30%. Als we dat even voor deze week zouden doen en als we nog geen verandering in het aantal besmettingen zien, dan zitten we nu op 2.000 en staan we over een week op 2.600. Over een week of een dag of acht gaan we dan door de hoogste piek heen die we de afgelopen winter hebben gehad, van 2.800. U hoort mij niet zeggen dat dat de verwachting is. Ik ben blijkbaar niet duidelijk.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik bedoelde niet de absolute aantallen, maar of de stijging over het hoogtepunt heen is. Kunnen we dat opmaken op basis van de laatste drie kolommen? Nou, niet de laatste kolom, maar de twee kolommen daarvoor. Is de stijging over de piek heen?

De heer **Kuipers**:

Nee. Het antwoord is helaas nee. Dat zag u ook in de ontwikkeling van het aantal besmettingen. We hebben nu een aantal weken op rij iedere keer 30%-plus. Die stijging is er nog niet uit. Ik zou graag willen dat dat zo was. Dat die voorspelling inderdaad lastig is, heeft te maken met waar we het zojuist al even over hadden: er is meer onzekerheid over de vraag in hoeverre het aantal geconstateerde besmettingen daadwerkelijk de infectierate vertegenwoordigt, omdat de bereidheid om te testen lager was. Daarmee zitten we dus meer in onzekerheid. De ontwikkeling gaat ook zo rap dat voorspellen heel lastig wordt. De eerdere voorspelling vanuit het RIVM was dat de piek deze winter op ongeveer 1.500 patiënten in de ziekenhuizen zou liggen en dat dat aantal in januari gehaald zou worden. We zitten half november en we zitten op een paar na al op 2.000. De voorspelling was ook dat dat zou gebeuren bij een instroom van ongeveer 150 per dag. Zoals gezegd zitten we al op 250 per dag en de stijging is er nog totaal niet uit, zoals ik dat ook in deze dia, de derde dia, liet zien. Dus waar gaan we naartoe? Ook met de maatregelen die eind vorige week van kracht zijn geworden, zal de stijging nog zeker even doorgaan en komen we ruim boven 2.000 uit. Ik durf net zomin als u te zeggen waar we precies naartoe gaan, maar als deze stijging nog een week doorgaat,

mag u mij over een week weer uitnodigen en dan is de bezetting 2.600.]

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

We hebben net wat gezien over boosters. Ik hoor ook langskomen dat het eigenlijk niet meer gaat in de ziekenhuizen. Tegelijkertijd bereiken mij ook signalen dat er sprake is van een best wel hoog infectiepercentage onder de huisartsen, dat het in de verpleeghuizen niet goed gaat en dat de eerste lijn zwaar onder druk staat. Tegelijkertijd zie ik dat het kabinet besluit om vroeger te beginnen met boosters voor ziekenhuismedewerkers. Ik vraag me dan af of we niet juist ook buiten de ziekenhuizen moeten gaan kijken naar die eerste lijn en de verpleeghuizen. Ik hoor graag wat de heer Kuipers daarvan vindt.

De heer **Kuipers**:

Absoluut. Dat gebeurt ook, met de booster door verschillende partijen. De ziekenhuizen kunnen de eigen medewerkers vaccineren en hebben dat eerder ook gedaan voor de huisartsen en het ambulancepersoneel. Verpleeghuizen en wijkzorg vallen voor een groot deel onder de GGD en voor een deel gebeurt het door het eigen personeel. Naar dat soort oplossingen wordt nu gezocht, maar ik ben het helemaal met u eens: hoe sneller je heel breed het zorgpersoneel kunt vaccineren, hoe beter dat is. Als ik de indruk heb gewekt dat dit alleen voor ziekenhuispersoneel bedoeld was, klopt dat absoluut niet. Je moet iedereen adresseren.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):

Voortgaande op die vorige vraag: wij waren wat verbaasd dat ze in het Verenigd Koninkrijk 48 uur na het advies van de gezondheidsraad konden beginnen met booster en dat het hier zes weken later begint. Als u vandaag in de ziekenhuizen ampullen krijgt, bent u dan in staat om die morgen toe te dienen bij het ziekenhuispersoneel?

De heer **Kuipers**:

Het antwoord is ja.

De heer **Omtzigt** (Lid Omtzigt):

Wat is de reden dat dat niet gebeurt?

De heer **Kuipers**:

De vaccins worden ondertussen snel uitgeleverd. We hebben ze nu kunnen bestellen. Het zal nu dus heel snel gebeuren. De vaccins zijn beschikbaar. Ziekenhuizen en — dat weet ik zeker — ook huisartsen en andere partijen staan ervoor klaar. Hoe eerder hoe liever. Maar voor de duidelijkheid: wij hopen dat daarmee zo snel mogelijk ook die groep van 60-plussers geadresseerd wordt.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Ik wil een andere vraag stellen. De vorige keer zijn we te snel gaan versoepelen en hebben we ook te laat ingegrepen. Dat is na 21 maanden pandemie toch behoorlijk hardleers, zou ik willen stellen. Wanneer, bij welke besmettingsgraad, zouden wij volgens u eigenlijk weer eens een keer over versoepelen kunnen nadenken? Want we hebben ook nog uitgestelde zorg en daar komt ook maar geen plan voor van dit kabinet.

De heer **Kuipers**:

Twee verschillende dingen. Ten eerste het tempo van dalen, het tempo van naar beneden gaan. Het is het makkelijkst te adresseren in een soort steady state. We hebben eerder gezien — dat ziet u in het onderste deel van de curve rechts — dat er gemiddeld 35 opnames per dag waren bij een aantal van ongeveer 1.700 besmettingen per dag. Toen dat verdubbelde naar 3.500 à 4.000, waren de aantallen voor de zorg, ook voor de huisartsen en de wijkzorg, uitstekend te doen en waren wij in staat om ook inhaalzorg en extra's te doen. Bij dat soort aantallen was dat heel goed. Als u een exact aantal wil waarop je zou kunnen sturen, dan is dat dus dat aantal van 4.000 per dag en daaronder.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Ik heb meerdere vragen, maar laat ik het voorlopig bij één houden. Niet zozeer een virus maar een verzwakt immuunsysteem is de grootste bedreiging voor de volksgezondheid. Ik neem aan dat we het daar met elkaar over eens zijn. Kijk ook naar de griepvrijheid: die wordt gegeven aan mensen in de kwetsbare groepen. Ik vraag me af of we ons niet daarop moeten gaan richten, dus op de groep met een verzwakt immuunsysteem, die dus kwetsbaarder is voor een besmetting met covid en eerder kans heeft om op een ic terecht te komen, in plaats van generieke maatregelen uit te voeren voor een hele

groep, waaronder ook jonge mensen tussen de 13 en, laten we zeggen, 30 jaar, die allemaal relatief gezond, weerbaar en sportief zijn maar die nu ook worden getroffen door al deze maatregelen. Moeten we niet gewoon in een soort cluster gaan werken in de zin van: dit is de grootste risicogroep, die het kwetsbaarst is en een verzwakt immuunsysteem heeft, wat ook blijkt uit het onderliggend lijden bij de ic-opnames? Ik ben benieuwd hoe u daarin staat.

De heer **Kuipers**:

Ik ben het helemaal met u eens dat bij onderliggend lijden de grootste kans bestaat — dat is dus niet absoluut zo — om ernstig ziek te worden. Aangezien de kans op de aanwezigheid van een chronische ziekte toeneemt met de leeftijd, zie je dit ook gereflecteerd in het aantal ziekenhuisopnames en de leeftijd. Dat is niet absoluut zo. Er zijn ook mensen die voorheen volslagen gezond waren en nog nooit bij een arts waren geweest en die toch met covid op een ic terechtkomen. Het zijn altijd relatieve kansen. Het is wel zo dat als ook de jongere groep alles loslaat en zeer grote aantallen besmettingen oploopt, de kans veel groter is dat zij het alsnog overdragen aan willekeurige kwetsbare personen bij wie zij ergens in de buurt komen. Er zijn dus twee manieren. Je kunt sturen op het totale aantal besmettingen in de populatie, wetende dat dat ook wat doet voor de kans dat kwetsbare mensen besmet raken, of je moet op de ene of andere manier in staat zijn om de kwetsbare groep extra te beschermen. We hebben het net gehad over een booster. Ik heb iets genoemd wat potentieel voor een selecte groep in aanmerking kan komen, maar wat er nu nog niet is. Het gaat om specifieke antistoffen die je kunt toedienen. Of je moet maatregelen hebben waarbij je die kwetsbare groep dan zo veel mogelijk isoleert. Dat is een enorme uitdaging.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Ik heb een verduidelijkende vraag.

De **voorzitter**:

Nee, dat kan niet. Ik moet door. Er zijn nog meer mensen die een vraag willen stellen en ik heb nog twintig minuten. Als we nog ruimte hebben, dan doen we straks een tweede ronde. Mevrouw Bikker.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dank aan de heer Kuipers voor zijn presentatie, die helaas ernstige cijfers bevat. We wisten het eigenlijk wel, maar ik schrik toch eigenlijk het meest van zijn opmerking dat de piek nog niet is bereikt. Dat betekent veel voor de komende weken. Allereerst mijn meeleven voor iedereen die hier keihard aan werkt en ook nog een hele golf op zich af ziet komen. Daar gaat meteen ook mijn vraag over, die aansluit bij wat mevrouw Westerveld van GroenLinks net vroeg. In hoeverre is dit doenlijk in de komende weken en hoelang is dit doenlijk? Als u weet welke maatregelen nu worden voorgesteld, geeft dat dan vertrouwen? Kan de zorg daarmee vooruit, of zegt u tegen de Kamer: wees je alsjeblieft bewust van waar we nu tegen aankijken en denk in ieder geval hieraan en hieraan, juist voor de mensen die dit vol hebben te houden met de stijgende cijfers?

De heer **Kuipers**:

Om maar even een beeld te schetsen van waar u ook in de pers, in de media, wel iets van meekrijgt. Het is zwaar om deze golven van patiënten op te vangen. Voor veel mensen in de zorg is het even zwaar om opnieuw te zoeken naar mogelijkheden om ook anderen te behandelen. We hebben eerder steeds gezegd: we hebben ten opzichte van een jaar geleden ... Ik vergeleek net even de stijging met de tweede golf, maar het grote verschil is dat we ondertussen een veel grotere hypotheek hebben op de reguliere zorg en niet dezelfde vertraging. Het is ook een grote psychische belasting als je als verpleegkundige, arts of operatieassistent ziet dat iets voor de zoveelste keer afvalt en dat sommige patiënten al voor de derde keer afvallen. Voor de zorg zijn wij dus heel blij dat er maatregelen genomen worden. We volgen wat vervolgens de impact is voor het aantal besmettingen, omdat dit voor ons een predictie is van hoever we nog doorstijgen en hoelang dat dan zal duren.

Ik hoorde eerder iets zeggen over sturen op een R-waarde van 1,0 zodanig dat het stabiel blijft. Nee, het moet echt naar beneden. Bij deze aantallen raken patiënten echt op een gegeven moment buiten die termijn van zes weken. Dat heeft ook op het personeel een grote impact. Je voelt je immers ontzettend verantwoordelijk voor de patiënten van wie je weet dat ze, als ze langer wachten, gezondheidsschade oplopen.

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

Eerst dank aan de heer Kuipers voor de presentatie. Ik krijg mailtjes van mensen die zeggen: nu is voor de derde keer mijn operatie uitgesteld en ik heb twee zware

operaties. Er was ook nog iemand die een hartoperatie zou krijgen. Ik wil graag even terugkomen op de staatjes op sheet 11 en sheet 12, omdat dat voor mij niet helemaal duidelijk is. Er staat nu: 88% van de ziekenhuizen kan de kritiek-planbare zorg volledig binnen de norm van zes weken leveren. Maar wat betekent dat voor die 12% die dat niet doet? Wordt dat door andere ziekenhuizen opgevangen? Hoe mogen we dat lezen? Dit is natuurlijk een groot punt van zorg voor mensen die vaak al maanden en maanden wachten.

De heer **Kuipers**:

Voor de duidelijkheid: ik toon dat percentage van 88% hier zelf en het schetst het aantal ziekenhuizen, maar het vertelt maar een heel beperkt deel van het verhaal. Zonder nou alle ziekenhuizen gelijk te trekken: er worden jaarlijks alleen al tussen de 120.000 en de 130.000 nieuwe patiënten in Nederland gediagnosticeerd met kanker. Dat is zo'n groep die eigenlijk altijd binnen die zes weken behandeld moet worden. Dan hebben we een getal om ons voor te stellen om hoeveel patiënten dat gaat. Het gaat om hele grote aantallen; alleen al bij nieuwe kankerdiagnoses gaat het om ruim 10.000 per maand. Dat is één.

Het tweede is dat u ziet dat die percentages snel veranderen. Het ging van 96% naar 88%. Eind deze week zal het naar verwachting met de huidige aantallen nog wat lager zijn. Dat gebruiken we ook voor het sturen op het verdelen van patiënten, omdat het er uiteindelijk om gaat om zo veel mogelijk mensen in dezelfde termijn te helpen. Bij de huidige stijging is mijn verwachting en moeten we er echt van uitgaan dat dat percentage, van 96 naar 88, een volgende keer nog lager zal zijn. Daar stuur je op, maar op het moment dat het een heel groot deel is, is het onmogelijk om overal zo te sturen dat iedereen dan nog binnen zes weken behandeld wordt.

De heer **Van Meijeren** (FVD):

Dank aan de heer Kuipers. Het gaat al sinds het begin van dit coronaschandaal over de druk op de ic's. Toen Forum voor Democratie er in februari, maart vorig jaar voor pleitte om de ic-capaciteit fors en structureel uit te breiden, werd nog gezegd: we kunnen niet zomaar een blik ic-verpleegkundigen opentrekken, want die opleiding duurt een tijdje. We zijn inmiddels twintig maanden verder. Daarom vroeg ik me af of u iets kunt vertellen over het aantal extra verpleegkundigen dat nu gestart is met de opleiding tot ic-

verpleegkundige, wanneer zij hun opleiding afronden en of het kabinet wellicht stappen had kunnen zetten om dit proces te versnellen.

De heer **Kuipers**:

De instroom in de opleiding voor ic-verpleegkundige liep ook voor covid helaas al lang achter om de eenvoudige reden — het is niet zo eenvoudig — dat de jonge mensen er niet zijn en dat op het moment dat je een tekort hebt, het nog lastiger is om voldoende opleidingscapaciteit te creëren, omdat het heel erg een praktijkopleiding is met directe een-op-eenbegeleiding. We liepen dus al achter en in deze fase hebben we die achterstand zeker niet ingehaald. Het aantal ic-verpleegkundigen — ik durf het exacte aantal niet uit mijn hoofd te noemen — is eerder achteruitgegaan dan vooruitgegaan.

Ik hoor veel: is het dan niet mogelijk om ergens een covid-ic of -kliniek ... Dan wordt er een getal genoemd: 100 bedden, 500 bedden. Maar het gaat niet om de bedden, het gaat niet om de apparatuur. Het gaat echt om het personeel en dat hebben we niet. Dat geldt niet alleen voor de ic, maar heel breed. Het is heel begrijpelijk en de afgelopen 22 maanden komt het woord "ic" ongelofelijk vaak voorbij, inclusief getallen. Maar u moet zich voorstellen dat het voor covid echt maar het piekje van de ijsberg is. Het is maar een fractie van het totale aantal patiënten. De grootste belasting begint allereerst in de wijkzorg en bij de huisarts, dan op de spoedeisende hulp en in de kliniek en dan voor een stukje nog op de ic.

De **voorzitter**:

Dank. Nee, dat was het.

De heer **Van Meijeren** (FVD):

Voorzitter, mag ik dan een punt van orde maken?

De **voorzitter**:

Nee, dat doen we niet, want het is een technische briefing. Het is hier vraag en antwoord, geen debat.

De heer **Van Meijeren** (FVD):

Een punt van orde is dus niet toegestaan, begrijp ik.

De **voorzitter**:

Ik zou niet weten welk punt van orde u zou moeten maken, aangezien we niet in een debat zitten. Het is gewoon vraag en antwoord.

De heer **Van Meijeren** (FVD):

We zitten in een commissievergadering en daar geldt een reglement van orde voor. Ik wil graag een punt van orde maken.

De **voorzitter**:

Welk punt van orde wilde u maken?

De heer **Van Meijeren** (FVD):

Aan het begin van deze vragenronde gaf u aan dat sprekers die geen vragen hadden bij de volgende sprekers wat extra ruimte zouden hebben. Ik heb bij twee van de drie volgende sprekers geen vragen, dus ik zou graag hier wat extra ruimte willen hebben.

De **voorzitter**:

Dan heb ik het inderdaad mis gehad, excuses. Dat mag u doen.

De heer **Van Meijeren** (FVD):

Dank u wel, voorzitter. Ten eerste was een van mijn vragen niet beantwoord, namelijk welke stappen het kabinet heeft gezet of had moeten zetten om deze procedure te versnellen. Het kan toch niet zo zijn dat in een welvarend land als Nederland in twintig maanden tijd geen één extra ic-verpleegkundige kan worden opgeleid? De opleiding tot ic-verpleegkundige duurt achttien maanden. We kunnen de arbeidsvoorwaarden verbeteren. We kunnen ic-personeel dat de afgelopen jaren in groten getale is ontslagen of wegbezuinigd, vragen om terug te komen. Er zijn zoveel mogelijkheden als we denken in oplossingen, maar ik hoor hier geen woord over. Kan de heer Kuipers vertellen of het kabinet meer had kunnen doen om het aantal ic-verpleegkundigen dat nu van de opleidingsbandjes af komt te versnellen en te vergroten?

De heer **Kuipers**:

Ik zou dolgraag het antwoord geven dat het kabinet dat waarschijnlijk had gekund, maar

ik ben bang dat het niet heel veel zo is. Het is niet een tekort aan financiën. Het geld wordt beschikbaar gesteld. Het is ook niet een tekort aan capaciteit of uitbreiden van capaciteit, bijvoorbeeld voor beroepsopleidingen voor verpleegkundigen om ze daarna door te laten stromen naar ic-verpleegkunde. Het is ook niet het gebrek aan mee willen denken om opleidingen anders in te richten. We zijn bijvoorbeeld bezig met een traject om de opleidingen voor spoedeisende hulp-, ambulance- en ic-verpleegkundige te combineren tot een verpleegkundige acute zorg. Daar waren we al mee bezig vóór covid en dat is alleen maar doorgezet. Het kabinet, de overheid doet dus zeer veel. Het probleem zit 'm simpelweg in de beschikbaarheid van mensen die in die opleiding instromen en de manier waarop we ze nu, zoals dat zonet ook al een aantal keren gevraagd werd, langdurig hoog belasten.

De **voorzitter**:

Dank. De heer Paternotte?

De heer **Paternotte** (D66):

Ik houd het kruit even droog.

De **voorzitter**:

Is er nog een laatste hele prangende vraag? Anders stel ik voor dat we naar de laatste ronde gaan. Is dat akkoord voor jullie? Mevrouw Van der Plas, u maakt nog gebruik van de laatste vraag. Gaat uw gang.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Dat klopt, nog even ter aanvulling op mijn vraag over het onderliggend lijden en het verzwakt immuunsysteem. Ik ben dan wel even benieuwd hoelang we gaan booster in Nederland. Gaan we dat eeuwig doen of stoppen we daar op een gegeven moment mee? Hoelang zijn die boostercampagnes nog?

De heer **Kuipers**:

De tijd moet het uitwijzen. Dat bedoel ik helemaal niet flauw. Ik heb het weleens eerder genoemd. Dit is de derde winter dat we ermee bezig zijn. Dit is de eerste booster na een vaccinatie. U kent de verschillen. Er zijn vaccins waarmee je eenmalig in je hele leven op kindertijd of op babytijd gevaccineerd wordt en er zijn vaccins waar zeker de

ouderen en de kwetsbaren ieder jaar mee geboosterd worden. Ik heb vanochtend mijn griepvaccin weer gekregen. Waar we hier mee eindigen, we weten het niet. Voor nu is er een indicatieve reden om te zeggen dat het verstandig is om te boosteren, zeker beginnend bij de 60-plussers en bij het zorgpersoneel. Of een eenmalige booster voldoende is en het daarna blijvend over is, zullen we moeten zien. Ik denk dat het voor nu verstandig is om ook rekening te houden met de mogelijkheid dat dit een jaarlijkse booster is à la de griep, maar dat je het dan ook in moet richten à la de griep en dat je dat moet doen aan het begin van het seizoen en niet in de loop of aan het eind van het seizoen.

De voorzitter:

Dank. Ik wil de heer Kuipers hartelijk bedanken voor zijn aanwezigheid en zijn briefing. We gaan een enkele minuut schorsen. Daarna gaan we door met blok 2a en blok 2b, namelijk de heer Eikelboom van de Programmaorganisatie GGD en mevrouw Van Blankers, programmadirecteur van het COVID-19-vaccinatieprogramma, en de heer Van Dissel.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

Hartelijk welkom weer bij de technische briefing.

Blok 2a

Gesprek met:

- mevrouw Van Blankers, programmadirecteur van het COVID-19-vaccinatieprogramma van het RIVM
- de heer Eikelboom, directeur COVID-19 Programmaorganisatie bij GGD GHOR Nederland

De voorzitter:

Wij gaan nu starten met een presentatie van mevrouw Van Blankers. Welkom weer in dit huis. Zij is programmadirecteur van het COVID-19-vaccinatieprogramma van het RIVM.

Daarna de heer Eikelboom, directeur COVID-19 Programmaorganisatie bij de GGD GHOR Nederland. Meteen aansluitend komt de heer Van Dissel binnen, directeur van het Centrum voor Infectieziektebestrijding van het RIVM. Die zal ook zijn presentatie doen. Daarna gaan we vragen doen: degenen die nog geen vraag hadden gesteld drie, anderen twee of een, voor zover het nog open is. En uiteraard, als we nog meer ruimte hebben — maar dat zal iets te veel wishful thinking, wensdenken, zijn — dan doen we er nog meer. Maar hoe smoother, hoe sneller en makkelijker we gaan, hoe meer ruimte daarvoor komt.

Ik geef nu als eerste graag het woord aan mevrouw Van Blankers van het vaccinatieprogramma van het RIVM.

Mevrouw **Van Blankers**:

Dank u wel. Ik ben hier vandaag om jullie mee te nemen in de plannen voor de boostercampagne. Ik laat jullie even iets zien over de advisering en de besluitvorming rondom de boostercampagne, het doel en de uitgangspunten, en de planning en de uitvoering. Na mij zal de heer Eikelboom iets meer details geven over de planning en de uitvoering bij de GGD'en.

We beginnen bij de advisering over de boostervaccinatie. Er is dit jaar een aantal keer door de Gr een advies uitgebracht over het starten van de booster, en zowel in juni als in september werd geadviseerd dat het op dat moment nog niet nodig was om te starten met een boostervaccinatie. In september heeft de Gezondheidsraad wel aangegeven dat het nuttig zou zijn om in ieder geval een additionele vaccinatiedosis aan te gaan bieden aan mensen met een ernstige afweerstoornis. Dat is ook gebeurd; daar zijn we in oktober mee gestart. En op verzoek van de minister is er op 2 november een nieuw advies uitgebracht door de Gezondheidsraad, waarin aangegeven is dat het verstandig is om te gaan starten met een boostervaccinatie aan mensen van 60 jaar en ouder, en bewoners van zorginstellingen.

Daaropvolgend is er een besluit genomen. In dat besluit heeft de minister besloten dat er inderdaad op basis van het advies van de Gezondheidsraad prioriteit gegeven wordt aan kwetsbare groepen. Dat zijn de ouderen van 60-plus en de bewoners van de zorginstellingen, en die beginnen bij 18-plus. Daarnaast heeft de minister besloten om

ook zorgmedewerkers die met deze groepen in contact komen, een booster aan te bieden, en om daarna de groep 60-minners een booster aan te bieden.

Als we kijken naar de uitgangspunten: we hebben natuurlijk geleerd van de eerste vaccinatiecampagne, en daardoor hebben we een aantal uitgangspunten geformuleerd voor de boostercampagne. Dat is dat we met name met één grote partij werken om de booster te gaan zetten, en dat is de GGD. De GGD vaccineert en zei: voor sommige doelgroepen is het nuttiger, bijvoorbeeld bij Defensie, bijvoorbeeld in DJI-instellingen, dat daar gevaccineerd wordt door de eigen medische dienst. Maar we proberen zo veel mogelijk vast te houden aan de GGD. Daarnaast is er afgesproken dat de zorg de medewerkers van de zorg gaat prikken. Daar kom ik later nog even op terug. We willen zo min mogelijk in kleine cohorten prikken. Daar waar we in het begin van dit jaar, zeker in instellingen, bewoners naar leeftijdsc cohorten gingen vaccineren, proberen we dat nu binnen één instelling zo veel mogelijk in één keer te doen. Een belangrijke voorwaarde voor de booster is ook de registratie. We willen natuurlijk volgen en monitoren hoeveel mensen een booster gekregen hebben. Dus er moet een apart kenmerk gegeven worden aan dit boostervaccin als het gezet wordt, zodat we het apart kunnen registreren.

Daarnaast is het belangrijk om je te realiseren dat een booster pas gezet kan worden zes maanden na de laatste prik, of nadat je covid hebt doorgemaakt na je laatste prik. Daarnaast zal vaccinatie van de booster veertien dagen voor of zeven dagen na de griepvaccinatie en de pneumokokkenvaccinatie plaatsvinden. En conform het advies van de Gezondheidsraad vaccineren we met mRNA-vaccins, waarbij we ook heteroloog kunnen vaccineren; dus een mRNA-vaccin na een Janssen of na een AZ.

Als we dan kijken naar de planning en uitvoering: we beginnen met de mobiele 60-plussers. Deze starten binnenkort, en dat is heel fijn. We hebben daar een leeftijdsc cohort van ongeveer 740.000 ouderen die in de 80 plusgroep vallen. Dit is de gehele doelgroep. Deze doelgroep zit dus ook in instellingen en zijn niet-mobiel thuiswonend. Zij worden gefaseerd uitgenodigd via het RIVM voor de boosterprik, om zorgvuldige toeleiding naar de GGD'en te krijgen. De eerste uitnodigingsbrieven vallen op 18 november op de mat; dat is aanstaande donderdag. Zij kunnen vanaf 18 november dus een afspraak maken voor de dagen daarna, zowel telefonisch als via het

platform van de GGD. En in principe zouden de GGD'en dan vanaf 19 november kunnen starten met hun vaccinaties.

Als we kijken naar de zorginstellingen: daar maken we onderscheid tussen de zorginstellingen met een medische dienst en zorginstellingen zonder een medische dienst. In de instellingen met een medische dienst zitten ongeveer 55.000 inwoners. De 80-plussers krijgen vanaf deze week hun eerste uitnodiging op de mat, ook in de instelling. We hebben daarover afgesproken dat instellingen vervolgens hun eigen uitnodiging maken voor hun hele instelling, waarin informatie staat over wanneer ze geprikt gaan worden. De medische dienst zal deze mensen vaccineren. Zij kunnen vanaf vandaag hun bestellingen doen voor de vaccins. Dat betekent dat zij vanaf volgende week hun toeleveringen krijgen. Zij bestellen dit via de griepapplicatie waar zij ook aan gewend zijn, waar zij ook hun griepvaccins mee bestellen; het is een bekend proces voor ze. Dan zouden ze vanaf volgende week kunnen beginnen met prikken.

Dan hebben we de zorginstellingen zonder medische dienst. Dat zijn vaak kleinere woonvormen, kleinere instellingen. Ook de ggz valt daar bijvoorbeeld onder. Zij hebben ongeveer 110.000 bewoners. Ook die bewoners, de 80-plussers, krijgen vanaf deze week de eerste uitnodigingen op de mat. En ook hier gaat de instelling zelf vervolgens de hele instelling uitnodigen om te kunnen vaccineren. In principe gaat hier, in deze instellingen, de GGD vaccineren. De instellingen kunnen zich ook aanmelden bij de GGD. Vervolgens zal er regionaal worden afgestemd wanneer de GGD langskomt in deze instellingen om te gaan vaccineren. De heer Eikelboom zal straks nog iets verder ingaan op dat proces. In de planning staat dat deze instellingen vanaf 1 januari aan de beurt zijn.

Dan hebben we nog de groep niet-mobiele thuiswonenden. Het gaat ongeveer om 25.000 mensen die thuis wonen, niet mobiel zijn en niet naar de GGD kunnen. Dezen worden geselecteerd door de huisartsen en ontvangen daarna een uitnodiging om zich aan het melden bij de GGD. En ook hier is de GGD aan zet om deze mensen thuis te vaccineren. Natuurlijk kunnen huisartsen waar zij willen, hen helpen en ondersteunen bij deze vaccinaties. We zijn ook via een aanbesteding op zoek naar een partij die eventueel nog kan ondersteunen in de regio's, daar waar het iets lastiger is om deze mensen goed te kunnen bereiken. De planning hiervoor is dat ook dit start vanaf januari.

Dan hebben we de zorgmedewerkers. Daar is zonet ook al even over gesproken, in de technische briefing hiervoor. De zorgmedewerkers, dat gaat over een hele grote groep. De definitie hiervan is natuurlijk heel breed, en anders dan begin van dit jaar hebben we op dit moment geen vaccinschaarste, dus kunnen we zo breed mogelijk vaccineren. De groep die hier staat, is ook de groep die in de Tweede Kamerbrief afgelopen vrijdag aangemeld is, die in aanmerking zou komen voor de boostervaccinatie. We hebben vorige week heel veel gesproken met de zorgpartijen en de koepels, en we hebben afgesproken dat voor het vaccineren van de zorgmedewerkers solidariteit bovenaan staat in de uitgangspunten, en dat het een gezamenlijke verantwoordelijkheid is van de zorg om deze mensen te prikken, en dat de zorg dus ook de zorg prikt. Dat betekent dat de zorg naar vermogen personele capaciteit beschikbaar stelt, en dat de snelheid van het vaccineren van deze mensen bepaald wordt door de hoeveelheid personeel dat ook beschikbaar wordt gesteld voor het vaccineren. Dit mag daarmee dus ook niet ten koste gaan van het vaccineren van de kwetsbare groepen, die door de Gezondheidsraad toch als belangrijkste groep genoemd zijn om eerst te starten. De selectie zal verlopen via de werkgever, en de mensen worden zo veel mogelijk centraal uitgenodigd, om ook een goede toeleiding te hebben.

En als we nou even iets dieper doorkijken: we hebben afgesproken dat de ziekenhuizen, zoals de heer Ernst Kuipers al zei, hun eigen personeel gaan vaccineren en de acute zorgas; daarbij behoren het ambulancepersoneel en de huisartsen en hun personeel. De ziekenhuizen gaan hiervoor natuurlijk zelf in hun eigen ziekenhuizen vaccineren, maar voor het ambulancepersoneel en de huisartsen en hun personeel worden 23 ziekenhuizen verspreid over Nederland ingericht, om deze mensen te vaccineren. Dat hebben we ook in de eerdere campagne op die manier gedaan. De ziekenhuizen kunnen vanaf vandaag hun vaccins bestellen bij het RIVM. De eerste leveringen zullen dan morgen en overmorgen plaatsvinden. De overige zorgmedewerkers gaan naar de GGD-locatie, en daar wordt dus het vaccineren georganiseerd en gedaan door het personeel van de zorg zelf. Dus er wordt gebruikgemaakt van de infrastructuur van de GGD, de registratie verloopt via de GGD, maar het vaccineren wordt echt gedaan door het zorgpersoneel. Dit wordt in ROAZ-verband georganiseerd, dus het ROAZ zal zelf kijken hoe hiervoor personeel beschikbaar kan worden gemaakt en aangemeld kan worden bij de GGD'en.

Er is een klein clubje zorginstellingen met een eigen medische dienst, die ook al hebben aangegeven dat zij zelf graag hun eigen personeel willen vaccineren. Dat is natuurlijk geen probleem; zij kunnen gewoon, als zij dat willen, hun personeel meevaccineren gelijktijdig met de cliënten. Ook hiervoor geldt dat ze dus hun eerste bestelmoment voor hun vaccins vandaag en morgen hebben.

Ten slotte wil ik de BES- en CAS-eilanden niet vergeten. Ook daar vallen natuurlijk de 60-plussers en zorgmedewerkers in de doelgroep. Hierover hebben we inmiddels afgesproken dat de CAS-eilanden en Bonaire starten met deze groep, dus de 60-plussers, de bewoners van de zorginstellingen en de zorgmedewerkers. Saba en Sint-Eustatius gaan waarschijnlijk starten met de hele bevolking, omdat hun bevolkingsaantallen zo klein zijn dat het logistiek bijna niet praktisch haalbaar is om eerst alleen die kleine groepjes te doen en vervolgens weer nieuwe vaccins aan te laten leveren voor de rest van de doelgroep. De eilanden hebben allemaal nog voorraden en kunnen in principe starten zodra ze daar klaar voor zijn. We hebben ook afgesproken dat zij in principe starten zodra we met de boostercampagne in Nederland starten. Dat is vanaf 19 november.

De voorzitter:

Heel hartelijk dank. Dan geef ik nu graag het woord aan de heer Eikelboom.

De heer Eikelboom:

Dank u wel dat ik uw commissie vandaag mag bijpraten over het intensieve en vele werk dat wij als 25 GGD'en samen met vele duizenden mensen in het veld uitvoeren in het kader van de covidbestrijding.

Moet ik op "plus" duwen, voorzitter?

De voorzitter:

Het beeld bij de presentatie blijft hangen. Excuses, ik zag het even niet. Techniek, geeft u opheldering. Ligt het aan ons of ligt het aan u?

De heer Eikelboom:

Of ligt het aan mij?

De **voorzitter**:

"Ons" is een ruim begrip. Een klein momentje nog. Ja, daar zijn we. Gaat u verder.

De heer **Eikelboom**:

Kijk, het werkt.

Ik neem u kort mee in wat we als GGD'en doen in het kader van vaccineren. Speciaal sta ik even stil bij de boostercampagne die door de GGD wordt uitgevoerd. We staan even kort stil bij fijnmazig vaccineren en ik wil u even wat laten zien over de actuele situatie bij de testcapaciteit.

Het bereik van de GGD en de opgave die wij aanvankelijk hadden, was het grootschalig vaccineren in de eerste campagne. Daar kent u ons vooral van. De opgave wordt steeds groter en diverser. Dat kunt u zien aan de hand van deze plaatjes. We blijven vaccineren in grootschalige locaties, fijnmazig en met vrije inloop. We gaan iets betekenen voor de bewoners in zorginstellingen. We gaan wat betekenen voor de niet-mobiele thuiswonenden. En we helpen de zorgmedewerkers om in onze straten goed te kunnen prikken en geregistreerd te worden.

Dat doen we allemaal met de ervaring van de eerste campagne. Daar hebben we ook weer van geleerd. Ook in deze tijd lopen we alweer tegen nieuwe, eigen vraagstukken aan, zoals locatievraagstukken, de arbeidsmarkt en de samenloop met de behoefte aan testcapaciteit. Altijd blijft vooropstaan dat veiligheid en zorgvuldigheid van het grootste belang zijn. Mensen moeten zorgvuldig en veilig gevaccineerd kunnen worden en vertrouwen kunnen hebben in wat wij als GGD'en uitvoeren.

Wat doen we met een boostercampagne? Ik hecht eraan om hier toch even te benoemen dat wij afspraken hebben gemaakt met het ministerie over de groep 80-plus, 60-plus, de niet-mobiel thuiswonenden en de instellingen waar hulp nodig is. Wij gaan daar deze week mee beginnen. U ziet in de opbouw van het boosterplan dat dit vanaf november en december fors oploopt naar een niveau van 700.000 prikken per week in week zeven van volgend jaar. Dit doen wij allemaal naast de enorme inspanning die wij

op het gebied van fijnmazig vaccineren doen. Er blijft een basiscapaciteit bestaan om mensen te voorzien van een eerste prik, een tweede prik of zelfs een derde prik voor immuungecompromitteerden. Dat doen we nu allemaal op 70 locaties. Dat breiden we uit tot bijna 85 locaties. Mensen worden uitgenodigd op basis van een brief die ze krijgen van het RIVM. Daarna kan men een afspraak maken bij de GGD. Mensen in instellingen en niet-mobiel thuiswonenden kunnen zich laten aanmelden bij de GGD. Dat proces gaat eind deze week ook lopen.

Een paar kanttekeningen daarbij. Ik zei al iets over personeel. We groeien in de komende weken voor het vaccineren naar een personele omvang van zo'n 22.000 medewerkers. Dat is ongeveer drie keer zo veel als we nu hebben. De personele inzet die wij buiten onze vaste locaties doen — dus voor het fijnmazig vaccineren en dergelijke, en straks ook voor de instellingen en de niet-mobiel thuiswonenden — kunt u ongeveer vergelijken met de inspanning die we plegen om 200.000 prikken per week te zetten in een vaste locatie. Dat is dus een behoorlijke opgave. Daarnaast faciliteren wij het prikken van de zorg en zoals mijn collega van het RIVM al aangaf, moet de zorg daar echt ook zelf een bijdrage aan leveren met prikcapaciteit. Natuurlijk kan men daarbij gebruikmaken van onze infrastructuur en onze registratiemogelijkheden.

Het landelijk callcenter schalen we op van 3.500 medewerkers voor het vaccineren nu naar zo'n 7.000. De hoge testvraag die er is, concurreert daar wel wat mee, dus we schalen nog veel verder op dan dat. Momenteel kunnen wij goed zorgen dat de capaciteiten voor testen en voor vaccineren met elkaar in evenwicht zijn. Het zijn wat communicerende vaten. In de eerste campagne zag je dat het testen ging afnemen terwijl we het vaccineren aan het opbouwen waren. Vergeleken daarmee zie je nu wel een samenloop. Daar zullen wij ons echt op moeten organiseren.

Belangrijk om te noemen is de volgende procesinnovatie. Wij zullen ervoor zorgen dat er in de loop van januari uitnodigingen uitgaan, waarmee je eenvoudig een afspraak kunt maken of zelfs niet eens meer een afspraak hoeft te maken, maar je afspraak alleen nog hoeft te wijzigen, mocht je dat willen. Ook het administratieve proces op de vaccinatielocaties wordt eenvoudiger en daarmee nog zorgvuldiger en sneller. Dat is ook nodig, om ervoor te zorgen dat we met minder capaciteit, met minder menskracht deze opgave kunnen uitvoeren.

Tot slot wil ik hierbij opmerken dat flexibiliteit een belangrijke rol gaat spelen, meer nog dan in de eerste campagne. We gaan afspraken maken, althans de eerste brieven vallen op de mat op 18 november. Vanaf dat moment kan men in het hele land afspraken maken. Op 19 november kan op de meeste locaties in Nederland geprikt worden. Op een aantal locaties komen er kort daarna boosterprikken beschikbaar en in de periode tot 23 november zullen op alle locaties boosterprikken beschikbaar zijn voor de doelgroepen.

Het is daarbij belangrijk om te benoemen dat de omvang en de snelheid waarmee regio's kunnen prikken, wat uiteen zullen lopen. Daar geven we ook ruimte aan. In de regio's worden ook nadere afspraken gemaakt met ROAZ'en, bijvoorbeeld over hoe huisartsen een bijdrage kunnen leveren, hoe ziekenhuizen ons kunnen helpen of wij ziekenhuizen. Dat kan per regio verschillen. Het prikvermogen kan dus wat uiteenlopen. Dat kan betekenen dat er meer ruimte is in Amsterdam, omdat er in Amsterdam relatief minder 80-plussers wonen. Het kan betekenen dat je misschien iets verder moet rijden als je sneller geprikt wilt worden. Maar die ruimte willen wij wel geven, want anders moeten we overal op de rem gaan staan en dat zou zonde zijn.

Daarnaast houden we, nogmaals, de capaciteit om eerste, tweede en derde prikken te blijven zetten. Dat is belangrijk om te noemen. Ik zei al dat het heel belangrijk is om het proces zo eenvoudig mogelijk te houden, want dat geeft snelheid. Als we in de verleiding komen om er weer allerlei bijzondere groepen tussen te schuiven, dan gaat dat remmen. Dan moeten we namelijk allerlei extra voorzieningen regelen in systemen en dergelijke, terwijl dat in zijn totaliteit niet zo veel of eigenlijk niets zal opleveren.

Kort nog even de instellingen en de niet-mobiel thuiswonenden. Mijn collega gaf aan dat dat proces gaat lopen vanaf 1 januari. Wij zullen prikken vanaf 1 januari. Het proces om dat mogelijk te maken, begint gewoon eind van de week. Er staan al formulieren klaar waarmee instellingen zich kunnen aanmelden. Ook helder zijn de instructies wat er dan moet gebeuren om afspraken te maken om dat voor te bereiden. Hetzelfde geldt voor de niet-mobiele thuiswonenden. Het is belangrijk om te vermelden dat in beide gevallen de huisartsen een rol spelen bij de triage, het aanmeldproces en het aanleveren van gezondheidsverklaringen of medische informatie van patiënten.

Dan nog kort het fijnmazige vaccineren. Dat is een enorme inspanning. Ook dat blijven we doen, want eerste prikken blijven ontzettend belangrijk en leveren nog steeds de grootste bijdrage aan het voorkomen van besmetting en ziekte. Daar zullen we ons dus voor blijven inspannen. Op de sheet kunt u zien wat de vrije inloop heeft opgeleverd: vanaf september zeker zo'n 650.000 prikken. Het aandeel van de vrije inloop stijgt. Het is nu ongeveer de helft. Ook goed om op te merken is dat ook veel jongeren onze prikstraten weten te vinden. U ziet ook een variëteit aan plekken waar we dat doen. Wellicht leuk om te noemen is wat er onder andere in Den Haag gebeurt, met prikvoorzieningen op stadskantoren en dergelijke. Het is een enorme inspanning om op allerlei plekken op een passende manier aanwezig te zijn, te zorgen dat mensen bereikt worden en te zorgen dat er informatie wordt verschaft, zodat mensen tot een weloverwogen keuze kunnen komen en eventueel vlot geprikt kunnen worden.

Er is veel te doen geweest, ook in de afgelopen week, over de testcapaciteit. Ik kan u hier laten zien dat de capaciteit binnen twee weken meer dan verdubbeld is. In de roadmap, die u op 12 oktober toegestuurd heeft gekregen, kunt u terugzien dat met het ministerie was afgesproken om een minimumcapaciteit van 40.000 aan te houden en een verdubbeling tot stand te brengen in vier à vijf weken. Dit is ook het beeld dat wij als GGD'en steeds laten zien: we beloven niet te veel, maar proberen het uiterste te doen wat nodig en mogelijk is. De mogelijkheden kennen soms grenzen.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Heel hartelijk dank. De heer Van Dissel komt er zo aan, maar is er nog niet, dus ik wil alvast met een vragenronde starten. De heer Stoffer heeft vast een vraag.

De heer **Stoffer** (SGP):

Jazeker, voorzitter, wetende dat ik er straks nog twee overhoud.

De **voorzitter**:

Maar wel beperkt.

De heer **Stoffer** (SGP):

Ja, het wordt een beperkte vraag. De heer Eikelboom sprak als laatste over testen. Ik las zojuist in een krantenbericht dat het de komende twee dagen niet meer mogelijk is om een testafpraak te maken. Ik snap dat u zegt "niet alles wat je wil, lukt", maar kunt u ietwat uitvoeriger schetsen wanneer u denkt dat het probleem compleet opgelost is, zodat iedereen vrije toegang heeft tot een test bij de GGD?

De heer **Eikelboom**:

Dat kan ik u nu niet melden. Ik weet dat er in het land nog afspraakmogelijkheden zijn. Ik weet ook dat het druk is op de plekken met vrije inloop, waar je je kunt laten testen zonder afspraak. Om dat enigszins beheersbaar te houden, wordt overwogen om daarmee te stoppen en dus alleen nog met afspraken te werken. Dat zal verschillen al naar gelang de mogelijkheden van de 25 GGD'en. We doen het maximale wat we kunnen en ik kan daar nu nog geen toezegging op doen.

De **voorzitter**:

Wie wil nog een vraag stellen? De heer Van Haga als eerste?

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

Ik sla even over.

De **voorzitter**:

Dan de heer Azarkan.

De heer **Azarkan** (DENK):

Ik zag naar aanleiding van een presentatie van de directeur van Sanquin, de bloedbank, dat als je corona hebt gehad en één vaccin hebt gekregen, je eigenlijk al de maximale stoffen in je lichaam hebt die dat virus goed aankunnen. Wat is nou voor die groep de toegevoegde waarde van een booster?

De heer **Eikelboom**:

Ik moet het antwoord daarop schuldig blijven. Dat lijkt me een vraag voor het RIVM.

Mevrouw **Van Blankers**:

Ik denk dat de heer Van Dissel daar zo meteen in zijn presentatie nog op ingaat, want volgens mij waren daar ook specifieke vragen over gesteld. Volgens mij geldt voor deze groep wat voor alle andere groepen ook geldt: na een halfjaar is de afname van de werking toch te zien en is het alsnog nuttig om een booster te plaatsen. Maar volgens mij gaat Jaap van Dissel hierop in.

De heer **Azarkan** (DENK):

Dan een andere vraag. Wat doen we nu voor de groep mensen die een Janssenprik heeft gekregen, die in het buitenland kritiek krijgt of niet erkend wordt, en die na een halfjaar nog maar 13% beschermt? Wat is er voor die groep geregeld?

Mevrouw **Van Blankers**:

De minister heeft een spoedadvies aangevraagd bij de Gezondheidsraad. Dat zal er deze week komen en dat gaat specifiek over deze groep. Daar kan ik dus nu nog niets over zeggen.

De **voorzitter**:

Wie, wie, wie? Ik kijk even rond aan deze kant van de tafel. Mevrouw Westerveld.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Ik heb een vraag over personeel bij de GGD'en, want afgelopen week liepen we ertegen aan dat bijvoorbeeld mensen die een testafpraak wilden maken, dat niet konden doen. Ik hoor ook van sommige GGD-medewerkers dat ze misschien begin januari weer op straat staan, omdat ze dan drie tijdelijke contracten hebben gehad en niet vast aangenomen kunnen worden. Ik zou u willen vragen of u daar iets over kunt zeggen. Klopt dat? En is het mogelijk om dat personeel in vaste dienst aan te nemen of zitten misschien wettelijke belemmeringen dat in de weg?

De heer **Eikelboom**:

Iedereen die bij ons wil werken, willen wij graag bij ons laten werken. We zijn ook heel blij dat heel veel mensen terug willen komen. Dat zien we ook bijvoorbeeld bij de gepensioneerde artsen die ons in de eerste campagne hebben geholpen. Het is een stevige opgave om personeel te krijgen, zeker in combinatie met de oplopende testbehoefte. Daarom zorgen we ook dat we uiteindelijk in onze processen met minder

personeel toe kunnen. Als het gaat om personeel met drie tijdelijke contracten en eventueel daarna een vast contract: dat is een afweging die wij goed moeten maken. We hebben ons ook daar aan de wetgeving te houden. Er is geen mogelijkheid om daar een uitzondering op te maken. We zijn in overleg, ook met VWS, om te kijken hoe we dat verstandig en goed kunnen doen. Maar mensen die graag bij ons willen werken, willen wij graag behouden.

De voorzitter:

Nog andere mensen aan deze kant? Nee, dan kijk ik naar de andere kant. Ja, mevrouw Gündoğan.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Ik denk dat ik deze vraag het beste aan mevrouw Van Blankers kan stellen. Mij bevreemdt het dat meerdere Europese landen, die ook vooroplopen met de boosterprik, waaronder Frankrijk, die boosterprik wel combineren met de grieprik, juist ook om de logistiek en de uitvoering van de boosterprik handig te doen. Waarom wordt er dan in Nederland gekozen voor een dubbele logistieke operatie, terwijl meerdere landen laten zien dat de boosterprik prima te combineren valt met de grieprik?

Mevrouw **Van Blankers**:

Er zijn twee redenen waarom er in Nederland voor gekozen is om dit niet tegelijkertijd met de grieprik te doen. De ene reden zijn de bijwerkingen. Wij hebben gezien dat de bijwerkingen van de covidvaccins soms best wel heftig kunnen zijn. Die willen we graag goed kunnen scheiden van de bijwerkingen van de griepvaccinatie. Dat is een reden. De tweede reden is dat in Nederland een grote groep tegelijkertijd met de griepvaccinatie ook een pneumokokkenvaccin krijgt. Die krijgen dus al twee prikken tegelijk en je wilt voorkomen dat die mensen drie keer geprikt moeten worden.

De voorzitter:

Dank. Nog meer mensen aan deze kant? Mevrouw Bikker.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Technische vraag. Ik hoor in beide presentaties een ander startmoment voor het prikken in instellingen. Als ik het goed heb, begint dat volgens de eerste presentatie al ergens in

de loop van november. In de tweede presentatie vernam ik, in ieder geval in de mondelinge toelichting, dat het start per 1 januari. Ik begon me even zorgen te maken.

De heer **Eikelboom**:

Ik denk dat u zich geen zorgen hoeft te maken. Er is een onderscheid tussen instellingen met een eigen medische dienst, die krijgen de vaccins en kunnen snel beginnen. De instellingen wier medische diensten niet zelf kunnen prikken of die geen eigen medische dienst hebben, kunnen zich bij ons melden. Dat proces gaat ook lopen vanaf eind november, vanaf volgende week. Daarvoor zijn alle formulieren en alle richtlijnen klaar. Zodra daar alle voorbereiding gedaan is die nog gedaan moet worden — u moet denken aan toestemming verkrijgen, zorgen dat de medische gegevens op orde zijn, eventueel faciliteiten gereedmaken van instellingen zelf om mensen te begeleiden — komen wij langs om te gaan prikken.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dus niet na 1 januari? 1 januari is dus niet van toepassing, vraag ik even voor mijn helderheid.

De heer **Eikelboom**:

Dan gaan wij prikken, vanaf 1 januari.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

O, dan maak ik me toch nog zorgen, maar goed.

De heer **Eikelboom**:

De voorbereiding begint eind van deze week en men kan zich aanmelden. Vanaf 1 januari kunnen wij prikken.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dan toch een verduidelijkende vraag, want al deze bewoners hebben bij de vorige ronde ook hun toestemming gegeven. Zeker als het gaat om ouderenzorg of om kwetsbare mensen, maak ik mij dan wel zorgen, omdat zij ook vroeg de eerdere vaccinatierondes hebben gehad.

De **voorzitter**:

Dat is een opmerking en geen vraag. Het antwoord was volgens mij helder. U hoeft het er niet mee eens te zijn, maar dan moet u ermee terug naar het debat met de minister. Mevrouw Van den Berg.

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

Ik las dat de administratieve processen op basis van de ervaringen vereenvoudigd kunnen worden. Dat is begrijpelijk, want zo'n eerste ronde is wellicht ingewikkelder dan de nu aanstaande. Alleen staat er dat dat half januari kan gebeuren. Ik vroeg mij af — ook omdat de Gezondheidsraad al in september aangaf dat het kan zijn dat er toch weer een booster aankomt, niet nu, schreven ze toen, maar wel nog dit seizoen — waarom dat niet toch nu meteen administratief makkelijker kan.

De heer **Eikelboom**:

Wij hebben ons altijd erop voorbereid dat we dat vanaf januari eenvoudiger kunnen doen. Daar moet veel voor gebeuren. Dan moet u denken aan ICT-systemen. Er zitten AVG-technische en juridische vraagstukken aan vast en wij moeten dat goed afstemmen met het proces dat we samen met het RIVM doen. Dat is één. Ten tweede hebben wij altijd achter de hand gehouden dat, als wij sneller moeten, dat we dat op de oude manier kunnen. Dat gaan we dus nu ook doen. Omdat we dat ook moeten inrichten, moeten we onze aandacht wel even verdelen. Dat betekent dat we dit in de loop van januari kunnen inregelen en we zijn er erg content mee dat we dat kunnen.

De heer **Paternotte** (D66):

Ik hoorde net 13% effectiviteit Janssen. Wat ik heb begrepen, is dat die studie onderuit is gehaald en dat een veel grotere studie in Amerika 65% na een halfjaar laat zien. Het lijkt me belangrijk voor mensen die meeluisteren dat zij ook weten dat we inderdaad afnemende effectiviteit zien, maar dat het niet zo dramatisch is.

Mijn vraag gaat over wat er nu in Engeland gebeurt. Daar hebben ze gezegd: vanwege de verspreiding en het feit dat we deze winter toch heel veel opmars van het virus zien en dat willen tegengaan, willen we eigenlijk iedereen voor 1 januari de kans geven om een booster te krijgen. Stel dat wij dezelfde ambitie zouden hebben, op basis van dezelfde overweging. Zou dat kunnen? En wat zou dat betekenen? Wat zou u daarvoor

nodig hebben?

De heer **Eikelboom**:

Dat zou niet gaan. Daar kan ik heel duidelijk in zijn. We hebben de capaciteit om de 80 plusgroep in december te prikken. Daarna gaan we in volle vaart door met 60-plus en dat is ook de afspraak die we gemaakt hebben met het ministerie. Het verder opbouwen ... U heeft steeds gezien dat als wij meer kunnen, dan gaan wij dat ook doen. Maar dit is echt hetgeen waar ik voor kan staan.

De **voorzitter**:

De heer Van Meijeren heeft nog een vraag.

De heer **Van Meijeren** (FVD):

Mijn vraag gaat over het vaccineren van kinderen van 12, 13, 14 of 15 jaar oud. Op grond van de wet is dat alleen toegestaan als de ouders daar toestemming voor hebben gegeven of, indien de ouders die toestemming weigeren, indien het kind zelf een weloverwogen keuze heeft kunnen maken. Nu krijg ik veel berichten van ouders die ten einde raad zijn, omdat hun kind bij de GGD is geïnjecteerd, terwijl de ouders daar geen toestemming voor hebben gegeven. Het kind wilde gewoon graag weer naar McDonalds en de ouders zelf zijn ervan overtuigd dat zo'n kind nooit zelf een weloverwogen keuze heeft kunnen maken. Daarom is mijn vraag: hoe wordt er op dit moment gecontroleerd, als er een kind van 12 bij de GGD komt zonder ouders, of dat kind toestemming heeft en, indien dat kind geen toestemming heeft, of dat kind dan wel in staat is om weloverwogen een eigen keuze te maken?

De heer **Eikelboom**:

Ik weet niet precies of kinderen ... Nee, ik moet het, denk ik, anders formuleren. Volgens mij worden er geen kinderen tussen 12 en 14 jaar zonder ouders zomaar geprikt. Ze moeten zich kunnen legitimeren. Ik denk dus dat dat niet aan de orde is.

De heer **Van Meijeren** (FVD):

Kunt u garanderen dat er geen kinderen van 12 geprikt worden zonder ouders? Want ik krijg berichten dat dat wel degelijk gebeurt. En dit gaat over het welzijn en de gezondheid van kinderen die een medische handeling ondergaan. Ik zou hier graag wat

zekerheid over willen hebben.

De heer **Eikelboom**:

Ik zou daar graag later een keer antwoord op geven. Ik kan dat nu niet garanderen. Maar u kunt er wel van uitgaan dat de GGD'en hun verantwoordelijkheid nemen, gewend zijn om met jongeren en met kinderen om te gaan en daar zeer verantwoordelijk mee omgaan.

De **voorzitter**:

Maar goed, op zich een terechte vraag. Het is fijn dat we nog nagezonden krijgen hoe dat werkt, met name voor de leeftijdsgroep 12 tot 15. 16 is alweer een andere categorie, kan ik me zo voorstellen. Ik zag mevrouw De Vries nog.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Ja, aangezien de heer Van Dissel er nog niet is. Er zijn twee adviezen van de Gezondheidsraad geweest over de boostercampagne. Na het eerste advies van de Gezondheidsraad is aangegeven dat de voorbereidingen al wel gestart werden voor de resterende campagne, eerst voor de immuniteitsgecompromitteerden en daarna voor de andere groepen. Ik ben wel benieuwd wat er in de tijd tussen het eerste en het tweede advies van de Gezondheidsraad gebeurd is om dat voor te bereiden.

Mevrouw **Van Blankers**:

Als u over het eerste advies spreekt, heeft u het over het advies van september, denk ik. We hebben op dat moment met het ministerie overlegd hoe wij de voorbereidingen gingen treffen en daar zijn we ook in volle vaart mee van start gegaan, samen met de GGD en ook met onze andere uitvoeringspartners. Een van de belangrijkste dingen die het echt ingewikkeld maken, is bijvoorbeeld de registratie. Alle bronsystemen waarin wij onze prik registreren, moesten klaargemaakt worden om die derde prik ook echt als booster te kunnen labelen. Dat is een enorm proces. Het gaat om heel veel verschillende ICT-systemen. Dat is zelfs vandaag de dag nog niet overal echt geregeld. De laatste ontwikkelingen zijn dat het KNVI nog steeds bezig is, zoals u ook in de Kamerbrief hebt kunnen lezen, om het registreren in ziekenhuizen en door ambulancepersoneel geregeld te krijgen. Dat is één.

Hetzelfde geldt voor de GGD. Dat kan daar misschien zelf antwoord op geven. De voorbereidingen die bij de GGD gedaan moeten worden, kosten heel veel tijd. Wij hebben ons altijd geënt op starten eind december, begin januari. Dat wij nu de enorme versnelling hebben kunnen maken naar deze week, komt volgens mij vooral doordat we in september al begonnen zijn met de voorbereidingen.

Ik weet niet of jij nog aanvullingen hebt, Jaap?

De heer **Eikelboom**:

Nee, ik kan me daar grotendeels bij aansluiten. Uiteraard is er al gewerkt aan de verbeteringen van het proces, die we in januari kunnen gaan doen. Er is goed gekeken naar hoe we omgaan met locaties, hoe we afschalen, hoe we straks bijschalen. Bij de locaties is een vraagstuk dat de hele grote XL-locaties veelal in evenementenlocaties en sporthallen waren ondergebracht. Die hebben een andere functie nu de samenleving weer verder open is gegaan. Daar zullen wij dus gewoon een stevige stap moeten maken. Daar hebben we ons ook op voorbereid. We zullen het met minder grote locaties moeten doen. Dat is één.

Op het vraagstuk van het personeel hebben wij ons uiteraard ook voorbereid. En wat ICT-systemen en dergelijke betreft, wordt natuurlijk ook medisch gezien gekeken hoe je omgaat met het vaccin en het optrekken ervan. Op dit moment worden mensen gewoon weer opgeleid.

De **voorzitter**:

Dank. De heer Van Dissel was iets later. Ik wil mevrouw Van Blankers en de heer Eikelboom heel erg bedanken voor hun aanwezigheid hier en hun presentaties. Ik wens u en vooral al uw medewerkers heel veel sterkte en succes in deze zware tijden. Ik geef u gelegenheid om te vertrekken.

Blok 2b

Gesprek met:

- de heer Van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM.

De **voorzitter**:

Ik heet de heer Van Dissel wederom van harte welkom. Ik probeer het hier zo flexibel mogelijk te doen, daarom bent u wat eerder aan de beurt. Dan hebben we zo veel mogelijk tijd en ruimte om ook u nog vragen te kunnen stellen, want die leven er. Hartelijk welkom. Ik hoop dat u bent geland? Ja? Dan geef ik u graag gelegenheid om te starten met uw presentatie.

De heer **Van Dissel**:

Prima. Hij staat voor. Ik hoop dat hij ook is uitgedeeld. Ik heb begrepen dat er ook een heleboel vragen zijn. Hoe wilt u dat ik het verdeel?

De **voorzitter**:

Ik wil graag dat u gewoon uw presentatie doet. Het is weer een volle presentatie.

De heer **Van Dissel**:

Ja, maar een deel is extra.

De **voorzitter**:

Ik zou willen voorstellen dat u de focus vooral legt bij waar de prangende vragen liggen, want u weet waar dat is. De rest van de presentatie hebben de leden voor eigen inzicht. Mocht het nodig zijn, dan komen daar wel vragen over. Ik zou zo veel mogelijk vraag en antwoord willen doen.

De heer **Van Dissel**:

Ja hoor, prima. Dan neem ik u snel mee naar de huidige epidemiologische situatie en de gevolgen die we daaruit trekken binnen het OMT. We zien, samenvattend, een scherpe stijging van het aantal meldingen. We zien nog geen afvlakking van de meldingen en ook niet van ic- en ziekenhuisopnames. Ik zal u laten zien dat de modellering de nodige onzekerheden kent. We hebben in ieder geval moeten vaststellen dat de maatregelen van 2 november onvoldoende waren om de stijging te keren. Vandaar dat we

maatregelen hebben geadviseerd die enerzijds gedurende korte tijd streng zijn, een soort circuit breaker, en daarna een aantal maatregelen die misschien ook op langere termijn kunnen worden vastgehouden om ook op langere termijn te zien hoe we het verder kunnen beheersen.

De belangrijkste regels zijn denk ik bekend, maar ik herhaal ze toch steeds. Want als deze goede opvolging krijgen, hoeven we zoveel minder additionele maatregelen te treffen. Met name thuisblijven bij klachten, je laten testen, afstand houden, handen wassen, thuiswerken en ventileren zijn daar de belangrijkste onderdelen van.

De basis, de ziekenhuis- en ic-opnames en de percentuele verhoudingen heb ik u ook al laten zien. We realiseren ons natuurlijk — dat heb ik nu toegevoegd en vorige keer al gezegd — dat ook thuis best weleens ernstig zieke personen zitten. Er wordt zelfs weleens thuis zuurstofbehandeling gegeven. Met name de ziekenhuisopnames en ic-opnames bepalen de zorgbelasting, ofschoon huisartsen, wijkverpleging en dergelijke daar zonder meer ook onder vallen. Die zijn met name verantwoordelijk voor bijvoorbeeld de thuisbehandelingen.

Dan het beloop van het aantal positieve testuitslagen. U ziet dat het behoorlijk is opgelopen. In het weekend hebben we een tweetal dagen gehad dat de meldingen waarschijnlijk onvoldoende zijn doorgegeven. Dat zal vandaag erbij komen, dus dat moet u enigszins spreiden. Maar er is duidelijk een toename van meldingen met ongeveer 40%. Dat past bij een reproductiegetal van 1,2, waarbij je een toename van 20% ziet op een generatietijd van drieënhalve, vier dagen. De testen zijn ook toegenomen, met 42%. Dat betekent dat het percentage positief ongeveer gelijk is gebleven. Dat was vorige week iets van 17,2.

Dan twee dingen, namelijk het beeld naar regio en het beeld naar leeftijd. Allereerst naar de regio's. U ziet hier alle veiligheidsregio's. Groningen zit het laagst op ongeveer 330 per 100.000. U ziet ook dat Limburg-Zuid het hoogst zit met bijna 750 per 100.000. Het gemiddelde komt uit op 536 per 100.000 met enige spreiding, maar het belangrijkste is toch dat je overal, in alle regio's, een toename ziet.

Hoe zit het dan met betrekking tot de leeftijden? U ziet het hier weergegeven voor de

verschillende leeftijdscohorten. Nog steeds zit de groep tussen pakweg 18 en 40 het hoogst. We zien de laatste tijd ook een behoorlijke stijging in met name in de jongere groep, dus tot 10, 12 jaar. Het zou best kunnen dat dat vertraagd is geweest ten gevolge van de herfstvakantie en dat we nu een soort inhaaleffect zien. Maar ook hier zien we dat eigenlijk alle leeftijdsgroepen bijdragen aan de toename. Op de kaart van Nederland ziet u een verdeling over Nederland, waar ik zo nog even op terugkom.

Dan de leeftijden nog even op een andere wijze weergegeven. U ziet dat de 0- tot 12-jarigen, waarschijnlijk door het fenomeen dat ik net noemde, een soort achterblijven vanwege de herfstvakantie, nu behoorlijk hoog zitten. Dat gaat door tot z'n 40 jaar en dan daalt het. U ziet dat er inmiddels in de hoogste leeftijdsgroepen — dat is niet onbelangrijk omdat daar natuurlijk ziekenhuisopnames uit komen — een afvlakking van de toename lijkt te zijn.

Dan het epidemiologische beeld wat betreft meldingen naar vaccinatiestatus. Dan kijk je dus hoeveel meldingen plaatsvinden onder personen die gevaccineerd zijn, deels gevaccineerd zijn of niet gevaccineerd zijn. We hebben ook nog altijd een inhaalactie met data. Dat wordt weergegeven met de grijze gebieden. Waar we een toename zagen van het aantal gevaccineerden onder de meldingen — dat was vorige week over de 50% — ziet u dat dat nu weer wat is teruggelopen en dat het aandeel van de niet-gevaccineerden is toegenomen.

Dan even wat over de testen. Aan de linkerkant ziet u de testen bij de GGD, die deels worden geïnitieerd omdat men thuis een thuistest doet die positief blijkt. Die positiviteit wordt in bijna 90% van de gevallen bevestigd bij de GGD. Die groep maakt ongeveer de helft van de positieve testen uit. Daarnaast zijn er zo'n 400.000 testen bij mensen met klachten, maar dat kan ook om andere redenen zijn. Daar is het testpercentage positief vele malen lager. Eigenlijk is het een mengsel geworden van verschillende redenen om je te laten testen. Dat is tot daaraan toe, maar dat is toch wat moeilijker te interpreteren. Aan de rechterzijde ziet u het percentage positief bij de personen die voor de Stichting Open Nederland zich laten testen in het kader van testen voor toegang. U ziet dat daar eigenlijk een soortgelijk aantal testen wordt verricht per week en dat het percentage positief daar is opgelopen en inmiddels tegen de 0,7%, 0,8% zit. Dat is dan eigenlijk, zou je bijna kunnen denken, de kans dat iemand positief is die niet is gevaccineerd. Want

anders zou je die test niet uitvoeren bij de bevolking.

Dan de plaats waar besmettingen plaatsvinden, het bron- en contactonderzoek. U ziet dat het aantal waarin de setting is vermeld inmiddels is teruggelopen naar ongeveer 25% van alle positieve meldingen. Dat komt omdat veel GGD's zijn afgeschaald vanwege de grote aantallen ...

De voorzitter:

Mevrouw Pouw-Verweij heeft een technische vraag of een verduidelijkende vraag.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Een verhelderende vraag. Het gaat over deze slide. Even voor mijn begrip. We zien een hele duidelijke piek in die testen voor toegang. Ik neem aan dat dat de dansen-met-Janssenpiek was.

De heer Van Dissel:

Dat klopt.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Nu zien we dat de piek toch wat lager is bij de testen voor toegang. Zien we nu dus een veel sterkere toename van het aantal mensen dat symptomatisch positief test ten opzichte van die piek? Schat ik het dan goed in?

De heer Van Dissel:

Nou, misschien ... Uw vraag is denk ik niet helemaal van toepassing. In principe hebben ze geen klachten. Want als je klachten hebt, dan ga je naar de GGD omdat je je bij klachten laat testen. Dan zou je in de linkergrafiek komen. Maar er is een groep die zich laat testen omdat ze naar het café of andere dingen willen. Dat is de Stichting Open Nederland. Die verrichten zo'n 400.000 testen per week. U ziet in het grijs de piek ten gevolge van het opengaan van de nachthoreca. U ziet ook dat het aantal testen dat toen werd uitgevoerd, misschien vooral in een selecte groep, behoorlijk hoog was. Overigens ziet u ook dat het aantal testen aanmerkelijk lager was dan het inmiddels geworden is. U ziet wel even die piek, maar daarna daalt het weer heel snel. Wat ik hiermee eigenlijk wil aangeven, is dat testen worden uitgevoerd bij iemand die een activiteit wil ondernemen

waarvoor hij zijn coronatoegangsbewijs moet gebruiken. Is hij niet gevaccineerd en heeft hij geen infectie doorgemaakt, dan moet hij een test doen. Dat is wat deze testen inhouden. Dan is nu 0,7% positief.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Dank voor het antwoord. Dat is me op zich duidelijk. Maar als we nu rond de 16.000 positieve testen hebben terwijl we een relatief lage piek hebben in de testen-voor-toegangsgroep, doe ik er dan juist aan om aan te nemen dat van die 16.000 een heel groot percentage zich zal hebben laten testen omdat ze klachten hebben?

De heer **Van Dissel**:

Dat is zeer waarschijnlijk het geval.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Oké, dank u wel.

De heer **Van Dissel**:

Ik was bezig met de samenvatting van het bron- en contactonderzoek. In zijn algemeenheid, zoals ook weergegeven met de infographic aan de linkeronderzijde, gaat het er met name om, te voorkomen dat een infectie het huishouden ingaat. Als die daar eenmaal is, zal die natuurlijk heel makkelijk altijd enige verspreiding hebben al naar gelang hoe groot het huishouden is, de bewoning et cetera. Waar loop je het dan op voordat je het in het huishouden meegeeft? Dat ziet u aan de rechterzijde weergegeven. School, werk en bezoek aan elkaar zijn de belangrijkste en daarnaast feest, horeca en inmiddels ook verpleeghuizen. Dat zijn percentages die berusten op die 25% waarbij dat inmiddels op relatief eenvoudige wijze wordt vastgesteld. Er zijn natuurlijk ook personen die de telefoon niet opnemen of zeggen "ik heb geen idee waar ik het oploep", ervan uitgaande dat men daar informatie over wil geven. Omdat er zo veel positieve uitslagen zijn en de GGD natuurlijk onder druk staat om dat te doen, is het afgeschaald. Dat leidt ertoe dat we dat inmiddels over ongeveer 25% van de gevallen weten. Maar het geeft natuurlijk altijd een indicatie waar de problemen liggen.

Dan nog even de verpleeghuizen. Daar zien we een verdere toename die lijkt op de toenames die we eerder hebben gezien als het ook bij de bevolking toeneemt. U ziet

overigens dat de stijging onder de bewoners daar een klein beetje bij lijkt achter te blijven. Maar goed, we zullen dat moeten afwachten.

Dan de ziekenhuis- en ic-opnames op grond van de NICE-rapportage, die altijd nog enige nacorrectie kent, zeg ik even voor de duidelijkheid. Het is altijd wat lager dan wat u misschien van het LCPS hoort. Het beeld is er een van toename, zowel in de ziekenhuizen als op de ic's. Als je die toename probeert te relateren aan het beeld bij eerdere golven — waarbij je de eerste golf met een korrel zout moet nemen wat betreft de meldingen, domweg omdat we toen een tekort aan testcapaciteit hadden, terwijl dat bij de tweede golf van meer dan een jaar geleden niet meer het geval was — dan is duidelijk dat we inmiddels met de huidige meldingen boven het aantal meldingen van toen zaten. Dat ziet u op de linkergrafiek. Op de rechtergrafiek ziet u hoe zich dat vertaalt naar ziekenhuis- en ic-opnames. Dan is duidelijk dat het qua proportie relatief achterblijft. Dat achterblijven is ongetwijfeld een effect van de vaccinatie.

Kijk je naar de leeftijden, zowel in ziekenhuis als op ic — dat zegt ook wat — dan ziet u dat de ziekenhuizen inmiddels met name als achtervang gelden voor de oudsten onder ons en ook de kwetsbaarsten. Ik kom daar zo bij u op terug. U ziet dat de lijnen van 90-plus en 80-plus het hoogst zijn. Numeriek zijn het de hoogste aantallen in de ziekenhuizen. Onder de 60 is het veel minder. Kijk je naar de ic-afdelingen, dan ziet u dat de alleroudsten daar eigenlijk niet voorkomen, maar dat het vooral 50-, 60- en 70-plus is.

Moet ik een vraag beantwoorden?

De **voorzitter**:

Nee, ga maar door, het komt zo.

De heer **Van Dissel**:

Dan is de vraag: hoe zit het dan met de verhouding tussen de gevaccineerden en de niet-gevaccineerden in de ziekenhuizen en op de ic? Voor de ic heb ik het toegevoegd in de toegevoegde dia's, maar ik wil het hier laten zien voor de ziekenhuisopnames. Voor de hele maand oktober, waarvan we de getallen rond hebben, is de verhouding ongeveer 55-45, het percentage niet-gevaccineerd versus wel gevaccineerd.

Donkerblauw zijn de gevaccineerden en lichtblauw de niet-gevaccineerden. Dat ziet u ook terug in de grafieken aan de rechterzijde, die echter vanaf april weergeven voor zowel het aantal opnames als het aantal opnames, genormaliseerd op aantallen groepen, hoe precies de verhouding tussen niet-gevaccineerd en wel gevaccineerd is. Als u naar de cirkels kijkt, ziet u dat van de 70-plus qua absolute aantallen het aantal niet-gevaccineerden de afgelopen periode wat hoger was dan het aantal gevaccineerden. Sorry, nu zeg ik het zelf ook fout. Even terugnemen. Het aantal gevaccineerden — dat is de groene lijn — is wat hoger dan de rode lijn van de niet-gevaccineerden. Maar die komen uit een verschillende groep. De groep gevaccineerden is, zeker bij 70-plus, heel hoog. Als je het corrigeert voor groepsgrootte — dan krijg je de grafieken aan de rechterzijde, ook weer binnen de cirkel — wordt duidelijk dat relatief gezien de niet-gevaccineerden veel vaker in het ziekenhuis worden opgenomen dan de gevaccineerde groep.

Op grond van dit soort bepalingen kan je ook gaan berekenen hoe effectief vaccinatie is. Ik ga even wat sneller vooruit, want anders is het verwarrend.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik heb een verduidelijkende vraag bij sheet 22, waar de heer Van Dissel net even voorbij scrolde. Dit zijn de cijfers die we ook hebben gezien bij de technische briefing twee weken geleden. Daarboven staat dat het gebaseerd is op drie weken geleden.

De heer **Van Dissel**:

Nee, het staat precies weergegeven: van 1 tot 31 oktober.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Maar we leven inmiddels eind november en we hebben deze bolletjes twee weken geleden ook gezien. In het NRC heb ik gelezen dat deze cijfers elke donderdag worden verzameld door het RIVM. Ik ontvang dus graag de meest recente cijfers, namelijk die van afgelopen donderdag. Want wij hebben een controlerende taak en die kunnen we zo niet uitvoeren. Deze plaatjes hebben we twee weken geleden gezien.

De heer **Van Dissel**:

Ik was hier nog niet. Voor de duidelijkheid: die getallen worden volgens afspraken elke

twee weken aan het ministerie geleverd; komende donderdag komen die weer. Ze willen dan ook zien wat de vaccineffectiviteit is. Wat ik u wat dat betreft toon, zijn gewoon de laatste getallen die we hebben.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Nee, want die zouden dan van 4 november zijn. Sorry, voorzitter, maar wij moeten onze controlerende taak kunnen uitvoeren. Dan zouden ze van 4 november zijn, als ze pas op 18 november weer komen, en dat zijn ze niet. Ze zijn van daarvoor.

De heer **Van Dissel**:

Ze komen deze donderdag. Dat is steeds na twee weken. De eerste twee weken van november komen nog. Dit is tot 31 oktober.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Nee, dit zijn precies dezelfde bolletjes als we twee weken geleden hebben gezien.

De heer **Van Dissel**:

Ja, maar dat zijn de getallen die wij hebben.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Die heeft het RIVM op 4 november verzameld, als het RIVM pas weer op 18 november verzamelt. Wij moeten onze controlerende taak kunnen uitvoeren.

De **voorzitter**:

Ik doe even een poging, ...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Net als twee weken geleden zou ik graag aan de heer Van Dissel willen vragen om de meest actuele cijfers morgen voor het debat te ontvangen.

De **voorzitter**:

Ik doe even een poging als voorzitter. Ik snap het commentaar, want we moeten op basis van de meest actuele cijfers best fundamentele keuzes maken over wat we doen met het land, wat we doen met wetgeving. De vraag is of we nog meer actuele cijfers

kunnen krijgen voor het debat dat morgenmiddag om 15.00 uur start. Dat is de vraag die ik aan u voorleg: kunt u die leveren?

De heer **Van Dissel**:

Dat weet ik gewoon niet, dat zou ik ook moeten nagaan. Ik weet dat ze donderdag worden vernieuwd.

De **voorzitter**:

Ik doe nog een laatste poging. Uiteindelijk moeten wij het debat voeren met de minister en niet met de heer Van Dissel, maar ik snap de vraag wel heel goed. Het worden voor ons hele ingewikkelde weken. De vraag is of dat niet twee dagen naar voren kan worden gehaald, zodat we in ieder geval een indicatie hebben.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ook dan. De heer Van Dissel zegt dat ze elke twee weken worden verzameld. Dat is aankomende donderdag. Dat betekent dat de laatste verzameling op 4 november is geweest. Dat is dus actueler dan van 1 tot 31 oktober. Er is gewoon een actuelere dataset dan deze.

De heer **Van Dissel**:

Ik kan u geen ...

De **voorzitter**:

De vraag is volgens mij helder.

De heer **Van Dissel**:

De vraag is helder, maar ik wil u er wel aan herinneren dat dit geen data zijn die het RIVM op een geheim kamertje achter slot houdt tot donderdag. Wij zijn ook afhankelijk van het aanleveren ervan en daar maak je afspraken over. Dit zijn data tot en met 31 oktober. De volgende zijn er dus deze week. U suggereert dat ik wat achterhoud, maar dat doe ik niet.

De **voorzitter**:

Nee, mevrouw Pouw-Verweij, ik ga nu ...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dit accepteer ik niet.

De **voorzitter**:

Dat hoeft u niet te accepteren. Ik vraag de heer Van Dissel om niet dat soort opmerkingen te maken. Er wordt hier gewoon gevraagd welke cijfers er zijn, wanneer de laatste cijfers komen en of het een poging waard is om dat eerder te doen. Allerlei kwalificaties laat ik weg, want die gebruiken we of in het debat met de minister en niet hier, maar vice versa ook niet. De vraag is nogmaals: als het mogelijk is ontvangen we graag de laatste update van gegevens morgen uiterlijk om 15.00 uur. En nu vraag ik u om verder te gaan.

De heer **Van Dissel**:

Prima. U moet me even herinneren bij welke dia u wilt dat ik doorga.

De **voorzitter**:

Deze dia had u behandeld en u ging door naar de volgende.

De heer **Van Dissel**:

Ik wilde u hier laten zien dat de oversterfte de laatste tijd weer iets toeneemt. Ook daar zit natuurlijk een noodzakelijke vertraging in. Dit zijn getallen die wij doorkrijgen van bijvoorbeeld het CBS. In ieder geval ziet u dat er een stijging plaatsvindt, dat het omhoog loopt, en dat die nog beperkt is als je die vergelijkt met de eerdere golven.

Dan even de updates over de vaccinatie. Ook hier ziet u dat de laatste getallen tot en met 7 november zijn, zeg ik erbij, maar het zal niet veel verschillen. Het zal inmiddels om ongeveer 88% gaan bij 18-plus voor de eerste prik. De tweede prik loopt er natuurlijk noodzakelijkerwijs altijd wat achteraan, zoals u ziet.

De **voorzitter**:

De heer Stoffer heeft nog een technische vraag.

De heer **Stoffer** (SGP):

Betreft dit gevaccineerden en mensen het hele virus hebben doorlopen en die genezen zijn?

De heer **Van Dissel**:

Dit zijn de gevaccineerden. Ik heb die aantallen toegevoegd in de tabel extra. Daarin vindt u terug hoe u die relatie kan zien; dat de aantallen die de infectie hebben doorgemaakt en misschien toch al immuun zijn hier ontbreken. Ik denk dat u daarnaar verwijst. Dat kunt u in die tabel terugvinden die achter het groepje extra zit.

Dan nog even in herinnering roepend: we hebben transmissie, het besmet worden van iemand, het al of niet krijgen van een infectie en vervolgens klachten. Dan spreek je van de infectieziekte. Dan heb je wel of niet contact met de zorg, ziekenhuisopname en eventueel doorgaan naar de ic. U ziet hier nog even weergegeven wat bij de Nederlandse getallen de schattingen zijn van de bescherming van vaccinatie tegen transmissie, tegen infectie en tegen ernstige ziekte. U ziet op sheet 21 dat de percentages een klein beetje zijn teruggelopen. Die zijn een procent lager dan wat ik de vorige keer liet zien, dat zult u misschien opmerken. Dat komt doordat we bij de beoordeling van vaccineffectiviteit, steeds na zes weken, zien dat die in de hoogste groepen een of twee percentagepunten terugloopt.

Dit, op sheet 22, is de bolgrafiek met de laatste gegevens die wij tot en met 31 oktober hebben kunnen evalueren. Het is ongeveer 40-60 en 30-70 voor ziekenhuizen respectievelijk ic's. U ziet ook de aantallen toegevoegd. Die ontbraken de vorige keer.

Wat betreft de vaccineffectiviteit, sheet 23, is het zo dat we steeds twee weken opschuiven, dus ook daar komt morgen weer een update van, denk ik. Daar ziet u dat de vaccineffectiviteit voor de groep onder de 70 onverminderd hoog blijft, maar boven de 70 iets is afgenomen. De Volkskrant heeft onze data in een grafiek gezet. Aan de rechterzijde is duidelijk dat waar de vaccinbescherming tegen ziekenhuisopnames eerst onverminderd 96% tot 98% was, dit voor de hoogste groep wat gedaald is naar momenteel 89%. Dit is het percentage waarvan u kunt verwachten dat het weer wat hoger wordt dan 87% als wij boostervaccinaties gaan geven. Dat is eigenlijk de winst van de boostervaccinatie; dat je bij 5 à 6 personen op de 100 kan voorkomen dat ze in het ziekenhuis worden opgenomen. Voor de ic's is het effect minder, want daar is de

vaccineffectiviteit nog hoger.

De **voorzitter**:

Mevrouw De Vries, u heeft een technische vraag?

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Ja, een verhelderende vraag. Dit is op geaggregeerd niveau. Zijn er ook dit soort tabellen voor de verschillende vaccins?

De heer **Van Dissel**:

Ja. Ik moet nagaan of we daar de updates van krijgen. Tot nu toe zien we daarin geen evidente verschillen, dat het ene vaccin het beter doet dan het andere. Dat is een begrijpelijke vraag. We lezen allemaal over Janssen en over AstraZeneca. Wij zien dat vooralsnog niet terug in de vaccineffectiviteit, maar daarbij moeten we ook benadrukken dat deze groep Pfizer heeft gehad. Het is niet zo dat er een trekking is geweest welk vaccin je krijgt. De groep 60-65 is vooral de groep van AstraZeneca en de jongeren van Janssen. Die worden überhaupt al minder opgenomen, dus dat zal zich pas na enige tijd vertalen in een verschil in ziekenhuisopname, als dat er al is.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Kunnen wij die gegevens te zijner tijd wel krijgen, als die er zijn?

De heer **Van Dissel**:

Alles kunt u krijgen.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

De heer **Van Dissel**:

Dan moet ik even terugkomen op wat we de vorige keer gezegd hebben en wat ik toen ook heb uitgelegd, dacht ik. Bij de vorige persconferentie zijn een aantal maatregelen afgekondigd waarvan niet iedereen op voorhand de zekerheid had dat er opvolging aan gegeven zou worden. Daarbij hebben we gezegd dat we dat na ongeveer een week wilden evalueren. Wat ik u laat zien zijn de uitkomsten van die evaluatie, waaruit het

OMT de conclusie heeft getrokken dat we meer zouden moeten doen, voor de duidelijkheid. Dat zijn allereerst gegevens over mobiliteit. Die hadden natuurlijk ook alles te maken met het verzoek om thuis te werken. Daar hebben we overigens maar beperkt gegevens van, omdat we niet over telecomdata kunnen beschikken. Uit Apple Mobility Trends, die bijhouden hoe vaak iemand vragen stelt over routes, kun je bepaalde conclusies trekken. Dat ziet u aan de rechterzijde op de grafiek weergegeven. De pijl toont de veranderingen ten gevolge van bijvoorbeeld de recente persconferentie. U ziet op sheet 25 dat die veranderingen eigenlijk maar zeer beperkt zijn, zeker als je ze vergelijkt met de eerste periode, waarin u een geweldige daling ziet als gevolg van het veel minder mobiel worden van de bevolking. Hier zagen we dus eigenlijk enig verschil, enige indicatie van opvolging, maar toch maar gering.

Een tweede peiling is gedaan door de gedragsunit, die dit eigenlijk vrij recent heeft geëvalueerd en die dat de week na de persconferentie opnieuw heeft gedaan. Dat ziet u op sheet 26, weergegeven in grafieken voor, wat ons betreft, de belangrijkste maatregelen. Dat zijn enerzijds de bronmaatregelen: blijf thuis bij klachten en laat je testen bij klachten. Ofschoon het laten testen bij klachten iets omhoog leek te gaan — er zit in ieder geval een positieve trend in — laat helaas slechts ongeveer 40% van de geënquêteerde personen zich testen bij klachten. Dat zou je natuurlijk graag domweg op bijna 100% willen zien. U ziet dat ook het thuisblijven bij klachten, dat natuurlijk uitermate belangrijk is in geval van covidinfectie om de verspreiding dan in ieder geval direct te beperken, geen boost omhoog heeft gekregen, maar rond de 50% lag en al enige tijd ligt. Eigenlijk daalt dat alleen maar wat. Ook qua thuiswerken ziet u eigenlijk geen veranderingen, maar dat is misschien niet helemaal onverwachts, omdat er werd aangegeven dat het streven was om ongeveer 50% thuis te werken. Dat ziet u hier ook ongeveer uitkomen, maar een punt van zorg is daarbij wel dat tegelijkertijd wordt aangegeven dat het aantal personen dat 1,5 meter afstand houdt op het werk of zich realiseert dat je daar besmet kan worden, buitengewoon gering is. Dat ligt ongeveer op een op de vijf personen. In combinatie met misschien minder thuiswerken en je op het werk risicovol gedragen was dit ook een indicatie waar kon worden geïntervenieerd, vooral ook omdat we dit zo vaak terugzien in het bron- en contactonderzoek.

Ten slotte de controles met betrekking tot het coronatoegangsbewijs. Je hebt een toegangsbewijs. Als je de kans wil hebben dat dat ook zijn werkzaamheid heeft, moet

door controles en handhaving op de controles natuurlijk ook blijken dat het goed wordt gebruikt. Binnen de rode kaders, weergegeven met het pijltje, ziet u op sheet 27 de situaties waarin er helemaal niet bevraagd wordt of waarin wel wordt gevraagd of het er is maar waarin het verder niet wordt gecontroleerd. Als je bijvoorbeeld kijkt naar terrassen van horeca buiten moet je toch constateren dat er in ongeveer 65% van de gevallen helemaal niet naar wordt gevraagd of dat ernaar wordt gevraagd maar er vervolgens niet wordt gescand. Dat staat nog even los van de vraag in hoeverre het bij de overgebleven percentages goed gaat, bijvoorbeeld door het gezamenlijk met een identiteitskaart te controleren, want dat gebeurt dan weer in 22% van de gevallen niet.

Ik wil hier geen waardeoordeel over geven, maar als je denkt dat dit een belangrijk instrument is, kunt u zich voorstellen dat het instrument aan kracht verliest als de controle daarop uiteindelijk toch beperkt is. Dat betekent dat het OMT, dit beoordeeld hebbend, toch het volgende heeft gezegd. Wat is de situatie nu? We zitten met een reproductiegetal van 1,2. Dat betekent dat we elke drie, vier dagen die een generatie duurt, 20% meer infecties zien. Dat betekent dat je, om het te stabiliseren, minstens 20% omlaag moet. Omdat we tegelijkertijd zien dat het bron- en contactonderzoek afneemt, waarvan we weten dat het ongeveer 8% tot 10% toevoegt aan de reductie van het reproductiegetal, is onze conclusie dat je ongeveer 25% omlaag moet om het reproductiegetal onder de 1 te krijgen en de uitbraak uiteindelijk te stabiliseren. Hoewel je tegelijkertijd toch nog wat toename van vaccinatie ziet en een aantal personen een infectie krijgen en daardoor uit de pool komen van mensen die niet immuun zijn, was er daarom op grond van de evaluatie die ik u net heb laten zien, toch onvoldoende vertrouwen dat de maatregelen die er waren, ons gingen helpen.

Dat wil ik u met sheet 30 ook illustreren aan de hand van de modelleringen. Nogmaals, we zien een stijgend beeld in het aantal meldingen en ziekenhuisopnames. Ik heb u eerder laten zien dat dat op de korte en de langere termijn zo is. Ik heb u het reproductiegetal al genoemd: voor meldingen 1,21; voor ziekenhuizen en ic's ligt het ietsje lager. Maar hoe vertaalt dit zich dan in voorspellingen die wij kunnen doen, enerzijds op grond van kijken naar het huidige aantal meldingen en extrapoleren hoe vaak dat tot ziekenhuisopname zal leiden en anderzijds door op grond van een transmissiemodel een voorspelling voor een langere termijn te doen?

Allereerst wil ik u met sheet 33 laten zien dat ten opzichte van een grafiek die ik u eerder — namelijk de vorige keer — heb laten zien, waarbij een voorspelling werd uitgesproken die, aangegeven met het rode pijltje, die blauwe lijn en de spreiding rond die blauwe lijn betreft, de actuele gevolgen die volgen, over het algemeen wat lager liggen dan de voorspelde lijn. Met andere woorden: de verwachte stijging op grond van dit model is hoger dan de gerapporteerde daadwerkelijke getallen. Dat geef ik u even mee, want dat moet je in je achterhoofd hebben als je kijkt naar de gevolgen van de doorrekening van dit model. Hoe werkt het model? Ik heb het volgens mij eerder geïllustreerd, maar op sheet 33 staan weer de bijgewerkte data. We weten uit elke groep, uit elk leeftijdscohort, hoeveel er in het ziekenhuis worden opgenomen en hoeveel er op de ic worden opgenomen. We kennen dat in de tijd. We kennen dus de relatie. We weten van meldingen wat daarbij de leeftijd is. U kunt zich voorstellen dat we op grond van het aantal binnen een bepaald cohort en op grond van de historische data aan de hand van de meldingen van vandaag kunnen voorspellen hoe het over een week in het ziekenhuis is. Als je dat doet, krijg je momenteel deze doorgerekende grafiek. Het aantal meldingen is daarop ingekleurd met de stippen, maar op grond van het model dat ik u net heb uitgelegd, is de verwachting dat er een forse toename van het aantal opnames in het ziekenhuis en op de ic is. Die toename is op grond van dit model dusdanig dat je je daar echt zorgen over maakt. Tegelijkertijd herinner ik u er nog even aan dat we ook het idee hebben dat deze prognose tot een overschatting van de voorspelling neigt en, met andere woorden, dat zij als het ware iets te negatief is. Maar dit is het beste wat we wat dit betreft kunnen berekenen.

De heer **Wassenberg** (PvdD):

Ik zou nog een verhelderende vraag willen stellen. Het reproductiegetal is nu 1,21. Dat is erg hoog, maar is er nog een onderscheid te maken tussen gevaccineerd en ongevaccineerd? Ik weet dat vaccins vooral helpen tegen ziekenhuisopnames, maar hebben zij ook iets te maken met het R-getal?

De heer **Van Dissel**:

Ja. In principe kun je het natuurlijk allemaal opsplitsen, maar de essentie van het R-getal is dat het geldt voor de hele bevolking en eigenlijk ook uitgaat van een homogene mix daarvan. Dat kunnen we dus niet helemaal opsplitsen op het niveau dat u misschien wilt, in de zin van: het R-getal bij niet-gevaccineerden is 2 en het R-getal bij gevaccineerden

ligt bijvoorbeeld rond de 1; ik noem maar iets.

De heer **Wassenberg** (PvdD):

Maar er zijn dus wel verschillen tussen gevaccineerden en ongevaccineerden in die reproductiefactor.

De heer **Van Dissel**:

Dat kan ik u zo laten zien. Ik heb u net verteld dat het bij de meldingen momenteel ongeveer 40% tot 60% is. Dat was de grafiek en die was al helemaal bijgewerkt. Dat is dus de verhouding van het aantal meldingen. Dan kan je tegelijkertijd kijken hoe dat uiteindelijk in het ziekenhuis komt. Dan zie je weer dat dat natuurlijk vooral de ongevaccineerden zijn. Op grond daarvan kan het dus niet anders dan dat het effectieve getal als het ware lager ligt bij gevaccineerden dan bij ongevaccineerden.

De **voorzitter**:

Beperken tot techniek, alstublieft.

De heer **Azarkan** (DENK):

Zeker, voorzitter. Ik zou niet anders doen. Hoe verhoudt dit zich tot wat er op sheet 21 staat, namelijk dat het voor 50% tot 63% tegen transmissie beschermt? Hoe verhoudt dat zich tot het reproductiegetal?

De heer **Van Dissel**:

Vindt u het goed als ik daar straks even op terugkom bij het punt van de effectiviteit? Ik kom er straks op terug. Ik hou uw vraag heel even aan; hij komt zo terug.

Dan ga ik naar sheet 35, het transmissiemodel, waarbij we uitgaan van contacten die door vaccinatie, maatregelen et cetera beïnvloed worden, maar waarmee je uiteindelijk ook een voorspelling kan doen op de wat langere termijn. Dat is iets wat bijvoorbeeld de zojuist gestelde vraag meeneemt: er zijn verschillen tussen transmissie, infecties, gevaccineerd en ongevaccineerd. Dat zit in dit model ingebouwd. Dat levert de volgende plaatjes op sheet 36 op, die we natuurlijk voor heel Nederland laten gelden. Dan krijgt u dus weer de voorspellingen van, in dit geval, ic-opnames en ook de ziekenhuisopnames. De dots geven de actuele getallen weer. U ziet hier eigenlijk de voorspelling die het

model op wat kortere termijn doet, overigens ook met de daarbij bestaande onzekerheden. Dat zijn de vlakken rond de lijnen die de 50%-waarde, de mediane waarde, weergeven. We verwachten eigenlijk dat er nog enige tijd een toename is en dat het daarna weer daalt. Dat ziet u hier aan de linkerkant voor de ic-opnames en aan de rechterkant voor de ic-bedbezettingen weergegeven. Voor de ziekenhuisopnames ziet u dat in deze grafiek: aan de linkerkant weer voor de opnames en aan de rechterkant voor de bezetting.

Ik wil hier vooral de grote mate van onzekerheid benadrukken rondom de mediane lijn. Tegelijkertijd gaat dit uit van een ideaal gemixte populatie in Nederland; daarmee kom ik misschien ook weer heel even op uw vraag terug. Dat wil zeggen dat de personen die niet gevaccineerd zijn en de personen die wel gevaccineerd zijn, met elkaar vermengd zijn. Dat geeft deze uitkomsten. We weten echter dat dat niet zo is, want er zijn in Nederland gebieden, gemeenten en soms ook wijken in grote steden waar de vaccinatiegraad veel lager ligt dan de gemiddelde vaccinatiegraad in Nederland. In die gebieden kan de R-waarde dus aanzienlijk hoger zijn dan die 1,2. Die 1,2 geldt echt gemiddeld voor Nederland. Als dat bij elkaar zit en als je dus eigenlijk plotseling een toename kan krijgen in een gebied waar veel minder gevaccineerd is, verwacht je op grond van z'n overweging dat dit model een te gunstige uitkomst heeft. Terwijl het regressiemodel dus een overschatting geeft in de prognose, dus een ongunstig beeld, geeft dit model eigenlijk een te gunstig beeld.

Misschien kan ik het nog toelichten met een voorbeeld, want het is gewoon een wat complex begrip. Als er verschillende gemeenten zijn waar bijvoorbeeld de helft van de bevolking gevaccineerd is en die omgeven zijn door gemeenten waar 90% gevaccineerd is, zal het in zo'n gemeente waar de helft gevaccineerd is, in korte tijd natuurlijk geweldig kunnen toenemen. Als die gemeenten ook nog gekoppeld zijn, bijvoorbeeld omdat de schooljeugd naar eenzelfde type school gaat die bovenregionaal is — dan koppel je gemeenten als het ware via de school aan elkaar — kan het in twee of zelfs meer gemeenten plotseling geweldig toenemen. Dan kan je een situatie krijgen zoals we die in juli hebben gezien in de groep toen niet-gevaccineerden die naar de nachthoreca gaan, waarbij het plotseling geweldig toeneemt. Dat soort effecten kunt u in deze modellering niet terugvinden, terwijl we wel weten dat dat natuurlijk zo is. Het is niet homogeen verdeeld. Vandaar dat wij zeggen dat deze modellering een onderschatting geeft.

Ik sla deze over; die kunt u lezen. Dat brengt ons dan tot de conclusies op sheet 40. De epidemiologie laat een toename zien. De ziekenhuis- en ic-opnames laten momenteel een belangrijke toename zien. In de opvolging van een aantal regels die wij toch als belangrijk hebben verklaard, hebben we eigenlijk geen kanteling gezien. In de modellering verwachten we dat er een belangrijke toename is van de zorgbelasting, maar door de problemen die ik heb genoemd, geeft het ene model een te negatief beeld en geeft het andere beeld een te positief beeld. In beide modellen zien we dat er een behoorlijke onzekerheid is. Daar kunnen we verder geen andere duiding aan geven dan dat al die uitkomsten in principe mogelijk kunnen zijn. Ten slotte weten we met de R-waarde van ongeveer 1,21, ook omdat het bco wegvalt, dat we ten minste 25% van de overdracht moeten remmen. Dat maakt al met al dat het OMT in zijn beoordeling zegt dat we toch aanvullende maatregelen moeten nemen om te zorgen dat we in ieder geval die kop eraf halen, het stabiliseren en dan natuurlijk weer zo snel mogelijk van die aanvullende maatregelen af zijn. Omdat we zien dat het in alle regio's, in alle leeftijdsgroepen en eigenlijk in alle settings meespeelt, zijn die maatregelen dus vooral generiek gericht, met name die circuit breaker om te proberen zo snel mogelijk die belangrijke toename te stoppen. Tegelijkertijd hebben we aangegeven dat het coronatoegangsbewijs, met placering en die 1,5 meter afstandsnorm weer moeten worden teruggepakt. Dat neemt enige tijd, hebben we begrepen. Ten slotte kunnen we maatregelen nemen die zich richten op bezoek in de thuissituatie. Dat heeft u kunnen zien. Daar zijn in het advies conclusies aan gegeven: tot vier personen. En maatregelen wat betreft het thuiswerken en evenementen, omdat je niet wil dat daar een mogelijkheid ontstaat om in korte tijd veel infecties te krijgen.

Uiteraard vinden we het daarna aan u om specifieke maatregelen al of niet aan te houden om de aantallen op langere termijn onder controle te brengen. Het type maatregelen — dat heet: "de gereedschapskist" die daarvoor is — is bekend. Dat zijn de maatregelen die we bij eerdere golven ook hebben gebruikt. Dat is dus allemaal extra.

Misschien mag ik nog één ding zeggen over internationaal, omdat dat misschien ook interessant is om te horen. Even heel kort. Wat u hier ziet, is de toename in de meeste Europese landen om ons heen. Nederland neemt daar een middenpositie in, zou ik zeggen. We hebben allemaal van Oostenrijk gehoord. U ziet dat daar ook een

belangrijke toename is. Het verschilt overigens nog wel tussen een gebied rond Wenen en een gebied rond Salzburg. Daar heeft men heel strenge maatregelen genomen, zoals u ook heeft kunnen horen: een lockdown voor niet-gevaccineerden, tenzij ze naar het werk gaan, essentiële boodschappen doen en dergelijke. Maar bijvoorbeeld ook het gebruik van 2G in cafés en restaurants. Denemarken, even misschien als tegenpool benoemend, had enige tijd geleden alle maatregelen opgeschort. Die zijn weer terug bij het gebruik van het coronatoegangsbewijs, maar hebben dat vanuit de overheid beperkt tot twee omstandigheden, namelijk binnen meer dan 200 personen en buiten meer dan 2.000 personen. Tegelijkertijd, toch wel opmerkelijk, blijkt elk café en restaurant het gewoon te gebruiken. Dus daar is er een verplichting voor een paar situaties, maar wordt het, zo hoorde ik vanochtend van een Deense collega, gewoon breed toegepast omdat het klaarblijkelijk een geaccepteerd iets is. En voor de duidelijkheid: in Denemarken is het aantal testen dat verricht wordt, ook vele malen hoger dan in Nederland en Duitsland, die wat dat betreft elkaar niet veel ontlopen. En Duitsland misschien nog even. Ook daar ziet u een toename met een R-waarde van 1,2. Dat ze lager liggen, komt doordat ze zo'n twee weken later zijn begonnen. Dus als daar geen maatregelen zouden zijn, zou je verwachten dat ze over twee weken ongeveer op de waarde van ons nu zitten. Ook in Duitsland zijn er grote regionale verschillen, waarbij landelijk gezien de maatregelen worden overgelaten aan de regio's. In Bavaria, waar de aantallen het hoogst zijn in Duitsland — waar het eerst in het noorden was, zit het nu vooral in het zuiden — kiest men bijvoorbeeld voor maatregelen zoals 2G in bepaalde situaties en voor 3G, waaronder dus ook testen van niet-gevaccineerden valt, in andere situaties. Dus eigenlijk zijn er in heel Europa verschillende aanpakken die uiteindelijk weer belangrijke informatie opleveren, ofschoon de landen qua cultuur natuurlijk duidelijk anders zijn.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Graag vraag-antwoord, vraag-antwoord; zo veel mogelijk. De heer Stoffer.

De heer Stoffer (SGP):

Voorzitter. Op pagina 27 geeft de heer Van Dissel iets aan over de naleving van de coronatoegangsbewijzen. Zou hij ook iets kunnen zeggen over het effect dat het coronatoegangsbewijs heeft gehad? En in het verlengde daarvan ook: wat zouden zijn

verwachtingen zijn als we ook hier in Nederland zouden overgaan van een 3G- naar een 2G-coronatoegangsbewijs?

De heer **Van Dissel**:

Even misschien met het laatste beginnen, want dat geeft natuurlijk eigenlijk ook al antwoord op het eerste deel. Kijk, als er een bepaalde maatregel is, dan kun je die maatregel afkondigen, maar het gaat natuurlijk ook over de mate van opvolging. Als de opvolging van de maatregel heel hoog is, dan kunnen wij veel makkelijker positief adviseren over wat de potentiële bijdrage van de maatregel is, want dat soort dingen kan je in een transmissiemodel best goed onderzoeken. Alleen, we kunnen natuurlijk niet voorspellen wat de opvolging van een maatregel wordt. Dat transmissiemodel wordt steeds daarop geijkt, maar loopt wat dat betreft dus natuurlijk altijd achter. Als je conceptueel kijkt naar de verschillende mogelijkheden van wat je kunt doen, dan kennen we natuurlijk allemaal — als ik het even zo mag noemen — "3G". Dat is in feite: de personen die de infectie hebben doorgemaakt, de personen die gevaccineerd zijn en degenen die getest zijn die niet onder die twee categorieën vallen, gaan naar binnen. Nou, daarmee verlaag je risico's. Dat is natuurlijk eventueel het risico voor degenen die naar buiten gaan, dat er toch verspreiding heeft plaatsgevonden. En dan zal verspreiding naar niet-gevaccineerden natuurlijk altijd bijvoorbeeld in meer potentiële ziekenhuisopnames kunnen resulteren dan wanneer verspreiding plaatsvindt naar een gevaccineerde, want die is voor ten minste 95% beschermd. Dat wat betreft 3G. Bij 2G is de situatie zo dat men naar binnen gaat. Dan is er natuurlijk nooit een 100%-garantie dat iemand het virus toch niet in de keel draagt, want we weten dat er ook transmissie is onder gevaccineerden. Maar bij degenen die weer naar buiten komen en die allemaal gevaccineerd zijn of beschermd zijn op grond van een doorgemaakte infectie, verwacht je natuurlijk dus opnieuw dat, zelfs al zou men besmet worden in die situatie, de reductie op de uiteindelijke consequenties van ziekenhuisopnames ook weer met 95% wordt geremd in die groep. Dat is toch behoorlijk hoog. Dan kan je ook nog een mogelijkheid maken waarbij je bij wijze van spreken iedereen test. Oostenrijk doet dat zelfs nog in de situatie van 2G, en ook in de situatie van 3G. Dan zou je bij 2G zeggen: is dat geen overshoot? Want als je dat even uitrekent: we doen nu 500.000 testen, maar dan doe je die maal drie per dag. Kunnen we dat? Maar goed, even de theoretische exercitie. Daarmee verlaag je natuurlijk de kans dat iemand naar binnen komt die positief is en daardoor verlaag je ook weer de overdracht en ook weer wat er naar buiten komt. Dan

kan je je nog bepaalde situaties indenken waarbij je van 2G plus testen toch weer een additioneel effect zou hebben. Dan denk ik: ja, in principe kan ik me daar wat bij voorstellen.

Stel: er is een bijeenkomst van 80-jarigen. Ik stel het maar extreem, maar het gaat even om het voorbeeld. Op die bijeenkomst van 80-jarigen komen personen met 2G binnen. Ik ga er dan van uit dat die 80-jarigen ook zijn gevaccineerd. We weten natuurlijk dat, als die het virus krijgen, de kans dat ze ziek worden net wat groter is dan wanneer het 20-jarigen waren. In zo'n situatie kan je met extra testen toch meer doen. Dus wat ik eigenlijk zeg, is dat het nut van al deze coronatoegangsbewijzen en het specifieke karakter ervan wat ons betreft afhangt van de situatie, van de risicosetting, van de incidentie — dus hoe hoog de infectiedruk überhaupt is — en natuurlijk uiteindelijk van de vaccinatiegraad van de groep die het betreft. Dit is iets waar het OMT komende vrijdag over gaat delibereren om hopelijk ook gemotiveerd en van modellering en data voorzien aan te kunnen geven in welke setting, althans vanuit de bestrijding — dus helemaal niet wat betreft de politieke overweging — het de meeste effecten zou kunnen hebben.

De heer **Stoffer** (SGP):

Mag ik mijn tweede vraag daarachteraan stellen?

De **voorzitter**:

Ja.

De heer **Stoffer** (SGP):

Zou aankomende vrijdag in ieder geval iets mee kunnen worden genomen rond die naleving, en wat dan het effect is? Dat zou mij heel veel inzicht verschaffen.

De heer **Van Dissel**:

Ja. Dat kan ik zeker vragen, want dat is een modificatie daarop. Dan doe je dus eigenlijk hetzelfde, maar dan ga je vervolgens zeggen "50% lekt erdoorheen", en dan kan je daar ook weer een soort sensitiviteitsanalyse van doen, ja.

De **voorzitter**:

Dank. Een wat langer antwoord, maar heel relevant denk ik, ook voor anderen. De heer Van Haga.

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

Dank u wel, voorzitter. Door de dreiging van 2G zijn allerlei mensen zich natuurlijk anders gaan bewegen. Ik krijg heel veel signalen van mensen die een enorme run maken op het herstelbewijs. Dus mensen die proactief elkaar aan het besmetten zijn, in besmettingsfeestjes. Er worden hele besmettingsstraten ingericht bij mensen thuis, omdat dat de enige categorie is die echt immuniteit opbouwt, maar bovendien straks dan een herstelbewijs heeft. Mensen rijden zelfs met snot van besmette mensen naar de GGD om daarmee een positieve test te halen. Herkent u dat? En aanvullend daarop: dat herstelbewijs is van 180 dagen naar één jaar gegaan, dankzij een motie van ons en een toezegging. Dat is nog niet gebeurd. En laatst is er een motie door mevrouw Pouw-Verweij ingediend, die ik mede heb ondertekend, om uiteindelijk een serologische test daarvoor te laten kwalificeren. Waarom is dat allemaal nog niet gebeurd? Vindt u dat het goed zou zijn om die serologische test zo snel mogelijk beschikbaar te stellen? En herkent u dat fenomeen van al die mensen die zichzelf aan het besmetten zijn?

De heer **Van Dissel**:

Nee, dat laatste ken ik niet. Althans, dan zou ik dat uit vriendenkringen en dergelijke moeten horen, maar ik heb het in ieder geval niet gehoord. Dus daar kan ik geen ... Ik bedoel: u zegt het, dus het zou kunnen, maar ik heb het in ieder geval niet gehoord als punt binnen onze besprekingen.

Wat betreft de serologie snijdt u natuurlijk een belangrijk punt aan, want we kunnen door middel van serologische testen vaststellen of iemand geïnfecteerd is geweest. We kunnen daarmee niet vaststellen wanneer die geïnfecteerd is geweest. U kunt in verschillende OMT-adviezen teruglezen dat we het nodige over serologische testen hebben opgemerkt, in welke situaties die zouden kunnen bijdragen et cetera. Wat ik heb gehoord in reactie daarop — maar u ook, neem ik aan — is dat het afnemen van bloed, wat je dan zou moeten doen, een voorbehouden handeling is. Dat betekent dat de logistiek daarvan de nodige aandacht vraagt. Maar goed, het is verder niet aan mij om daar een oordeel over te hebben. De serologische testen kunnen bijdragen aan het begrip of iemand een infectie heeft doorgemaakt; daar heeft u volkomen gelijk in.

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

Een heel korte vervolgvraag. Ja, het kan "bijdragen aan begrip" ... Die serologische test toont gewoon aan dat je het hebt gehad. Nu krijg je, als je het hebt gehad, een herstelbewijs. Dat is voor heel veel mensen ontzettend belangrijk. We gaan blijkbaar over naar een enorm discriminerende samenleving, waar mensen proberen uit te komen, dus dat herstelbewijs is ontzettend belangrijk. Dus het is toch heel gek, als 150 Kamerleden unaniem, met algemene stemmen, hebben bepaald dat die serologische test nu moet leiden tot een herstelbewijs ... Waarom wordt dat niet geregeld?

De heer **Van Dissel**:

Ja, kijk, dat zult u echt aan de minister moeten vragen, want dat is niet een vraag waar wij ons mee bezighouden. Maar ik wil u op weg helpen, als ik het zo mag noemen. In deze groene tabel is het te klein om te lezen, maar u kunt die natuurlijk bestuderen. Dat maakt u duidelijk wat wij modelleren als een groep die een doorgemaakte infectie heeft gehad; dat is eigenlijk de groep waar u naar verwijst. Dus wat betreft de potentiële consequenties van het gebruik van een serologische test kunt u uit deze openbare tabel gewoon de potentiële winst halen. En u ziet hier ook weer gegeven de groep die ten minste eenmaal is gevaccineerd. Dat is natuurlijk voldoende, na een doorgemaakte infectie. En u ziet de groep die beschermd is door vaccinatie. Door de verschillen te bekijken, kunt u precies zien wat de verwachting is — want dit is een modellering daarvan — met betrekking tot de groep die een infectie heeft doorgemaakt maar dus niet gevaccineerd is, en wat je daarmee zou kunnen winnen door serologische testen uit te voeren. Dat is, denk ik, ook een antwoord op uw vraag.

De **voorzitter**:

Meneer Azarkan, u had geen antwoord gekregen op uw laatste vraag, dus ik gun u een korte vraag.

De heer **Azarkan** (DENK):

Een verduidelijkende vraag. Vorig jaar in september was de kans dat je in het ziekenhuis kwam zo'n 1,5%. Daarover heeft de heer Van Dissel een presentatie gegeven. Nu zie ik op pagina 21 dat de kans dat je in het ziekenhuis komt, gereduceerd wordt met 93%, dus dan zou het 0,1% worden voor die groep, veronderstel ik. Ik zie de heer Van Dissel

knikken, dus dan ga ik even door.

De heer **Van Dissel**:

Voor de gevaccineerde groep, zeker.

De heer **Azarkan** (DENK):

Voor de gevaccineerde groep. Als er 200 opgenomen worden en het is 45-55, zouden er 90 gevaccineerd zijn. Dat klopt ook? Dan ga ik nog even door. Als dat 0,1% is, zouden er van die groep zo'n 90.000 besmet zijn. Ik kom daar niet uit. Kunt u dat verklaren?

De heer **Van Dissel**:

De verklaring van wat wij zien in het ziekenhuis; die vraagt u eigenlijk.

De heer **Azarkan** (DENK):

Ik zal mijn vraag heel simpel stellen. Vorig jaar, toen we nog geen enkel vaccin hadden, schreef u aan ons: 1,5% van de mensen komt in het ziekenhuis. Nu is de onderbouwing van de vaccins dat zij beschermen voor 93%. Dat betekent voor die groep 0,07. Als ik dat maal 1,5% doe, kom ik uit op 0,1%. Die 0,1% veronderstelt dat als er 200 mensen in het ziekenhuis opgenomen worden in een groep waar het 45-55 is, ongeveer 90 mensen gevaccineerd zijn. Als dat zo is, is de populatie waar het uit getrokken wordt ongeveer 90.000. Klopt dat?

De **voorzitter**:

De heer Van Dissel, momentje. Wilt u uw microfoon uitzetten, als een ander een vraag stelt, voor de techniek buiten?

De heer **Van Dissel**:

Ik snap uw berekening, maar het is iets complexer. Ik moet u meenemen in hoe dat speelt. Overigens kunt u dat deels ook weer in deze zelfde tabel terugvinden. Deze tabel berekent het cumulatieve aantal dat nog naar het ziekenhuis zou kunnen gaan en nog op de ic zou kunnen belanden, zoals wij dat berekenen. Dat is pakweg 18.000 voor de ziekenhuisopnames en ruim 3.500 voor de ic-opnames.

Ik snap uw vraag over hoe het met infecties zit, maar het is niet helemaal dezelfde

situatie als vorig jaar. Bij de groep gevaccineerden hebben we gezien dat vooral ouderen zijn gevaccineerd. Die voelen zich ook kwetsbaar. Daar zijn de vaccinatiepercentages hoger dan bijvoorbeeld bij de groep onder de 20 jaar. Als het virus binnen die groep rondgaat, en dat doet het, dan zal uit de gevaccineerde groep, met name de kwetsbaren, opgenomen worden. Dat hoeft niet met een 1,5% kans te gebeuren. Dat kan met een hele andere kans zijn, omdat het een selectie van die groep is. Dat zien we ook. We zien dat de personen die gevaccineerd worden opgenomen, gemiddeld twintig jaar ouder zijn dan de groep die wordt opgenomen vanuit de pool die niet gevaccineerd is. Van de groep die gevaccineerd is en die in het ziekenhuis komt, weten we ook dat die zeer vaak onderliggende medische problemen heeft. Dat is een kwetsbare groep. Die percentages zijn voor een homogeen gemengde groep, maar als je naar een hele specifieke, kwetsbare groep kijkt, is die kans vele malen groter en dat was die ongetwijfeld vorig jaar ook.

Over de ongevaccineerden ben ik het meer met u eens. Als het een groep is die alle leeftijden betreft, in dezelfde verhouding als vorig jaar, zou je verwachten dat een infectie die daar rondgaat, ongeveer op 1,5% zou uitkomen.

De **voorzitter**:

Ik snap het allemaal, maar ik kijk ook naar de klok en naar alle vragen die nog beantwoord moeten worden.

De heer **Azarkan** (DENK):

Volgens mij klopt het niet.

De **voorzitter**:

Dat respecteer ik. Alleen, dat helpt nu niet, zal ik maar zeggen.

De heer **Azarkan** (DENK):

Het is een technische briefing.

De **voorzitter**:

Ja, maar we hebben allemaal nog vragen. Ik zou zelf ook nog een vraag willen stellen, maar dat lukt waarschijnlijk al niet eens. Mevrouw De Vries.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Ik ga even terug naar slide 6, over het epidemiologisch beeld naar regio's. Dat is wel een relatief hoog abstractieniveau, volgens mijn inschatting. Wordt er ook wat dieper gekeken naar het epidemiologisch beeld, op een lager niveau, ook afgezet tegen de vaccinatiegraad of andere factoren, zodat je een correlatie kan aangeven?

De heer **Van Dissel**:

Dan verwijst u misschien naar de grafieken van de kaart van Nederland die ik er juist uit heb gelaten; bijvoorbeeld deze, op sheet 7. Wat u hier ziet is het aantal meldingen per gemeenteregio. Daarnaast is weergegeven de vaccinatiegraad van 12- tot 17-jarigen, omdat die momenteel nog het meest differentieert. Daarnaast ziet u weer de opnames, steeds als incidentiemaat, dus gecorrigeerd voor aantallen bewoners. En daarboven de absolute getallen. Dit beeld toont dat de meldingen niet homogeen over Nederland liggen, maar dat het deels de regio is die wel wordt aangeduid als "de bijbelgordel". In die regio is ook de vaccinatiegraad gemiddeld genomen wat lager. Dat vertaalt zich ook naar opnames. Als je naar absolute aantallen opnames kijkt, zie je altijd, ook in dit geval, rechtsboven, dat het hoogste aantal voorkomt in de grote steden en het Randstedelijk gebied, waar nou eenmaal de meeste mensen wonen. Ik weet niet of u dit bedoelt met de relatie tussen vaccinatiegraad, meldingen en opnames. Daarbij kan ik ook naar de vorige vraag verwijzen, interessant genoeg. Dat ziet u hier ook terug.

De heer **Hijink** (SP):

Ik heb een vraag over het pakket maatregelen dat we nu hebben, dat het kabinet heeft ingesteld voor drie weken. Er is heel veel twijfel over de vraag of het daadwerkelijk drie weken gaat blijven. Het R-getal is nu 1,2. In het OMT-advies en in de kabinetsbrief gaat het richting 1 of komt het net onder 1. Dan gaat het heel lang duren voordat je het aantal halveringen hebt gehaald en op een niveau komt waarvan je kunt zeggen dat de zorg het weer aankan. Dat ga je zeker niet redden met drie weken en waarschijnlijk ook niet met zes weken. Hoe realistisch is het dat we aan die drie weken genoeg hebben? Zouden we niet moeten vaststellen dat je over een veel langere periode spreekt als je het aantal besmettingen en daarmee het aantal opnames serieus een paar keer wil halveren?

De heer **Van Dissel**:

Dit is een ingewikkelde vraag, waarbij ik niet helemaal weet wat mijn bijdrage kan zijn, en dat meen ik serieus. Het OMT heeft gezegd dat je nu wat algemene maatregelen terug zou willen, zoals de 1,5 meter. We kregen daarbij ook te horen dat het tijd kost om dat bij wet te regelen, maar dat is verder natuurlijk helemaal aan u. Wij hebben ook vooral gekozen voor een korte periode van harder drukken om uiteindelijk de combinatie van maatregelen waarmee je het voor langere tijd wil volhouden, mogelijk te maken. Zeker toen wij de getallen beoordeelden, was er nog geen acute noodsituatie. We voorzien alleen dat de zorg weer moet afbouwen en dat de ic overbelast wordt. Vandaar dat we hebben gekozen voor die combinatie.

Voor de duidelijkheid: het OMT hoopt, maar kan dat helaas nu nog niet verder onderbouwen, dat het ook bij drie weken blijft en dat er daarna een combinatie komt van de basismaatregelen. Dat zal ook afhangen van de opvolging, zoals u weet. Naar ons idee zouden die voldoende zijn om het te controleren. Als we die maar omarmen en dat ook gaan doen, dan verwachten wij dat het die periode niet gaat overstijgen.

De heer **Hijink** (SP):

Dat wordt cijfermatig toch eigenlijk helemaal niet onderbouwd? Als de R heel dicht onder de 1 komt, heb je het helemaal niet over een vergaande daling van het aantal besmettingen en ziekenhuisopnames.

De heer **Van Dissel**:

Nee, maar dan heb je een stabilisatie. Uiteindelijk wil je het op z'n minst stabiliseren en zo veel mogelijk uitsmeren. Wij hebben begrepen dat het aantal van 300 ic-bedden gedurende langere tijd volgehouden kan worden. De belangrijkste reden om die circuit breaker te adviseren is dat wij zien dat het ene model sowieso al behoorlijk hoog zit. Dan kom je echt in aantallen die de zorg niet aankan of waardoor men dat weer echt met piepen en kraken zal moeten doen. Het andere model is naar ons idee te gunstig. Dat laat zo'n stabilisering zien, maar met een behoorlijke onzekerheid, waardoor we als OMT toch zeggen dat we niet kunnen garanderen dat u op die mediaan blijft. Dus als je voor zekerheid kiest, moet je nu wat doen om te zorgen dat je inderdaad lager komt. Dat verwachten we met die drie weken duidelijk te gaan zien.

De heer **Wassenberg** (PvdD):

Ik las dit weekend in de krant dat het OMT zegt: we moeten meer onderzoek doen; we hebben meer relevante gegevens nodig voordat we het kabinet kunnen adviseren over een vuurwerkverbod. Ik snap dat niet en vraag mij af welke gegevens u dan nodig hebt. Twee, drie dagen na elke jaarwisseling komt immers altijd een uitgebreid rapport online te staan over alle gevallen in het ziekenhuis en over branden. Alles staat daarin. Mijn vraag is dus: welke gegevens hebt u dan nodig? Of zegt u: het vuurwerkverbod is echt een politiek besluit en wij adviseren wel aan de politiek maar niet over politiek? Dat zou ik me nog kunnen voorstellen.

De heer **Van Dissel**:

Het laatste. Ik denk dat u heel duidelijk kunt lezen dat wij in wezen zeggen: wij zijn hier niet ontvankelijk voor; wij zien dit niet als een vraag vanuit de uitbraakbestrijding. Dat is, denk ik, het antwoord, zoals het ook geformuleerd is.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Ik heb een vraag die aansluit bij de vraag die ik ook vorige keer stelde. Ook in deze presentatie lees ik dat er onzekerheid is over de bijdrage van de toegangsbewijzen. Ik hoorde de heer Van Dissel net zeggen dat hij vrijdag met het OMT bij elkaar komt om te delibereren over 2G, vanuit het idee van bestrijding van de infectiedruk. Ik zou graag wat meer willen weten over wat hij daar precies gaat doen en op welke data en welke onderzoeken dat gebaseerd is. Dat vraag ik ook omdat we natuurlijk afgelopen zomer uitgebreid dat testen voor toegang hebben gehad, met grote fieldlabs en veel onderzoeksresultaten. Die ken ik nu niet. Daar gaat mijn vraag over.

De heer **Van Dissel**:

Prima. Wat ik net ook probeerde te zeggen, is dat wij ons niet gaan beperken. Wij willen alle combinaties onderzoeken, uiteindelijk ook voor uw keuze. Zoals die combinaties er nu liggen, is dat 3G zoals het nu gebruikt wordt. Dat zou je op verschillende manieren kunnen uitbreiden. Dat is verder niet aan ons, maar wij kunnen wel gaan berekenen wat de mogelijke gevolgen van verschillende combinaties zijn. Dat is dan natuurlijk 2G en een combinatie waarbij bijvoorbeeld iedereen getest wordt. Iedereen testen kun je ook in combinatie met 3G doen. Kortom, er zijn nogal wat mogelijkheden en dat wordt dan, geloof ik — het wordt steeds verwarrender — 1G genoemd.

Wat denken wij dat daaraan belangrijk is? We kennen redelijk goed een aantal voorafkansen dat iemand het virus draagt. Ik heb u bijvoorbeeld laten zien dat de Stichting Open Nederland, die die testen doet, op ongeveer 0,7% à 0,8% uitkomt als kans dat iemand die niet gevaccineerd is, het virus in zijn keel heeft. We weten uit onderzoek, ook uit Nederland, dat personen die wel gevaccineerd zijn, het virus natuurlijk ook in hun keel kunnen dragen, maar dat ze dat over het algemeen korter doen en dat het virus dan veel eerder is afgebroken, in die zin dat het niet meer infectieus kan zijn. Dan kun je de brokstukken ervan nog aantonen, maar weet je eigenlijk dat het niet meer infectieus is.

Dat soort berekeningen kunnen we in modellen doorvoeren. Dan kun je in modellen nagaan wat de incidentie is en hoe die afhankelijk is van de vaccinatiegraad, uitgaande van verschillende mixen. Bijvoorbeeld als iemand een kamer ingaat: stel dat de helft van de personen in die kamer niet gevaccineerd is of stel dat 10% niet gevaccineerd is; hoe vaak komen infecties dan überhaupt nog voor? Hoeveel gaan met verschillende achtergronden in zo'n ruimte? Je kan je voorstellen dat het ook van de setting afhangt. Het is buiten anders dan binnen, en in een kleine kamer is het anders dan in een grote kamer. Daar kunnen we op modelleren.

We kunnen ook modelleren op het aantal potentiële infecties dat wordt overgedragen, of — dat is misschien relevanter — wat de kans is dat als zo'n groep weer naar buiten komt, men die infectie het eigen huishouden in brengt, maar ook dat dat leidt tot ziekenhuisopnames. Dat is eigenlijk wat wij komende vrijdag hopen te kunnen beoordelen. Dat geeft u hopelijk een breed beeld van wat je kan verwachten als je voor de verschillende situaties kiest.

De **voorzitter**:

Mevrouw Westerveld, mag ik vragen of de vragen en antwoorden iets beperkter kunnen? Ik ga niet eerder afronden dan wanneer we klaar zijn, maar ik wil wel iedereen de ruimte geven.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

We begrepen in de laatste persconferentie natuurlijk dat het kabinet voorsorteert op 2G

en daar voorstellen voor wil doen, maar hoor ik u hier nu zeggen dat er nog verschillende scenario's op tafel liggen en dat het OMT in ieder geval niet heeft gezegd: doe nou 2G en laat de rest zitten?

De heer **Van Dissel**:

Nee, wij zeggen: we onderzoeken het. Het is natuurlijk ook een politieke vraag, waar wij verder niet in zitten. Wij willen gewoon de opties verkennen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik heb een vraag naar aanleiding van sheet 15. Het OMT acht snel en hard ingrijpen noodzakelijk. Op deze sheet zie je het aantal doorbraakinfecties en doorbraakopnames bij 60-plussers omhoogvliegen. Eerder vandaag hebben we gezien dat de boostervaccinaties pas ergens in januari beginnen bij deze leeftijdsgroepen, bij 60-plus. Mijn vraag is hoe het nou kan dat er, wat het OMT en zijn adviezen aan het kabinet betreft, weer zo laat gehandeld wordt? Hoe kan het nou dat, zoals de heer Kuipers eigenlijk zei aan het einde van zijn betoog, die boostervaccinatie niet gelijk opliep met de griepvaccinaties? Want dan hadden we de hele toestand van nu en ook de oproep van het OMT om snel en hard in te grijpen, natuurlijk kunnen voorkomen.

De heer **Van Dissel**:

Ik weet het niet precies, hoor; ik wil niks afschuiven, maar over vaccinaties gaat het OMT niet. Dat is iets wat zich afspeelt bij de Gezondheidsraad, ook wat de boosters betreft. Dat heeft u ook gezien. Dat gaat ook op grond van een advies van de Gezondheidsraad. Maar ik wil u wel uitleggen wat de potentiële opbrengst zou kunnen zijn. Hopelijk staat u dat toe. Ik heb u net ook laten zien dat, ook al zien we een afname van de effectiviteit van vaccins tegen ziekenhuisopnames, die afname maar gering is. Boven de 70 is de effectiviteit vlak na de vaccinatie natuurlijk altijd hoog, maar dat was ook een periode waarin er weinig rondging en er dus ook weinig druk was. Volgens mij liet ik zien dat het van boven de 95 naar inmiddels 89 is gegaan. Dat is dus een afname van ongeveer 6%. Die boostervaccinatie is bedoeld om bij 70-plus — 60-plus kan er misschien ook wat van profiteren, maar in mindere mate — die 89 weer terug te brengen naar die 95, dus om het weer met die 6% te doen toenemen. Hoe vertaalt dat zich in dit soort grafieken? Waar je nu ziet dat er 100 patiënten van 80-plus worden opgenomen, worden dat er straks 9 minder, want de doorbraak betreft natuurlijk gewoon de hele

groep die komt. Die effectiviteit geldt ook voor deze groep dus nog steeds voor bijna 90% van de gevallen waarin besmetting plaatsvindt. Je brengt dat alleen weer die 5% hoger. Het zal dus zeker wat effect kunnen hebben op de ziekenhuisopnames, maar ik wil wel benadrukken dat u dat effect moet zien in het kader van het feit dat het nu 90% is en straks weer 95%. Die 5% winst gaat u dus halen. Dat we toch nog zo veel personen zien, komt echt doordat het de oudere groep is met onderliggende medische problemen, die het door corona gewoon niet redt en naar het ziekenhuis gaat. Dat heb ik geïllustreerd door die twintig jaar verschil tussen de groep die gevaccineerd is en de groep die niet gevaccineerd is en — daar zijn ook publicaties over — het hebben van onderliggende medische problemen in die gevaccineerde groep, wat in de ongevaccineerde groep in veel mindere mate geldt.

De **voorzitter**:

Mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dan zou ik de voorzitter van het OMT toch willen vragen om naar deze tabel te kijken. De hogere piek in het midden van de tabel was aan de start van het vaccinatieprogramma. Dan zien we het heel snel dalen en dan gaat het daarna nu weer omhoog. Het vliegt omhoog en we hebben de nieuwste piek nog niet eens gehad. Toen hadden we geen vaccins en nu is bijna 85% van de Nederlanders volledig gevaccineerd. Hoe kan de voorzitter van het OMT nou volhouden dat het wel goed zit met de vaccinaties als we ... Kunnen we weer even terug naar slide 15?

De heer **Van Dissel**:

Dit plaatje geeft het antwoord.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Nou ja, laten we die dan maar even parkeren. Ik had nog een vraag bewaard uit de vorige ronde. Die gaat eigenlijk over het volgende. Tijdens de vorige technische briefing heeft de heer Van Dissel ook toegelicht dat de R 1,2 was en dat je dan komt op een toename van 40% per week. De heer Paternotte vroeg toen naar het Amsterdam Dance Event, waar meer dan 1.000 positieve testen uit voortgekomen waren. De heer Van Dissel zei toen dat het dus werkt of heeft gewerkt in deze setting, of dat het getal er in

ieder geval niet op duidt dat het niet gewerkt heeft. Daar heb ik slapeloze nachten van gehad, want als je ruim 1.000 positieve tests hebt in deze context, in deze setting, heb je het na twee weken over 2.000 positieve tests en na vier weken over 4.000 positieve tests. Ik begrijp niet dat de voorzitter van het OMT deze absolute getallen, de wetenschap, dus eigenlijk in het malletje van de regering perst en hiermee het coronatoegangsbewijs in stand houdt, terwijl hij ook zou kunnen zeggen: 1.000 positieve tests leiden binnen vier weken tot 4.000 positieve tests bij een R van 1,2, dus dit hadden we eigenlijk anders moeten doen.

De heer **Van Dissel**:

Ja, maar dat is de aritmiek. Zoals ik het vorige week begreep, zijn daar 300.000 mensen geweest. Er werden er 1.000 besmet. We hebben natuurlijk gezegd dat we niet zeker weten of het er 1.000 zijn, maar stel dat het er 1.000 zijn. Dat betekent 1 op de 300. Daar bent u het mee eens, toch? Ik heb u net bij de testen van de Stichting Open Nederland laten zien dat we nu al 0,7%, dus aanzienlijk meer, positief zouden testen als we willekeurig neustesten zouden afnemen. Momenteel is het buiten dat Amsterdam Dance Event — het is inmiddels enige weken geleden; maar goed, het gaat even om de redenatie — dus gewoon al hoger dan wat er toen in die groep getest is. Dan kan ik op grond van die 1.000 toch niet zeggen dat dat niet gewerkt heeft? De kans om willekeurig op straat 1.000 onder de 300.000 te vinden, is al hoger.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Maar we leven hier met absolute aantallen. Onze minister-president begint met het getal 16.343. Vandaag gaan we door de 19.000 heen. Op basis van die situatie adviseert het OMT snel en hard ingrijpen. Dus hoe kan het nou dat die absolute aantallen van het Amsterdam Dance Event er ineens helemaal niet toe doen als ze bij een R van 1,2 binnen vier weken leiden tot 4.000 besmettingen? Waarom gebeurt het toch iedere keer dat we achter de feiten aan lijken te lopen?

De **voorzitter**:

Is er nog een ander antwoord dan u al gegeven heeft, kort?

De heer **Van Dissel**:

Alleen maar dat elke te veel is. Dat wil ik benadrukken. Maar de vraag was: is die 1.000

nou helemaal buiten wat je verwacht of niet? Die heb ik gewoon beantwoord, en daar heb ik net weer antwoord op gegeven.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Ik heb een vraag over het OMT-advies. Daar zie ik staan: maatregelen met CTB én placering én de anderhalvemeterafstandsregel. Dit verbaast mij enigszins. In het grote gedeelte van de persconferentie legde onze minister-president namelijk uit dat je in een restaurant waar je met CTB binnen bent gekomen, geen afstand hoeft te houden, maar dat je als je met een vriendje gaat wandelen in het park, wel afstand moet houden. Dat begreep ik niet helemaal. Dat bevreemde mij persoonlijk wat. Begrijp ik goed dat dat standpunt van het kabinet ingaat tegen het advies van het OMT?

De heer **Van Dissel**:

Ik weet niet of ik u helemaal goed begrijp. De 1,5 meter staat even los van het CTB plus placering. Ik weet niet of dat het antwoord geeft? Ik kan me niet herinneren wat de tekst van de persconferentie was, maar het gaat het OMT erom dat we het CTB kunnen koppelen aan placering. Zo staat het ook in de brief genoemd. Tegelijkertijd vinden we het belangrijk dat er voor de anderhalvemeterafstandsnorm weer een wettelijke basis is en dat we die kunnen gaan gebruiken, zeker naar de periode toe waarin we een circuit breaker doen om de situatie hopelijk gedurende veel langere tijd te beheersen.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Dan zal ik mijn vraag anders formuleren: is het advies van het OMT dat als je met een CTB naar een restaurant gaat waar sprake is van placering, de tafeltjes daar op 1,5 meter afstand van elkaar moeten staan, of niet?

De heer **Van Dissel**:

Nee.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Duidelijk, dank u wel. Dan heb ik nog een vraag over de vereiste effectiviteit van de maatregelen.

De **voorzitter**:

Volgens mij zit u al door uw ronde vragen heen. Ik ga even door naar de andere kant. We gaan al over de tijd heen, dus ik moet nu even gaan handhaven. Mevrouw Gündoğan, u had nog een vraag?

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Ja, dank u wel, voorzitter. Ik krijg van Dennis Mook, epidemioloog verbonden aan het LUMC, het volgende doorgestuurd: "Zevendaags gemiddelde toename per dag in ziekenhuizenbezetting is 60 per dag, en stijgt. Huidige bezetting is 1.985. Bij circa 2.800 tot 3.000 volledig infarct. Dus we zitten daar 850 patiënten vandaan, oftewel veertien dagen, zo niet eerder". En hij houdt serieus rekening met eerder. Dan ga ik door met mijn vraag, aansluitend op wat de heer Hijink heeft gezegd: als je alle cijfers blijft volgen, is het eigenlijk gewoon onmogelijk om met deze maatregelen, die extreem laat zijn genomen, nog op tijd een zorginfarct te voorkomen. Of zeggen al de deskundigen die ik spreek iets anders dan wat u aan cijfers heeft, zo wil ik vragen aan de heer Van Dissel.

De heer **Van Dissel**:

Nee. Ik denk dat u dat kunt zien in de verschillende modellen die ik u gepresenteerd heb, ook in wat de verwachtingen zijn naar de toekomst toe. Want daar zit natuurlijk ook een dynamiek in, niet alleen door vaccineren, degenen die dat nu alsnog doen en die na twee weken worden toegevoegd aan de pool immunen, maar natuurlijk ook door de groep die de infectie doormaakt. Dus dat is niet een statische groep. Als wij met alle gegevens doorrekenen, komen we uit op wat ik u heb laten zien. Dus dat zijn die grafieken die voor langere tijd voorspellingen geven met betrekking tot het aantal te verwachten infecties. We weten alleen dat dat aan de gunstige kant zit. Omgekeerd, als we uitgaan van een regressiemodel — zo klinkt wat u net noemde een beetje, dat dat gewoon doorrekenen is op huidige getallen — komen wij ook hoger uit. Maar dan zien we tegelijkertijd dat, als we daar de reële getallen op plotten — dat hebben we natuurlijk al wekenlang gedaan — we altijd een te ongunstig beeld schetsen. Dus ik kan nu niet een andere uitkomst presenteren dan ik u heb laten zien. Maar het is natuurlijk niet zo dat we verwachten ... Ik weet niet of ik daar nu even naartoe kan hollen, maar in het transmissiemodel heeft u gezien dat we natuurlijk ook verschillende situaties modelleren, namelijk een situatie waarin contacten stabiel blijven, een situatie waarin ze toenemen en een situatie waarin ze afnemen, en dat vertaalt zich in verschillende maten van bezetting van de zorg. Dus dat transmissiemodel komt op deze voorspellingen uit,

ook met de aangegeven onzekerheden. En dan kom je, zelfs als je in het hele gebied helemaal aan de buitenzijden gaat zitten, natuurlijk op een forse extra belasting van de zorg, maar niet op een belasting die daaroverheen gaat. Ja, dat zijn de berekeningen die wij daarop maken.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Zoals ik de sheets allemaal heb bekeken, ook bij de heer Kuipers, zie ik een duidelijk patroon: op het moment dat de coronapas is ingevoerd, zijn de besmettingen enorm omhooggegaan. Ik heb daar al eerder op gewezen en naar gevraagd, maar ik ben eigenlijk benieuwd hoe de heer Van Dissel daartegen aankijkt. Vindt u dat het kabinet de afgelopen maand, laten we zeggen vanaf de invoering van de coronapas, genoeg heeft gedaan om mensen erop te wijzen dat die pas niet het vinkje met de "v" van "vrijheid" was maar de "v" van "verantwoordelijkheid", en dat mensen als ze zich niet lekker voelden, gewoon niet naar het café, het theater of een feestje moesten gaan?

De heer **Van Dissel**:

Het enige wat ik daarvan kan concluderen, heb ik u laten zien. We hebben gemeten wat uiteindelijk het gedrag gedaan heeft. Dat zijn deze grafieken. Mobiliteit is niet zo van belang, maar ik denk dat het met name om deze gaat, en om de volgende grafiek. En ja, dan kom je een beetje in een soort patsituatie. Want wat wij natuurlijk toch hopen, is dat iedereen zich dermate verbonden voelt met het probleem dat ze ook de consequenties nemen: dus dat ze, als ze klachten hebben, thuisblijven en zich laten testen. De realiteit was — die ziet u hier in de metingen weergegeven — dat dat helaas lang niet altijd het geval was. Als er dan een methode wordt ingevoerd, is het voor het OMT bijna niet hanteerbaar als we van tevoren erop moeten preluderen dat het geen opvolging krijgt. Ik bedoel: dat kunnen we alleen achteraf constateren en daar vervolgens de consequenties aan geven. Als we zien dat in bepaalde situaties in 50% van de gevallen er geen controle is op het toegangsbewijs, dan betekent dat dus dat het in 50% van de gevallen gewoon lek is. Dat betekent dus ook dat je niet de berekende beschermende waarde ervan in die situatie kan verwachten.

De **voorzitter**:

Ik snap het, mevrouw Van der Plas, maar ik ga toch door naar mevrouw Bromet.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Nee, sorry voorzitter, want de heer Van Dissel geeft geen antwoord op mijn vraag. Het gaat mij er niet om of er gecontroleerd is aan de deur. De mensen die getest zijn, hebben gewoon een testbewijs. Ik wil gewoon antwoord op mijn vraag. Dit gebeurde ...

De **voorzitter**:

Mevrouw Van der Plas, uw vraag was meer dan helder; dat is het probleem niet. We komen hier niet zo heel veel verder mee, want dan wordt het een debat en dat lukt niet. Dat doen we namelijk met de minister. Meneer Van Dissel, doet u nog een laatste poging tot een iets ander antwoord.

De heer **Van Dissel**:

Ik wil aangeven dat je maatregelen kan verzinnen en ook bijvoorbeeld testmaatregelen kan verzinnen, maar dat het uiteindelijk afhankelijk is van hoe ze opvolging krijgen of de vooraf berekende potentiële voordelen ervan ook te verzilveren zijn. Ik kan het niet anders zien.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Ik ga even terug naar sheet 23 in de presentatie van de heer Van Dissel. Ik dank hem natuurlijk hartelijk voor deze uitgebreide presentatie in deze ook voor hem naar ik me kan voorstellen weer zeer drukke tijden. Op die sheet staat de afgenomen vaccineffectiviteit voor 70-plussers ten aanzien van ziekenhuisopname. Die is namelijk gedaald naar 87%. Dat baart mij zorgen, aangezien deze groep een hoge vaccinatiegraad heeft, wat op zich heel mooi is. In hoeverre biedt 2G voor hen daadwerkelijk genoeg bescherming? Wordt het juist voor deze leeftijdsgroepen meegenomen in wat het OMT komende vrijdag gaat overdenken? Is er ook een onderbouwing voor te geven richting de Kamer? Zou het niet denkbaar zijn dat het testen voor toegang voor iedereen, juist voor deze groep met die teruglopende vaccinatie-effectiviteit, een betere bescherming zou kunnen bieden?

De heer **Van Dissel**:

Dat heb ik net geprobeerd te illustreren. Stel: er is een grote groep 80-plussers. Met andere woorden: de kans op een consequentie van een besmetting is daar groter dan wanneer het een groep is van twintigers. Je moet daar nadenken of het toevoegen van

testen iets extra's zou kunnen doen. Juist dat soort situaties willen we gaan doorrekenen. Daar komt dan hopelijk het antwoord op.

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

Dank aan meneer Van Dissel voor de presentatie. Meneer Van Dissel heb ik in februari/maart twee keer gesproken over wat er zou gebeuren als iedereen zich voor honderd procent aan de basismaatregelen zou houden. De tweede keer heeft meneer Van Dissel dat weten te illustreren. Ik zou meneer Van Dissel willen vragen of hij dat een volgende keer weer kan doen. We hebben het coronatoegangsbewijs, dat onvoldoende werkt. Daardoor krijgen we steeds strengere maatregelen, omdat de basismaatregelen niet voldoende worden nageleefd. Ik zou graag een toezegging van meneer Van Dissel willen: kan hij de exercitie van maart nog een keer herhalen met de huidige cijfers?

De heer **Van Dissel**:

Ik doe het niet zelf, maar ik kan in ieder geval de toezegging doen dat we het zullen proberen. Ik heb eerder laten zien hoe belangrijk de basismaatregelen zijn en dat alles wat we verder doen, of het nou mond-neusmaskers zijn of 1,5 meter, allemaal een soort afkapping is, omdat de basismaatregelen in zekere mate lek zijn als ze niet worden opgevolgd. Dat zien we helaas nog steeds. De vraag is dan of ze in de situatie van het deltavirus, dat toch wat besmettelijker is, precies hetzelfde beeld opleveren als toen. Toen, bij het vorige virus, was inderdaad het beeld dat we een belangrijke afname in het aantal afnames konden verwachten. Ik zal mijn best doen om te kijken of we dat kunnen herhalen.

De **voorzitter**:

Er ging hier een telefoon af, maar gelukkig was die van dezelfde persoon die koffie voor de voorzitter heeft gehaald, dus dat maakt me in dit geval mild. Ik hoop dat we het antwoord allemaal goed konden verstaan. Dan geef ik graag het woord aan de heer Van Meijeren. Had u nog een vraag? Gaat uw gang.

De heer **Van Meijeren** (FVD):

We hebben de afgelopen twintig maanden keer op keer gehoord dat een vaccin ons uit deze vrijheidscrisis zou gaan krijgen. Vaak werd daarbij gezegd dat er in ieder geval een vaccinatiegraad van 70% behaald zou moeten zijn. Nu is inmiddels 85% gevaccineerd

en is zelfs meer dan 95% immuun, bijvoorbeeld door antistoffen. Erkent de heer Van Dissel dat dit een valse belofte is geweest en dat we blij zijn gemaakt met een dode mus? Of verwacht hij nog steeds dat een vaccin ons hieruit gaat halen en, zo ja, hoeveel prikken moeten we daar allemaal nog voor krijgen als het aan hem ligt?

De heer **Van Dissel**:

Dat laatste is niet zo, dus daar hoeft u niet bang voor te zijn. Het gaat om de vaccinatiegraad die we denken te moeten bereiken om het virus voldoende in de rondgang te remmen. De eerdere berekeningen waren daar te optimistisch in; daar geef ik u helemaal gelijk in. Dat komt niet door de theorie die erachter zat, maar wel door het feit dat het virus dat we eerst hadden, dat daarna het alfavirus werd en vervolgens de deltavariant, belangrijke verschillen liet zien in besmettelijkheid. Of je door middel van bescherming van het grootste geheel in de bevolking kan voorkomen dat het virus rond blijft gaan terwijl een bepaalde groep nog niet gevaccineerd is, hangt helemaal af van de R-waarde in de situatie waarin je bent als er nog geen immune personen zijn. Voor bijvoorbeeld mazelen weten we dat die waarde maar liefst 20 is. Vandaar dat we een heel hoog percentage moeten bereiken om mazelen te kunnen onderdrukken, om te voorkomen dat het virus zich weer vrijelijk begeeft in de bevolking. De R-waarde van het oorspronkelijke coronavirus was aanmerkelijk lager dan de schattingen die we nu doen met betrekking tot de deltavariant. Die maakt dit verhaal dus al ingewikkelder omdat je een veel hoger percentage moet bereiken om op dezelfde wijze als bijvoorbeeld bij mazelen — dat is natuurlijk een ander ziektebeeld — bescherming te krijgen. Dat is één.

Het tweede dat ik daaraan wil toevoegen, is dat we inmiddels ook weten — dat hebben we net al besproken — dat gevaccineerden het virus ook enige tijd in de keel kunnen hebben. Dat is ook logisch, want een gevaccineerde persoon kun je natuurlijk altijd aanhoesten. Als iemand je het virus toe hoest, zal je het even in de keel krijgen. Gevaccineerden zullen het virus wel in mindere mate in de keel hebben dan niet-gevaccineerden. Zij kunnen het dus ook aan andere personen doorgeven. Dit betekent dat de R-waarde voor infecties — daar doen we het eigenlijk voor — weer een andere wordt dan de verspreiding die op grond van keeldragerschap kan gelden. In alle realiteit is het dus zo dat die combinatie maakt dat het percentage dat je nu beschermd wilt zien om daarmee de zekerheid te hebben dat je er geen last meer van hebt, echt heel erg hoog is. Deels is dat voortschrijdend inzicht. U kunt ons verwijten dat we dat niet eerder

wisten, maar dat is echt opgedane kennis.

De heer **Van Meijeren** (FVD):

Heel kort, puur ter verduidelijking op één aspect. Ik hoor de heer Van Dissel weer van alles zeggen over reproductiegetallen, varianten et cetera, maar we wisten natuurlijk al dat coronavirussen altijd zullen blijven muteren. Mijn vraag, die nog niet is beantwoord, is of u er nog steeds op vertrouwt dat een vaccin ons überhaupt ooit uit deze crisis gaat halen. Zo ja, bij welke vaccinatiegraad zal dat zo zijn en, zo niet, hoe gaan we hier dan überhaupt ooit nog uitkomen?

De **voorzitter**:

Dat zijn drie vragen én een herhaling van zetten. Volgens mij is daar bij herhaling antwoord op gegeven. Daar zult u het nu even mee moeten doen. De rest komt terug in het debat. Ik ga naar de heer Paternotte, die nog twee vragen mag stellen.

De heer **Paternotte** (D66):

Ik wil beginnen bij slide 16. Die gaat over de ic-opnames van gevaccineerden en überhaupt de ziekenhuisopnames van ouderen met onderliggende medische condities. Zij zijn gemiddeld twintig jaar ouder dan de ongevaccineerden die in het ziekenhuis liggen. Uit Iers onderzoek waarin daarnaar is gekeken, blijkt dat 97% van de gevaccineerden die op de ic komen, onderliggend lijden hebben. Ik vroeg mij af of de heer Van Dissel wat meer kan zeggen over die patiëntengroep en of dat beeld in Nederland hetzelfde is. Dat zou suggereren dat gevaccineerde mensen zonder onderliggend lijden een kans van bijna nul hebben om op de ic te belanden.

De heer **Van Dissel**:

Dat laatste zal in theorie juist zijn. Het is natuurlijk wel zo dat iemand naarmate hij ouder wordt, allerlei condities verzamelt. Het aantal chronisch zieken onder onze toch vergrijzende bevolking is daarnaast aanzienlijk. Het is dus wel heel theoretisch dat dit naar nul gaat. Maar op deze slide is ook een referentie naar het BMJ aangegeven. Dat geeft in tabellen antwoord op de vraag welke typen onderliggend lijden men heeft in Engeland en Ierland. Dat zijn allemaal types die we natuurlijk in Nederland ook zien. In feite gaat het erom dat iemand van een oudere leeftijd in wezen marginaal gecompenseerd is. Meestal heeft zo iemand namelijk een aantal condities opgebouwd,

bijvoorbeeld een hart-, long-, nier- of leverziekte en soms ook suikerziekte. Diegene kan in wezen zonder problemen zijn leven leiden, maar zodra er een extra belasting op komt, is diegene gedecompenseerd. Om die groep gaat het. Waarom treedt dat op? Dat treedt niet alleen op bij covid, maar kan bijvoorbeeld ook optreden bij influenza; daarbij kennen we het ook. In feite komt het erop neer dat bij elke graad temperatuursverhoging het metabolisme omhooggaat en de hartslag tien slagen hoger wordt. Eigenlijk wordt er tijdens de ziekte een situatie gecreëerd die doet denken aan het oplopen van een trap; zo leg ik het altijd maar uit. De meeste jongeren kunnen zonder problemen twee dagen een trap oplopen, maar de ouderen redden dat niet. Dat is de groep die dan extra hulp nodig heeft in het ziekenhuis en vaak minder ziek is dan ongevaccineerden die met covid worden opgenomen. U ziet dat terug in de onderliggende medische problemen, maar ook in de gemiddelde leeftijd, die vele malen hoger is.

De **voorzitter**:

Meneer Paternotte, uw tweede vraag?

De heer **Paternotte** (D66):

Die gaat over 2G. Het OMT gaat hier dus vrijdag verder naar kijken, verschillende modellen onder de loep nemen en ook doormodelleren. Mijn vraag is eigenlijk de volgende. Je ziet in het buitenland dat er ook verschillende stappen worden gezet. Zo heeft de Belgische equivalent van het OMT geadviseerd om na een korte lockdown in feite 2G in te voeren, zo las ik vanochtend. Dat lijkt erg op wat het OMT vrijdag adviseerde voor Nederland, zij het dat ze in België voor sommige gevallen ook zeggen: niet alleen 2G, maar dan ook nog testen. Dat is eigenlijk 2G plus 1G, zou je kunnen zeggen. Mijn vraag is of er ook naar die modellering in het buitenland wordt gekeken. Doet elk land dat voor zichzelf of kunnen we ook elkaars data benutten?

De heer **Van Dissel**:

Het korte antwoord is dat er een geweldig internationaal netwerk is ontstaan. We spreken elkaar allemaal bijna wekelijks. De subgroep die modelleert, wisselt alles uit. Dat is eigenlijk het antwoord op uw vraag. Dus het antwoord is ja. We kijken naar elkaars gegevens, wat we daaraan hebben en hoe we het kunnen toepassen. Dat betekent niet dat je die gegevens kritiekloos overneemt, want je wilt het toch zelf zien. Maar er is zeer veel uitwisseling van data, van wijzen van analyse en van conclusies die

men daaruit trekt.

De voorzitter:

Ik ga afronden. We lopen nu namelijk een kwartier uit de tijd, maar ik voelde toch dat het nodig was om het gewoon even rustig af te maken. Dat heeft nog niet recht kunnen doen aan alle vragen die er leven, want elke vraag levert meer op. Soms gaat het er een beetje gespannen aan toe. Je kunt dat wel of niet plezierig vinden, maar het laat ook wel zien hoe ingewikkeld de problematiek is en dat je altijd met modelleringen en data moet werken. Morgen zal om 15.00 uur het politieke debat plaatsvinden. Wij zullen daar op een andere manier weer onze vragen, opvattingen en meningen neerleggen bij de minister. Ik wil de heer Van Dissel in ieder geval weer heel hartelijk bedanken dat hij ons binnen alle kaders en mogelijkheden zo goed mogelijk geïnformeerd heeft, al is dat nooit helemaal naar wat wij wellicht wenselijk achten.

Er liggen nog twee dingen open. Ten eerste is de vraag of het nog mogelijk is om relevante data morgen vóór het debat van 15.00 uur aan te leveren. Verder vindt vrijdag de advisering plaats rondom 2G. Wij zullen de minister vragen wanneer dat advies naar ons komt. Dat laat ik even uitzoeken. Ik zal daar de Kamer over informeren. Donderdag hebben we een extra procedurevergadering. Dan zorg ik dat ik weet wanneer we dat advies krijgen, als dat morgen in het debat niet al aan de orde komt.

Daarmee wil ik afronden. Excuus voor de collega's die al iets eerder weg moesten. Ik dank de mensen thuis en de mensen hier, de Kamerleden, de stenograaf en de bode. Ik wens u allen een wijze, veilige en ook prettige middag toe. Dank u wel.

Sluiting 16.12 uur.

