

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 vrijdag 10 december 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.

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Concept

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 1 december 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 veertien leden der Kamer, te weten: Agema, Azarkan, Van den Berg, Bikker, Van Esch, Den Haan, Van Haga, Hijink, Van Houwelingen, Kuiken, Paternotte, Pouw-Verweij, Aukje de Vries en Westerveld,

alsmede de heer Van Dissel en de heer Kuipers.

Aanvang 9.30 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen bij de technische briefing van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is een technische briefing over het coronavirus. We starten zo meteen met blok 1, met de heer Kuipers, voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg. Daarna hebben we blok 2, met de heer Van Dissel.

Blok 1

Gesprek met:

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

De voorzitter:

Ik heb nog even een paar huishoudelijke mededelingen. Mevrouw Gündoğan heeft aangegeven later te zullen zijn of het online te volgen. Dat zullen we zo meteen zien. Ik hoor mevrouw Pouw-Verweij hier nu iets over zeggen, maar ik heb mevrouw Gündoğan nog als laatste aan de telefoon gehad. Ik heb dus gezegd dat zij haar tijd moest nemen en het online moest volgen. Mevrouw Pouw-Verweij zal in ieder geval een vraag namens haar indienen. De heer Paternotte heeft zo meteen een commissiedebat en zal om 10.00 uur de zaal verlaten. Mevrouw Westerveld heeft aangegeven bij blok 2 aan te zullen schuiven. Volgens mij mis ik nog wat mensen. Ik verwacht dat zij nog gewoon binnen kunnen druppelen, dan wel later aanschuiven.

Dan heet ik de heer Kuipers wederom van harte welkom om hier aanwezig te zijn. We zien elkaar iets frequenter dan misschien wenselijk is. Dat bedoel ik op geen enkele manier persoonlijk, maar meer gelet op de hectiek en het onderwerp waar we nu mee te maken hebben. Ik ben heel blij dat u er weer bent. Ik geef u graag de gelegenheid voor uw inleiding, en daarna komen uiteraard weer zo veel mogelijk vragen en antwoorden.

De heer Kuipers:

Dank u wel. Even weer een kort overzicht van wat er op dit moment aan de hand is in de zorg en waar iedereen staat. Ik begin even met een plaatje over de ontwikkelingen ten aanzien van de getallen van het RIVM. We zien een R-waarde, een percentage positieve testen, het aantal positieve testen gemiddeld per week en het aantal gevaccineerde mensen. Als u vooral even kijkt naar het middelste figuur rechts, dan is dat het aantal positieve testen per dag. U ziet dat er in de afgelopen periode een afvlakking van die curve is, met over de afgelopen zeven dagen, tot en met gisteren, slechts een 3% stijging ten opzichte van de week daarvoor. Het is weliswaar dus op een heel hoog niveau, maar het is een lichtpuntje dat er enige afvlakking is, met alle onzekerheid over de compleetheid van de testen, ook bij de testcapaciteit.

Die eerdere sterke stijging van positieve testen vertaalt zich ook in een sterke stijging van de dagelijkse instroom in de ziekenhuizen. Dit plaatje heb ik over een ander tijdsframe bij eerdere gelegenheden ook aan u laten zien. Het toont voor iedere dag telkens het driedaagse gemiddelde: het aantal opnames van de afgelopen 24 uur, plus de dag ervoor, plus de dag daarvoor en dan gedeeld door drie. Dit is vanaf het najaar van 2020. We zien dan de pieken van een tweede, een derde en een vierde golf, uiteindelijk in de afgelopen winter met de laatste golf van eind april. Je ziet dan een kleine piek in de zomer. In de afgelopen, ondertussen al zeven à acht, weken zie je een hele snelle stijging omhoog, die steiler was dan op enig moment tevoren. De afgelopen

dagen daalde dat gemiddelde even iets. We moeten er rekening mee houden dat dit in de komende dagen nog wel weer omhooggaat. Het gaat nu meer in een wat piekende fase. Even voor het idee: dat betekende dat er in de afgelopen week meer patiënten in de ziekenhuizen zijn opgenomen dan op enig moment sinds de eerste golf. We zitten dus echt op een heel hoog niveau. Het lijkt in dit figuur wat moeilijk te zien, maar we zitten nu ook bijna veertien dagen op ten minste 300 patiënten per dag. Het zijn dus grote aantallen.

Dat vertaalt zich dan ook in de stijging van de bezetting in de ziekenhuizen. Dit is een wat complex plaatje, maar het loont om te beginnen met die paarse bollen. Dat zijn de pieken die we in de afgelopen langere periode hebben gehad: vorige winter en afgelopen zomer. U ziet de hoogste momenten in de ziekenhuisbezetting op 3 november 2020, met ruim 2.600, op 5 januari 2021, met bijna 2.900, toen eind april met 2.700 en in de zomer een kleiner piekje dansen-met-Janssen met 700. We zien dan nu helemaal rechts waar we nu staan. Wat dan aan die paarse bol opvalt, is dat we bijna op het hoogste niveau zitten — dat is het niveau van de afgelopen winter — en het is nog steeds stijgende. We verwachten dus dat we boven de pieken van de afgelopen winter uit zullen komen. Het enige lichtpuntje daarbij is dat de verhouding kliniek versus ic iets gunstiger is, namelijk dat er naar verhouding iets minder mensen op de ic liggen dan in de kliniek. Maar dat is dan ook het enige lichtpuntje.

Dan tonen de blauwe staven per week de percentuele verandering in de bezetting van de ziekenhuizen. Stelt u zich voor dat er op maandag 100 patiënten liggen en de maandag erop 150 patiënten. Dan is dat plus 50%. Uiteraard is een hoog percentage van een klein getal in werkelijke zin weinig en een percentage van een groot getal ... Dat is allemaal logisch. Dan is het even belangrijk om te kijken naar het volgende. Bij de aanloop voor die eerste paarse bol in november zijn er stijgingen van 30%, 40% en 30% en daarna gaat het langzaam naar beneden. Op het moment dat je in de buurt komt van de piek, gaat het stijgingspercentage minder hard. Dus je klimt als het ware de berg op en tegen de tijd dat je bij de piek komt, dan neemt het hellingspercentage af.

Datzelfde zien we gebeuren richting januari. Datzelfde zien we gebeuren richting april. Ook bij dat dansen-met-Janssenpiekje zag je hetzelfde gebeuren. Nu zien we helemaal rechts dat er in de afgelopen weken nog maar een hele langzame daling was en dat de stijging per week nog steeds in de orde van de 20% bleef. Het gaat iets naar beneden, maar nog niet heel snel.

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

Waarom zit hier niet ook de allereerste piek bij, van maart, april 2020?

De heer **Kuipers**:

Daar zal ik zo iets van laten zien. Op dat moment, in die allereerste piek, hadden we wel de dagelijkse gegevens over het aantal ic-patiënten, maar niet de exacte gegevens over het aantal patiënten op een normaal ziekenhuisbed. Als je die getallen mist en daar alleen maar een aanname over kunt doen, dan kun je geen exacte berekening maken, vandaar dat ik hem hier even heb weggelaten. Maar het is een terechte vraag.

Hier op de vijfde sheet zien we hem wel. U ziet dan al die golven bij elkaar; u kent de curve ondertussen wel. Een blauwe golf is een ziekenhuisbed en een oranje een ic-bed. Bij de linker golf zou dat blauwe deel dan eigenlijk iets lichtblauwer moeten zijn, want dat zijn aannames. We wisten het toen niet exact. Sinds ongeveer vorig jaar mei weten we

het voor iedere dag exact. We zien hier geïllustreerd dat we ondertussen het niveau hebben bereikt van de pieken van de afgelopen winter en dat dat niveau nog steeds aan het stijgen is.

En toen wilde de presentatie niet meer vooruit. Kunt u mij helpen? Want deze afstandsbediening doet het niet meer.

De voorzitter:

Ik kijk even om hulp vragend om mij heen. Kan iemand helpen?

De heer Kuipers:

Anders gaan we gewoon door op papier. Kan dat ook?

De voorzitter:

Ik kijk even naar achteren in de zaal. Is dit te herstellen in tien seconden? De mensen thuis willen het namelijk ook kunnen volgen, vandaar. Anders gaan we op papier door. Ik schors even voor 30 seconden.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

We zijn weer van start, want de techniek doet het weer. Gaat u verder, meneer Kuipers. Dank u wel.

De heer Kuipers:

Op de zesde sheet ziet u vervolgens welke patiënten er nu precies in het ziekenhuis komen met covid. Dit is opnieuw een analyse van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose, die afgelopen week een uitvraag heeft gedaan. Dat hebben ze in de afgelopen periode al vaker gedaan. Het zijn nu data van 44 ziekenhuizen en 1.227 patiënten. Links ziet u dat het ongeveer fiftyfifty is: 49% is niet gevaccineerd en 51% is wel gevaccineerd. Aan het linker staafdiagram, over de niet-gevaccineerde groep, valt eerst het getal bovenin op: ongeveer een derde van die mensen was 70-plus, 70 jaar en ouder, en twee derde was jonger dan 70. In de kleuren ziet u dat ongeveer een derde van hen onderliggende ziekten had, zoals chronische hartaandoeningen, chronische longaandoeningen, neurologische ziekten en behandeling voor kanker. Twee op de drie waren voorheen gezond. Dat is het plaatje van de niet-gevaccineerden; dat is iets wat we ook van het verleden kennen.

Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

Is er ook een gemiddelde leeftijd bekend van deze groepen of alleen het percentage van mensen boven de 70 jaar?

De heer Kuipers:

Die gemiddelde leeftijd is er, maar die durf ik u zo niet te geven. Excuus. Die kan ik aanleveren, maar ik had de breakdown even zo gekozen.

De voorzitter:

Als u die na kunt leveren, heel graag.

De heer Kuipers:

Dat kan ik doen.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

De heer **Kuipers**:

Aan de rechterkant van sheet 6 zien we de karakteristieken van de gevaccineerden. Die zijn duidelijk anders. Bijna drie op de vier is daar 70 jaar of ouder. En 80%, acht van de tien, heeft een onderliggende aandoening. Dat is echt een groot verschil. Als je dat dan vertaalt ...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Om welke comorbiditeiten gaat het dan? Gaat het om hartfalen, suikerziekte of overgewicht? Welke ziet u hier vooral?

De heer **Kuipers**:

Overgewicht tellen we hier niet bij.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat is dus geen comorbiditeit.

De heer **Kuipers**:

Ik kan het helemaal specificeren per aandoening, maar ik heb het eerst even heel algemeen gedaan. Ik noemde de voorbeelden al. Dan moet u echt denken aan chronische ziekten. Dan bedoel ik niet overgewicht. Dan komen we al heel snel op heel andere percentages. Dan gaat het echt om bijvoorbeeld chronische hart- en vaatziekten, een ernstige longaandoening, een neurologische ziekte of een chemotherapiebehandeling voor kanker waardoor de afweer verminderd is. Aan dat soort categorieën moet u denken.

Als je dat dan in algemene zin en bij benadering vertaalt, dan zie je dat ongeveer een achtste van de Nederlandse bevolking van 12 jaar en ouder niet gevaccineerd is of de ziekte niet doorgemaakt heeft, en zeven achtste wel. Grofweg de helft van de patiënten die we nu in de ziekenhuizen zien, komt uit die kleine groep van een achtste. De andere helft komt uit de groep van zeven achtste. Dan komt 40% van het totaal uit die daar weer kleine groep met ernstige, langdurige, onderliggende ziekte. Slechts 10% van de ziekenhuisopnames komt uit de hele grote bevolkingsgroep van mensen die gevaccineerd zijn dan wel de infectie doorgemaakt hebben en geen onderliggende ziekte hebben, en daardoor afweer hebben. Als je het heel plat vertaalt, dan is dit waar het op neerkomt.

De heer **Azarkan** (DENK):

Is ook bij benadering bekend welk deel van de een achtste inmiddels antistoffen heeft?

De heer **Kuipers**:

Dat is een vraag die u zo meteen echt even aan de heer Van Dissel moet stellen. Hij doet continu de landelijke survey.

Dan komen we vervolgens op het beeld in de zorg zelf. Op sheet 8 ziet u gegevens van de Nederlandse Zorgautoriteit, met het beloop in de tijd en in dit geval even ingezoomd op de ziekenhuizen. Maar dat is een goede reflectie van wat er op andere plekken in de zorg aan de hand is. Denk aan de eerste lijn, de huisartsen, de wijkzorg et cetera. Je

ziet op deze sheet twee lijntjes. In oranje zie je het verzuim op de ic en in blauw het verzuim in de kliniek. Landelijk zit het oplopende ziektepercentage voor de ziekenhuizen nu rond de 9%. Dat cijfer stijgt nog steeds.

Dan hebben we een aantal plaatjes, ook van de Nederlandse Zorgautoriteit. Zoals u weet, doet die nu om de paar dagen een survey. Op sheet 9 ziet u het beeld op de kritiek planbare zorg per acute zorgregio. Zoals u weet, gaat het daarbij om de zorg waarvoor patiënten eigenlijk binnen zes weken na diagnose geholpen moeten worden, omdat er anders een serieus risico is op blijvend letsel dan wel uiteindelijk overlijden. Dan moet u bijvoorbeeld denken aan patiënten die vandaag worden gediagnosticeerd met kanker, daarvoor geopereerd moeten worden en die operatie binnen zes weken dienen te ondergaan. Het kan ook iemand zijn die bijvoorbeeld gediagnosticeerd wordt met een ernstig lekkende hartklep en ook daarvoor binnen zes weken geopereerd moet worden. Zo zijn er tal van voorbeelden. U ziet hier de overallpercentages per regio. Hoe donkerder de kleur, hoe meer de kritiek planbare zorg eigenlijk onder druk staat. U ziet dat hier per regio. Dit waren gegevens van 29 november. Nu is het landelijke plaatje dat ongeveer een kwart van de ziekenhuizen niet meer volledig die kritiek planbare zorg kan leveren. Als we kijken naar de planbare zorg ...

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

Ik heb een korte, verhelderende vraag. We zien hier een bepaald beeld, maar komt dit dan ook overeen met de besmettingen?

De heer **Kuipers**:

Dank. Dit komt niet exact overeen met de besmettingen. Als we bijvoorbeeld even kijken naar de regio Noordoost, dus Groningen, Friesland en Drenthe, dan zien we dat de kritiek planbare zorg daar naar verhouding wat meer onder druk staat dan de besmettingen ter plaatse. U moet zich wel realiseren dat we proberen te spreiden, zowel op de verhouding van de bezetting van covidpatiënten als op de afschaling van deze patiënten die kritiek planbare zorg nodig hebben. Maar het is geen exacte match. Dat geldt ook voor een provincie als Limburg of Zuidwest-Nederland. In Zuidwest-Nederland zijn de besmettingspercentages in de Rotterdam-Rijnmondregio ander dan in Zeeland, terwijl hier de gegevens voor de hele regio staan vermeld.

Er is een vergelijkbaar plaatje voor de planbare zorg. Dat is dus alles wat op enig moment moet gebeuren, wat niet acuut binnenkomt en wat niet per se binnen zes weken moet, omdat ook als je medisch handelen langer uitstelt, dat niet tot ernstig blijvend letsel leidt. Maar het is natuurlijk nog steeds ernstig voor een individuele patiënt en de omgeving, in die zin dat dat een langere wachttijd met zich meebrengt. Dan ziet u dat in vrijwel alle ziekenhuizen die planbare zorg in hoge mate is afgeschaald.

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

Sorry, maar ik vraag me af hoe ik de tweede kolom, die met 3/10, 1/3 enzovoorts, moet lezen. Die kolom was er ook al op de vorige sheet, maar toen was ik net te laat met mijn vraag. Ik begrijp de percentagekolom.

De heer **Kuipers**:

Bedoelt u die laatste kolom, de derde kolom?

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

Ja.

De heer Kuipers:

Excuses dat ik die niet heb toegelicht. Dat is het aantal ziekenhuizen in die regio en het aantal ziekenhuizen in die regio dat opgeeft dat ze de kritiek planbare zorg in dit geval niet meer volledig leveren. In de regio die bovenaan staan, staat 2/10. Dat betekent dat twee van de tien ziekenhuizen in Brabant dat aangeven. En dan komt er een percentage.

Dan hebben we op de volgende sheet een beeld van de afschaling van de ok in de tijd vanaf week 15 van dit jaar. Dit zijn nog steeds gegevens van de Nederlandse Zorgautoriteit, met veel dank aan hen voor dit werk. Dat is erg belangrijk, maar een paar keer per week is het veel werk. Dan zien we eerst nog een sterk oplopen. Dat was de golf richting eind april, toen we een bezetting hadden van covidpatiënten in de ziekenhuizen die vergelijkbaar is met het huidige aantal. We zitten nu net boven dat aantal van eind april. Dan gaan we naar de zomer. Dan krijg je in de zomer weliswaar weinig covidpatiënten, maar dan moet er toch veel vrije tijd, ook vakanties die eerder allemaal afgezegd werden, worden ingehaald. Dan gaan in het najaar de ok's meer draaien, die worden voller. Dus hoe lager het percentage hier, hoe beter het is, hoe meer ok's er echt draaien. En dan zien we nu dat in de afgelopen weken, met de steile stijging van het aantal covidpatiënten, ook het percentage afgeschaalde of gestaakte ok's weer toeneemt.

Dit is dan opnieuw een landelijk percentage in dezelfde tijd vanaf week 15. Daarin wordt de ok-afschaling vergeleken en gevolgd, maar dan wat betreft de uitgestelde U3-zorg, die urgente klasse waarvan ik net al aangaf dat die zorg eigenlijk binnen zes weken moet gebeuren. Dit sluit aan bij het vorige plaatje dat ik liet zien. Dit stijgt weer. Er zijn meer en meer ziekenhuizen die deze urgente zorg niet voor iedere patiënt tijdig kunnen leveren.

Deze sheet toont de spreiding, met name in dit geval even voor de ic-patiënten vanuit het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding. Het is een ontzettend drukke curve. Ik heb die vaker laten zien, maar nu weer met een andere tijdas. Zoals u weet, spreiden wij het aantal covidpatiënten naar rato van het aantal beschikbare bedden per regio. Dus bij een regio die 100 bedden heeft en een andere regio die 200 bedden heeft, zorgen we ervoor dat die andere regio twee keer zoveel covidpatiënten krijgt als die eerste regio, ongeacht waar de besmettingscijfers zijn en waar de patiënten eerst binnenkomen. We streven ernaar om alle regio's continu naar rato tussen de 90 en 110% bezet te houden. Helemaal op 100% lukt niet, maar naar rato.

Ieder zwart lijntje is een regio. In het linkerdeel van de figuur ziet u dat het goed lukte. Dat was in de periode april/mei, dus tijdens de vorige golf. In de zomer hebben we het spreiden losgelaten. De aantallen waren laag en iedere regio kon het zelf opvangen. Maar dat betekende wel verschillen per regio. Het betekende dat regio's uit die bandbreedte gingen. Sommige waren naar verhouding onderbezet en andere overbezet. Maar bij een geringe totale bezetting maakte dat niet veel uit. Als de aantallen klein zijn, maakt een procentueel verschil niet zo veel uit. We spreidden toen dus landelijk niet.

Toen zijn we in het najaar weer gaan spreiden. Dan zien we de lijnen eerst naar elkaar convergeren. Maar dan zien we geruime tijd met name een en soms twee lijnen lange tijd erbovenuit springen. Dat was in het bijzonder Limburg en enige tijd ook bijvoorbeeld Brabant. Die situatie hebben we eerder besproken. En dan naar meer rechts, in de loop

van november, ziet u die lijn vrij abrupt dalen. En dan lukt het toch weer om de regio's gewoon veel dichterbij elkaar te krijgen. Dus het spreiden gaat op dit moment wat beter. Die stippellijntjes helemaal rechts, geven niet de actualiteit weer. Dat is de predictie wat er zou gebeuren op het moment dat je stopt met spreiden. Dan gaat het binnen enkele dagen sterk uit elkaar. Dat sluit even aan bij de vraag die ik net kreeg: matcht dit ook met de besmettingscijfers? Als je het echt doet op basis van veel besmettingscijfers in de regio, dus veel patiënten en niet spreiden, gaat het in no time weer uit elkaar.

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

Een korte suggestie slechts. Het is net ook opgemerkt. Dank voor uw presentatie. Ik zou het heel fijn vinden als u het de volgende keer steeds voor een jaar kunt doen, want dan houden we het seizoenseffect natuurlijk constant. Ik wil steeds vergelijken met een jaar terug, maar sommige plaatjes gaan maar tot begin dit jaar. Het is maar een suggestie. Het zou heel fijn zijn als u daar de volgende keer rekening mee kunt houden. Dank.

De heer **Kuipers**:

Dat kan. Als ik dit voor een jaar zou doen, zou u dat plaatje, dat linkerdeel van de kolom dat u ziet, met telkens tussen de 90 en 110, eigenlijk voor de hele afgelopen winter hebben gezien. Dat spreiden werkte heel lang heel goed. We hadden recent met Limburg echt een probleem. Dat is ook uitgebreid in het nieuws geweest. U ziet dat er ondertussen ... Het is niet in verschillende kleurtjes, maar neem van mij aan dat die ene lijn die lange tijd echt daarboven zat en half november abrupt naar beneden gaat, die regio was waar het dus lukte om gewoon weer te herstellen.

Dan hebben we afgelopen week een discussie gehad over de verdere opschaling naar een fase 2d. Dit is het plaatje om te laten zien wat die fases ook alweer waren. Het groene deel daarboven is de reguliere, conventionele zorg, fase 1a en 1b. Dat komt er feitelijk op neer dat je per regio gewoon regulier je zorg kunt doen en ook de covid of alle acute zorg kunt opvangen als dat nodig is. In de verschillende fases van 2, a tot en met d, schaal je op. D wil zeggen dat in veel regio's de zorg onder druk staat. Dan wordt de urgente zorg ook al afgeschaald. Dat wordt dus ook een factor om rekening mee te houden bij het spreiden. Dan zijn we ook weer bezig met de opgeschaalde ic-capaciteit en vervoerscapaciteit. Bovendien verplaatsen we naar Duitsland. Om even aan te sluiten bij de vorige vragen: als ik het in de tijd zou laten zien, is dat ook de fase waarin we in de afgelopen winter geruime tijd gezeten hebben.

Tot slot. Wat gebeurt er nu op allerlei plekken? Op alle plekken in de zorg, in de hele keten, wordt ontzettend veel gedaan. Ik heb alleen maar een aantal voorbeelden uit een aantal regio's. Ik kan de dia's drie keer zo lang maken en dan ben ik nog niet compleet, maar dit geeft iets weer. Huisartsen openen dag-huisartsenposten weer, naast de spoedeisende hulp, om de spoedeisende hulpen te ontlasten. Normaal zijn die 's avonds en 's nachts geopend, maar nu dan ook overdag. Er wordt covidzorg thuis geleverd. Er wordt minder gebruikgemaakt van eerstelijnsverblijf in de verpleeg- en verzorgingstehuizen. Er wordt een regiearts ingezet op de meldkamer, om ervoor te zorgen dat patiënten zo snel mogelijk op de juiste plek geholpen worden. We krijgen inzicht in de druk op de SEH's via een landelijk ICT-netwerk. Over de wijkzorg staan er tal van voorbeelden, waaronder het afschalen van de zorg en prioriteren op geleide van de complexiteit en de urgentie. De ambulancezorg vindt plaats met regionale en landelijke afstemming. 24/7 is er inzet van mobiele ic-ambulances. Het Rode Kruis wordt ingezet voor vervoer vanaf de SEH's. Er vindt triage plaats voor het ziekenhuis en de SEH, om te zorgen dat de instromende patiënt zo snel mogelijk uit de ambulance is, ook

als er geen plek is op de SEH. Er wordt een heli ingezet voor vervoer naar Duitsland. Nou, en zo kan ik doorgaan, ook voor de vvt.

Ik wil er één echt noemen, en dat is de inzet van de versnelde doorstroomteams. Daarbij bekijkt de vvt in de regio's hoe we ervoor zorgen dat patiënten die niet meer per se in een ziekenhuis hoeven te liggen, zo snel mogelijk doorgaan naar een bed in een verpleeg- of verzorgingstehuis. Ook daar geven we met elkaar inzicht in de beschikbare capaciteit en coördinatie. Dat regelen de GGD's. Er zijn tal van voorbeelden voor de ziekenhuizen. Er zijn er heel veel genoemd. Het is belangrijk om te noemen dat de poliklinische en dagzorg gewoon gecontinueerd wordt. Veel gaat van de kliniek naar de dagzorg. Er is intensief regio-overleg, onder andere tussen de intensivisten en de verpleegkundigen, om de beelden met elkaar te delen en te zorgen dat je de capaciteit zo veel mogelijk gebruikt.

Dan de allerlaatste dia. De vorige keer was de vraag of ik iets van een prognose kan geven. Dat is in deze fase gewoon niet heel eenvoudig. Maar laten we een poging doen. Niet heel eenvoudig wil zeggen: we hebben nu net nieuwe maatregelen. We hebben een hoog aantal besmettingen per dag geconstateerd, maar weten ook dat dat vrijwel zeker een sterke onderschatting is. Maar dan heb ik hier toch drie scenario's, met in de tijd bovenaan het beeld het aantal voor de ic, en onderaan voor de kliniek. Op 29 november hadden we er 563 op de ic en 2.209 in de kliniek.

Dan vervolgens: wat is het een week later, op 6 december, en wat is het op 13 december? Dat ziet u in drie scenario's op sheet 17. Het middelste scenario is: we stijgen door zoals we dat de afgelopen week gedaan hebben en de maatregelen doen weinig. Dat is scenario 2. Als je die twee even heel snel bij elkaar optelt, ga je op 13 december richting 900 plus een kleine 2.800, dus richting 3.700 patiënten. Zoals ik al zei: op dit moment zijn het er 2.850. Scenario 3 is als het nog verder accelereert. Laten we dat echt maar even parkeren. Het is goed om dit in je achterhoofd te houden, maar voor nu, met meer maatregelen, is dit niet het meest realistische scenario. Scenario 1 is als de percentuele stijging die ik eerder liet zien, de trend van een heel langzame daling, doorzet en er sprake is van 5% afzwakking. Ook dan stijgt je nog. Dan stijgen we bij elkaar toch nog naar ruim boven de 3.000.

Tot zover.

De **voorzitter**:

Dank voor deze heldere presentatie. Mevrouw Van den Berg heeft nog een vraag ter verduidelijking.

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

Ja, over de cijfers tussen haakjes.

De heer **Kuipers**:

Excuus, ik wilde ze nog weghalen, maar ik had ze op dit moment alleen in een PDF-format. Dat is het optelsommetje. Dan moet je dat eigenlijk voor allemaal doen. Bijvoorbeeld bij scenario 2: 563 plus 153 is 716. Dat leidt alleen maar tot verwarring, maar ik kon ze niet meer weghalen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik las gisteren op uw website dat op dit moment 1.022 van de 1.119 bedden bezet zijn.

Kunt u dat toelichten in de context van de laatste sheet?

De heer **Kuipers**:

Ja hoor, dank. Dat is goed en belangrijk. Dit toont alleen maar het aantal covidpatiënten die op de ic liggen, en dit zijn de getallen van eergister. Gister waren het er 597 plus nog een keer 8 in Duitsland. Hier staat nog 563 van eergister. Daar tellen we dan qua bezetting ook de non-covidpatiënten bij op. "Non-covid" klinkt als een heel abstracte term, maar het gaat natuurlijk daadwerkelijk om patiënten met aandoeningen. Dat gaat dus om mensen die opgenomen zijn na een operatie en die na die operatie gewoon nog intensieve zorg, bewaking, nodig hebben. Het gaat bijvoorbeeld ook om mensen na een ernstig ongeval, mensen met een zwangerschapsvergiftiging en vul maar in.

De **voorzitter**:

Ik ga naar de vragen toe. Mevrouw Pouw-Verweij van JA21, ik geef u de gelegenheid tot het stellen van de eerste vraag, één vraag.

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

Dank u wel. Ik geloof dat ik ook één vraag namens mevrouw Gündoğan mocht stellen.

De **voorzitter**:

Nou ...

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

Voor deze ene keer? Het is een heel korte vraag.

De **voorzitter**:

Voor deze ene keer.

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

Als we helemaal teruggaan naar de eerste pagina ...

De **voorzitter**:

Iedereen moppert alweer. Dus doe het gewoon even heel vlot. Dan kunnen we door en dan geef ik straks geen ruimte voor een tweede vraag.

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

Op de eerste pagina over de R-waarde zien we dat die nu gedaald is van 1,27 naar 1,18. Verwacht u dat we met het huidige maatregelenpakket onder de 1 gaan komen en daar ook voor een langere periode gaan blijven?

De heer **Kuipers**:

Om te beginnen: deze R-waarde kijkt, net als het aantal besmettingen, altijd terug. De heer Van Dissel kan daar straks ook veel over zeggen. Het is dus sowieso kijken in de achteruitkijkspiegel: waar stonden we toen, terugrekenend? Als je het op basis van ziekenhuisopnames doet, lag die R-waarde ondertussen recenter al wat lager. Met alle doorrekeningen en ook de onderbouwingen van het RIVM verwacht ik inderdaad dat we op een R-waarde van 1 en daaronder gaan komen.

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

Dan een vraag over de spreiding van de covidzorg en de druk op de ic. Er zijn eerder ook voorstellen gedaan om in plaats van verspreiding over alle ziekenhuizen juist te

clusteren in specifieke covidcentra. Toen ik de minister daarnaar vroeg zei hij dat ook het LNAZ daar nog geen voorstander van was, maar dat hij er in een latere fase, als het aantal besmettingen en het aantal opnames zouden stijgen, bij u op terug zou komen. Ik vraag me af wat u vindt van dat idee.

De heer **Kuipers**:

Dank. We moeten ons realiseren dat dit een complexiteit van een continue dynamiek van patiënten is. Daarom liet ik bewust al even ook de hele keten zien. Als ik het heb over een dagelijkse instroom van 350 patiënten en een stijging — de ene dag gaat die hard, maar de andere dag niet — komen er 350 patiënten in en er gaan er bijvoorbeeld 340 uit. "Eruit" wil zeggen dat ze van de kliniek naar de ic gaan of van de ic naar de kliniek, of dat ze naar de wijkzorg of de verpleeghuiszorg gaan of terug in de eerste lijn. Dat is een continue beweging. Hoe werkt de zorg nu in de afgelopen langere periode? Een regio, maar in de verbinding ook de regio's tezamen functioneren eigenlijk als één groot regionaal zorgcentrum. Als ik focus op ziekenhuizen, gaat dat dus om alle ziekenhuizen bij elkaar. Ik heb zelf gister weer het regio-overleg gehad. Dat gebeurt met alle bestuurders en apart doen ook alle intensivisten dat. Je kijkt exact wie wat heeft en waar we kunnen schuiven. Zo doen we dat in één dynamiek. Als ik aantallen patiënten laat zien die verplaatst worden, ga dan rustig uit van een veelvoud daarvan voor regionale verplaatsingen. Dan kunnen we zorgen dat we alle covidpatiënten op één plek doen, maar dan moet je dat zowel voor de kliniek als voor de ic doen. U moet zich daarbij voorstellen dat meestal ongeveer 20% van de patiënten in de kliniek zo kritisch is dat je die echt per kwartier moet monitoren en bekijken: het gaat nu nog goed of we moeten nu intuberen en naar de ic, aan de beademing. "Intuberen" wil zeggen: beademingstube erin et cetera.

Dat is de dynamiek. Het heeft dus geen zin om de ic apart te concentreren en de kliniek niet, want dan ben je bezig met heel veel vervoer van patiënten op het meest kritische moment. Je moet het dus tezamen doen. Als je dat doet op een ziekenhuislocatie, vergt dat vervolgens ook om dat ziekenhuis te vragen om alle andere patiënten zo veel mogelijk ergens anders onder te brengen, wat ook een grote operatie is. Als je het buiten een ziekenhuislocatie doet, vraagt het om ook alle andere ondersteuning die er is, daar in te richten. Je hebt daar dan ook CT-apparatuur nodig, een röntgenafdeling, een labafdeling et cetera. Feitelijk bouw je dan een nieuw ziekenhuis. Dat is niet een eenvoudige opgave.

Het beste wat we op dit moment hebben, is dus eigenlijk alle ziekenhuizen in één grote pool brengen, om te beginnen per regio en dan tussen regio's. Natuurlijk kun je nadenken of we het toch nog ergens beter kunnen concentreren. Maar als dat ook maar iets oplevert, betekent dat dat we dat moeten doen met uitbreiding van het personeel. Je moet mensen dan dus ook vragen om bereid te zijn om buiten hun normale werkplek, vaak met meer woon-werkafstand en boven hun normale formatie, te gaan werken. Anders levert het niks op. Dat is dus echt een uitdaging.

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

Ik lees op pagina 17 dat in het slechtste scenario, het ergste scenario, 1.120 ic-bedden bezet zijn. Nu zijn de ic-capaciteit en het aantal ic-verpleegkundigen de bottleneck. Verschillende experts, zoals Marcel Levy, hebben gezegd: doe daar dan wat aan. Nederland heeft van alle EU-landen het laagste percentage ic-bedden. Mijn vraag is of jullie een projectplan hebben gemaakt voor de opschaling van de ziekenhuiscapaciteit, het aantal ic-bedden en het aantal bijbehorende medewerkers, wanneer jullie dat plan

hebben gemaakt en hoever jullie met de uitvoering van dit plan zijn.

De heer Kuipers:

Dat plan is om te beginnen in acute zin vorig jaar in maart gemaakt. Toen zijn we bij elkaar op het hoogste moment opgeschaald naar boven de 2.000 bedden. Dat was onder hoge druk, overal vandaan een reserveapparaat halen en onconventionele dingen doen. In de zomer van vorig jaar, toen het rustiger was, hebben we met veel partijen — Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, de ic-verpleegkundigen, de Federatie Medisch Specialisten et cetera — een gedegener plan gemaakt: hoe kun je dat nou langere tijd doen? Toen kwamen we tot een maximaal opschalingsplan van 1.700 ic-bedden. Dat hebben we nu, in de afgelopen zomer, opnieuw tegen het licht gehouden op basis van de ervaringen van de afgelopen winter. Toen hebben we gezegd: qua apparatuur et cetera kan die 1.700, maar dat is iets wat we met z'n allen niet moeten willen, omdat dat te veel impact heeft op de reguliere zorg. Dat hebben we de afgelopen winter ook gezien. Dat moeten we niet nog een winter hebben, omdat onze hypotheek op de reguliere zorg nu te groot is. Als we dat nog een keer zo doen, creëren we zo'n wachttijd voor patiënten die ook urgent geholpen moeten worden dat het verstandiger is om te sturen op een lager aantal. Onder druk wordt alles vloeibaar. Als we weer 1.200, 1.300 of 1.350 bedden nodig hebben, gaan we dat realiseren, maar dan helpt het als u en iedereen zich ook realiseren dat dat dan echt ten koste gaat van urgente zorg. Daarom liet ik die plaatjes net ook zien. Het meest directe antwoord is dus: het plan is er, de apparatuur is er, het personeel is er, maar het vraagt om verdunning en dus ook afschaling elders.

De heer Azarkan (DENK):

Dank aan de heer Kuipers. Uit onderzoek blijkt dat de effectiviteit van het vaccin afneemt. Dat is inmiddels wel helder. Even in het kader van vooruitkijken. Mensen krijgen een aanvullend vaccin, een booster zoals we dat noemen. Stel dat daarmee zes weken geleden begonnen was. Wat was dan de impact op de zorg geweest?

De heer Kuipers:

Ik heb u de vorige keer gegevens laten zien die afkomstig waren van studies uit Israël. Ik heb daarbij ook alle kanttekeningen gemaakt die je kunt maken. Maar ik heb wel gezegd: de suggestie die daar ten minste uit naar voren komt, is dat het booster een sterke impact heeft op de daling van in ieder geval de instroom van die patiënten — die helft van nu — die gevaccineerd is. En wat betreft de niet-gevaccineerde groep: sommige mensen laten zich alsnog vaccineren; anderen maken de ziekte door en bouwen op die manier immuniteit op. Dus die groep wordt steeds kleiner. Maar die ene groep, die houd je. Die mensen zijn volledig gevaccineerd en die hebben een onderliggende aandoening waar ze voor behandeld worden. We moeten er voor nu van uitgaan dat booster echt een significante impact heeft op de ziekenhuisopnames. In Israël was het een factor 10 binnen twee weken. Dat was heel snel en heel groot. Het was zelfs factor 11. Zelfs als het maar een factor 2 is, heeft het een belangrijke impact. Het gaat bij ons om 350 patiënten per dag, van wie 175 er nu niet gevaccineerd zijn. Als je dat iets naar beneden brengt, gaat er al een enorm deel van af. Het antwoord op uw vraag is dus: hoe sneller we in staat zijn om in ieder geval de 60-plussers en degenen met onderliggende ziekte te booster — en tel daar ook specifieke groepen bij op, zoals zwangere vrouwen — hoe sneller je kunt verwachten dat het aantal opnames in die gevaccineerde groep echt naar beneden gaat. En zelfs als je dat met maar 50 of 75 naar beneden weet te brengen, creëer je al enorm veel lucht. Het klinkt heel weinig, maar dat creëert lucht omdat ze er zo lang liggen. De GGD's werken op dit moment

ongelofelijk hard. Ze moeten hun testcapaciteit uitbreiden en ze moeten heel veel bron- en contactonderzoek doen. We kijken ook vanuit de zorg hoe we hen kunnen helpen om dat boosterprogramma te versnellen. Daarbij wordt ook gekeken naar een eventuele inzet van het leger. De impact daarvan kan groter zijn dan welke verdere maatregel ook.

De voorzitter:

Eén patiënt betekent vijftien ligdagen.

De heer Hijink (SP):

We concentreren ons nu natuurlijk heel erg op de ziekenhuiszorg — dat is vanuit uw positie ook logisch — maar we krijgen ook signalen over de enorm groeiende en enorm hoge druk die er is op de huisartsenzorg, de gehandicaptenzorg, de thuiszorg en de verpleeghuiszorg. Mijn vraag luidt: is in cijfers weer te geven hoeveel patiënten nu bijvoorbeeld via de wijkverpleging of via de huisarts zorg krijgen die eerder in het ziekenhuis werd verleend? En is er ook iets te zeggen over het aantal patiënten dat eerder misschien nog in het ziekenhuis of op de ic terecht zou komen, maar over wie nu eigenlijk in een eerder stadium wordt besloten om helemaal niet meer naar het ziekenhuis te gaan? Ik zag dat van de week op tv. Dat is natuurlijk best wel heftig, maar ik denk dat dat gebeurt. Ik vraag me af of daar cijfers van zijn en bij welke aantallen patiënten, bij welke percentages, deze afweging wordt gemaakt, ook ten opzichte van eerdere golven die we hebben gezien.

De heer Kuipers:

Dank. Allereerst, dat is een hele belangrijke toevoeging. Ik wil dat dus graag nog een keer herhalen. Ik liet net de voorbeelden ook al zien. Als we iets laten zien van ziekenhuisgetallen, dan is dat al snel om twee redenen. Ten eerste, de getallen zijn exact. Ik kan zeggen: er liggen exact 563 patiënten op de ic. Naar aanleiding daarvan kun je dus ook je sommetjes maken, zoals ik daarnet al heb laten zien. We moeten ons goed realiseren dat ziekenhuispatiënten echt maar het topje van de ijsberg zijn. De grootste bulk zit allereerst bij de huisarts. Er zit heel veel bij de wijkzorg, er zit heel veel in de verpleeg- en verzorgingstehuizen. Dus het is echt maar het topje. Daarom liet ik ook even de voorbeelden zien van wat er op al die plekken allemaal gebeurt aan maatregelen.

En nou de concrete vraag: hoeveel patiënten worden er dan eigenlijk thuis verzorgd die anders in het ziekenhuis gekomen waren? Dat gaat om hele grote aantallen. Het exacte aantal heb ik niet. Bij sommige ziekenhuizen worden die patiënten vanuit het ziekenhuis op afstand gevolgd en thuis gemonitord. Dan weet ik het exacte aantal, omdat de ziekenhuizen dat opgeven. Maar op heel veel plekken wordt het gewoon gemonitord door de wijkzorg en de huisarts, en dan weet ik het exacte aantal niet. Maar u kunt rustig van mij aannemen dat van de 2.200 patiënten in de kliniek op 29 november, minimaal een derde in zo'n situatie thuis ligt. Het gaat dus ten minste om 700 à 750 patiënten. Ik denk dat dat een sterke onderschatting is. Dat weet ik uit de eerdere cijfers. Ik weet het ook uit de ziekenhuizen die dat thuis monitoren. Voor veel ziekenhuizen is het aantal patiënten dat ze thuis monitoren van dezelfde orde als het aantal patiënten dat ze op een ziekenhuisbed hebben liggen. Dan doe ik maar een heel voorzichtige schatting.

Mevrouw Van Esch (PvdD):

Dank weer aan de heer Kuipers voor zijn presentatie. Ik wil nog doorgaan op de kritiek planbare zorg. Een kwart van de ziekenhuizen geeft nu aan die niet te kunnen leveren.

De **voorzitter**:

Ik schors één minuut voor de bel.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van Esch, gaat u verder. Mag ik alle aandacht weer? Gaat uw gang.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

We gingen natuurlijk weer door over cijfers hier, zoals we wel vaker doen. Die scenario's blijven ons uiteraard bezighouden. Ook ik heb nog een vraag. Ik ben benieuwd naar het volgende. Er wordt gezegd dat een kwart van de ziekenhuizen die kritieke zorg niet meer kan leveren. Dat is natuurlijk enorm zorgelijk als je weet dat dat enorme, permanente gezondheidsschade kan opleveren. Wordt er ook voor deze groep mensen gekeken naar een soort spreiding? Kunt u daar iets meer over vertellen? Misschien kan het ene ziekenhuis die zorg toch nog wel leveren in plaats van het andere ziekenhuis.

De heer **Kuipers**:

Dank. Dit is een ontzettend belangrijk punt. Dat zal het deze winter verder ook zijn. Het is dus relevant om dit te doen. Het eerste wat we doen, is dat we het aantal patiënten dat nu op de lijst staat om urgent geholpen te worden in de ziekenhuizen per regio vergelijken. Op basis daarvan verdelen we de covidzorg. Een ziekenhuis met een grotere wachtlijst voor de urgenten, kan misschien tijdelijk even wat ontlast worden voor de covidzorg naar rato. Dan heb je nog steeds veel patiënten, maar net iets minder dan een ander op basis van het aantal bedden. Dat is één. Het tweede is dat we landelijk kijken voor hele specifieke functies. Een goed voorbeeld is hartchirurgie. Er zijn per regio meestal maar een of twee centra die dat doen. Je moet echt op landelijk niveau kijken of je deze patiënten eventueel nog kunt verplaatsen. Binnen een regio worden covidpatiënten verplaatst om die urgente zorg door te kunnen laten gaan. Over regio's heen wordt er gekeken of we ook die andere patiënten eventueel kunnen verplaatsen. Dat is niet eenvoudig, maar dat gebeurt.

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

Dank aan meneer Kuipers voor de presentatie. Er komt toch langzamerhand weer medicatie die goedgekeurd wordt, in ieder geval in Amerika. Ik begrijp dat het zowel gaat om medicatiepillen, die je thuis zou kunnen innemen, als om medicatie per infuus, die de ic-tijd sterk kan verkorten. Er zijn ook griepremmers. Ik vroeg me af of meneer Kuipers daar wat meer over kan vertellen. Wat zijn de effecten daarvan? Zijn er voldoende aanwezig?

De heer **Kuipers**:

Ja, er is een continue dynamiek. Die is vanwege de tijd alleen niet te zien. Maar de behandeling verandert. De preventieve maatregelen en de mogelijkheden met medicatie veranderen ook. Dat betreft bijvoorbeeld nieuwe virusremmers. We hebben in het nieuws iets gezien over virusremmers, die je dan weliswaar heel vroeg na het krijgen van symptomen al moet geven en nemen. Het is een uitdaging om dat vroeg te doen. Dat is één. Een andere mogelijkheid die eraan komt, en die zeer hoopvol lijkt, is het toedienen van zeer langdurig aanwezige afweerstoffen. Die kun je via een injectie toedienen. Die bleven in ieder geval in de eerste proeven ten minste twaalf maanden aanwezig. Ook die kun je dus, los van een booster, zeker gaan toedienen aan sommigen in zo'n groep heel kwetsbare mensen, waar we het net over gehad hebben.

Als je dus kijkt naar het plaatje van hoe het er straks in de toekomst uit ziet: het blijft een beetje speculeren over deze dingen in het geval van een nieuwe ziekte. Maar in de toekomst kun je dus het volgende zeggen. Op een gegeven moment heeft iedereen enige immuniteit. De meest kwetsbaren ga je jaarlijks in het najaar boosteren, net als voor influenza. Voor sommige mensen moet je nog iets additioneels doen. Ook binnen het ziekenhuis weten we het met medicatie steeds meer te verschuiven, zodat mensen ten minste wegblijven bij het ziekenhuis of de ic. De vorige keer heb ik dat in slecht Nederlands "downgraden" genoemd.

De heer **Paternotte** (D66):

Als u mevrouw De Vries voor kunt laten gaan, dan kan ik even checken of mijn vraag niet net al gesteld is.

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

Ik heb nog een vraag over sheet 9. Daarbij zei de heer Kuipers: dit punt over de kritiek planbare zorg spoort niet helemaal met de besmettingen. Ik vroeg me af in hoeverre daar bij de spreiding dan rekening mee wordt gehouden. Want het is best wel lastig uit te leggen dat je zegt: er zijn lage besmettingsaantallen, en toch moet je heel veel kritiek planbare zorg afschalen, meer dan in andere regio's. Dat zou dus ook gezondheidsschade kunnen betekenen.

De heer **Kuipers**:

Het antwoord is: daar wordt in sterke mate rekening mee gehouden. U zag dat ook heel mooi in die lijntjes van de spreidingscurve. Ik kreeg daarover de vraag of dat ook in een ander schema kan. U zag dat we in de afgelopen winter continu voor alle regio's tussen de 90 en de 110 zaten, en dat we daar nu iets verder van weg zitten. Ik benoemde het lijntje dat daar heel erg boven zit. Maar er zitten ook lijntjes duidelijk daaronder. Dat heeft precies te maken met dit punt, namelijk dat je probeert om ze wat te ontzien. Ben ik te cryptisch?

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

Nou nee, maar hoe kan het dan dat er in één regio 0% kritiek planbare zorg wordt afgeschaald, terwijl er ook een regio is waarin 67% van de kritiek planbare zorg wordt afgeschaald?

De heer **Kuipers**:

Even kijken. U ziet dat er sprake is van 0% in de Euregio, de regio Twente. Dat zijn drie ziekenhuizen. Die doen hun fair share volledig. Die zitten dus echt in het midden ten aanzien van de covidzorg en zijn toch nog in staat om hun kritiek planbare zorg te leveren. Dat kan ook voor een deel komen door de omvang van de kritiek planbare zorg. Heb je hier dus 0%? Ja. Maar heb je de mogelijkheid om daar heel veel extra covidpatiënten naartoe te brengen? Nee. Het is een aparte regio, maar het aantal ziekenhuisbedden dat ze daar hebben, ten opzichte van het totaal in Nederland, is ruim 3%.

De heer **Paternotte** (D66):

Ik krijg best vaak signalen vanuit de zorg dat de ligduur nogal verschilt tussen gevaccineerde en ongevaccineerde patiënten. Artsen zeggen dat gevaccineerde patiënten met name korter liggen, zowel op de verpleegafdeling als op de intensive care. Is daar inzicht in? Zijn daar cijfers van? Hoe speelt dat in op de verhouding tussen ongevaccineerd en gevaccineerd op de intensive care?

De heer **Kuipers**:

Ik heb de figuurtjes alleen voor ziekenhuisopnames laten zien. Als je dat zou bekijken naar rato van ligduur of bijvoorbeeld ic-opname — laten we dat laatste maar even doen — dan is die nog veel schever. Op de ic is het niet fiftyfifty. Daar komt 75% van de opnames uit de een achtste die niet is gevaccineerd. 25% komt uit de zeven achtste die wel is gevaccineerd. Dat vertaalt zich enorm in de ligduur. Zoals u weet is de ligduur op een ic gemiddeld zestien à zeventien dagen. Dan komt daarna nog de klinische ligduur. Als je de ligduur bekijkt, dan is het verschil dus nog veel groter.

De heer **Paternotte** (D66):

Zijn er ook cijfers van dat verschil?

De heer **Kuipers**:

Die zijn er ongetwijfeld, maar die durf ik niet uit mijn hoofd te geven. Ik kan dus niet zeggen hoelang een gevaccineerde op de ic of in de kliniek ligt en hoelang een ongevaccineerde daar ligt. Maar ik kan wel zeggen: zelfs als iemand in het ziekenhuis komt, is de gevaccineerde naar verhouding minder ziek dan de ongevaccineerde.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik heb een vraag naar aanleiding van sheet 4.

De heer **Kuipers**:

Moet ik die er even bij pakken?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, dat is wel fijn. Dan kunnen we even meekijken. Ik begrijp van de heer Kuipers dat 1.120 ic-bedden een soort breekpunt is. Dan is de vraag: wie help ik, de voor zijn leven vechtende covidpatiënt of de hartpatiënt? Ik begrijp van de heer Kuipers dat dat punt bij 1.120 ligt. Dat zie ik ook op de website. Ik zie al dat er nee wordt geschud, maar laat ik mijn vraag even afmaken. Op dit moment zijn 1.022 van de 1.119 intensivacarebedden bezet. Dan zijn er dus nog 97 over. Ik zou van de heer Kuipers graag wat meer willen horen over het volgende. Het omslaan van die amplitude lijkt nog ver weg. Mijn vraag is: als dit zo doorzet, dan lijkt het erop dat de stijging door gaat zetten tot voorbij die 1.120. Wat dan te doen? Dat is mijn zorg.

De heer **Kuipers**:

Dat omslaan van die amplitude lijkt nog ver weg. In vergelijking met de eerdere curves gaat het maar heel langzaam. We blijven per week nog steeds een behoorlijke percentuele stijging zien. Je kunt niet zeggen: aan de hand van alle ervaringen uit het verleden zijn exacte voorspellingen te doen over hoe het in de toekomst gaat. Maar het feit dat de besmettingen nu alleen stabiliseren, pas net in de afgelopen dagen, betekent dat het ten minste relevant is om echt nog met een substantiële verdere stijging rekening te houden. Vandaar ook de drie scenario's die ik gaf. In alle drie de scenario's stijgt de ic-bezetting dus ook automatisch, soms tot behoorlijke hoogte. Het is niet zo dat het stopt bij een totale bezetting op de ic van 1.120. Ik heb het hier niet laten zien, maar ik zou die plaatjes van de afgelopen periode kunnen laten zien. Als u kijkt in de tijd, dan ziet u dat de beschikbare ic-capaciteit stijgt als de coviddruk toeneemt. Die zal verder doorstijgen, ook tot boven die 1.120. Maar dan verdunnen we het personeel en zetten we het op een andere manier in.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Wanneer komt dan het breekpunt? U zei daarstraks dat bij 1.700 bedden het breekpunt al ver voorbij is. Wanneer komt het moment dat u moet kiezen tussen een covidpatiënt en een non-covidpatiënt voor een bed op de ic?

De heer **Kuipers**:

Die keuze maken we gek genoeg nu al. Het breekpunt waarop je, puur wat betreft de beschikbare apparatuur, echt geen beademingsapparaat en bed meer hebt, is bij een totaal aantal van 1.700 bedden. Dat is wat we aan apparatuur en bedden hebben. Als we dat zouden willen inrichten, dan moeten we ontzettend veel personeel overal vandaan halen. Ook het niet beschikbare ic-personeel moet dan sterk verdund worden. De keuze tussen een covidpatiënt opvangen versus een bed gebruiken voor een patiënt die geopereerd wordt aan het hart, maak je nu al. Als je zo'n hartoperatie doet, heb je de totale capaciteit nodig. Je hebt de ok nodig. Je hebt 24 uur een ic nodig. Je hebt een klinisch bed nodig. Je hebt de zorg daarna in de keten nodig. Die keten loopt in zijn geheel vast. Daarmee zitten we nu niet in wat iedereen telkens maar "code zwart" noemt, in de zin van: er komt een acute patiënt binnen en die kunnen we nergens in Nederland meer opvangen. Alleen we zitten wel al langere tijd in wat ik maar een "grijs gebied" heb genoemd. Daarbij schuif je zorg voor je uit in de hoop dat je die straks alsnog binnen die zes weken weer kunt plannen. Maar de ic-capaciteit rek je mee op naar rato van de behoefte die er is. Acute patiënten vangen we op. Bij een deel van die ok's gebeurt het ook. Je rekt op.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Heeft u een aantal vragen met ons afgesproken, voorzitter?

De **voorzitter**:

Ja, ik begon met één per ronde.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Eén per ronde, oké. Dan hou ik hiermee op.

De **voorzitter**:

Ja, heel fijn, dank u wel. Mevrouw Bikker van de ChristenUnie.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dank opnieuw voor de presentatie. We zitten in fase 2d, zei u. Dat betekent al een heel grijs gebied. Ik denk dat er een versnelling is geweest, omdat de afspraken met Duitsland op dit moment minder makkelijk geëffectueerd konden worden. Mijn vraag ziet niet zozeer op de patiënten, maar op het personeel. Juist in dat grijze gebied zal het, lijkt me, ook voor het personeel heel heftig zijn dat ze patiënten die ze normaal beter zouden kunnen helpen of eerder zouden kunnen ondersteunen, nu langer zien lijden. Je hoopt dat je nog genezing kan bieden of dat je daarin in ieder geval aanwezig kan zijn. Hoe zal ik het formuleren? Het lijkt me dat ook het elastiek voor personeel om het vol te houden op een gegeven moment steeds strakker komt te staan. Hoe wordt daarvoor gezorgd, juist nu dit al langer duurt? Gebeurt dat voldoende of zijn daar nog dingen denkbaar die behulpzaam kunnen zijn, omdat de zwaarte van het vak toeneemt?

De heer **Kuipers**:

Dank u wel. Dat is echt een heel belangrijk punt. Dan kom ik weer even terug op een vraag die volgens mij de heer Hijink net ook stelde over het focussen op de

ziekenhuizen. Wij realiseren ons in dit geval bijvoorbeeld ook de dagelijkse worsteling van huisartsen om patiënten ergens kwijt te kunnen, ergens een goede plek te kunnen bieden. Dat is heel vaak niet een ziekenhuis. Dat kan ook een heel andere plek zijn. Maar dan loopt het vast. Of neem een wijkverpleegkundige die moet kiezen: welke werkzaamheden doe ik nu wel en welke niet? Kijk naar de presentaties en de beelden vanuit de wijkverpleging. Sommigen onderscheiden drie categorieën. Er is een categorie die echt door moet gaan, bijvoorbeeld terminale zorg en palliatieve zorg. Er is een deel dat met ondersteuning relevant is. En er is een deel dat voor een stukje ook wel door een mantelzorger voor enige tijd kan worden overgenomen. Dat laatste deel is er dan al helemaal uit. Bij de andere delen moeten ze keuzes maken. Dat is echt een enorme worsteling. Dat betekent dat er overal binnen organisaties en in regio's veel aandacht is hiervoor, in alle verschillende vormen. Ik noemde even zo tussendoor dat er in regio's ook al tussen verpleegkundigen in alle geledingen overleg is om de beelden met elkaar te delen en daarmee begrip voor elkaar te hebben. Waar is het spannend en welke oplossingen zijn er? We merken dat alleen al dat soort overleg heel erg bijdraagt aan het zo lang mogelijk gezamenlijk volhouden.

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

Ik wil even terugkomen op de vorige keer dat u hier te gast was. Toen zei u in reactie op een vraag van de heer Van Haga — ik citeer even kort uit het transcript — "u noemt de vaccinatiegraad van 87%, maar in de ziekenhuizen, in de klinieken en op de ic is het precies omgekeerd; daar is meer dan 80% niet gevaccineerd". Op aandringen van de heer Omtzigt en ons kregen we een paar uur later het rapport van het RIVM, waarin een totaal andere verhouding stond, namelijk 45%-55%. Nu is het ongeveer fiftyfifty. Mijn vraag is: hoe kan dat?

De heer **Kuipers**:

Dat kan, om te beginnen, omdat we twee verschillende bronnen gebruiken. Het RIVM gebruikt Stichting NICE als bron en ik gebruik, ook nu, de gegevens van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose. Ondertussen liggen die gegevens heel dicht bij elkaar. De heer Van Dissel noemde de vorige keer: 45%-55%. Ik liet hier zien: 49%-51%. Dat zit vlak bij elkaar.

De **voorzitter**:

Nee, dat was uw vraag. Sorry. Mevrouw Den Haan, gaat uw gang.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Ik heb ook heel veel vragen, maar ik wil het even toespitsen op de ic-bedden. Ik zie heel veel voorbeelden van maatregelen die zijn genomen in de hele zorgketen. Dat is echt indrukwekkend. Ik sprak de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. Zij zeiden: wij hebben ook bedden op de Post Anesthesia Care Unit. Daar zijn er maar 100 van en daar geldt ook geen verzekeringstarief voor, dus de ziekenhuizen betalen die zelf. Zij zeggen dat ze die kunnen opschalen naar 350 à 450. Ze zouden de kritiek planbare zorg kunnen inzetten, waarmee de druk op de ic met 30% à 35% daalt. Klopt dat? En zo ja, kan dat dan versneld ingezet worden?

De heer **Kuipers**:

Die PACU-bedden, zoals we ze noemen, zijn in feite een soort ic-bedden. We tellen ze niet mee in het overzicht, maar het zijn ic-bedden als je kijkt naar alle apparatuur, het niveau van bewaking et cetera. Alleen, ze zijn meestal direct gelieerd aan de ok. Daar worden patiënten opgevangen. Veelal worden ze eerst gestabiliseerd voor een aantal

uren, waarna bepaald wordt of ze 's nachts blijvend intensieve bewaking nodig hebben of dat ze alsnog naar een regulier klinisch bed kunnen. Maar dat kun je ook gedurende de hele nacht doen. Dat gebeurde voor covid standaard op allerlei plekken. Als de ic vol ligt, laat je de patiënt de hele nacht op de PACU. Het is feitelijk een ic-bed, maar op een andere locatie. Dat gebeurt nu ook weer op veel plekken. Als je dat aanzienlijk wilt uitbreiden, dan vraagt dat om precies hetzelfde personeel, dus qua personeel maakt het niks uit. De financiering is op dit moment helemaal geen issue. Er is geen ziekenhuis dat zegt: ik gebruik mijn PACU-bedden niet, want ik heb daar geen financiering voor. Dus ja, ze zijn er en ze worden gebruikt. Maar als je ze aanzienlijk wilt uitbreiden, heb je precies hetzelfde personeel nodig dat je ergens anders neerzet.

De voorzitter:

We zijn eigenlijk door onze tijd heen, maar als er nog een of twee laatste dringende vragen zijn, dan geef ik daar nu nog gelegenheid voor.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik heb een hele korte vraag. Meneer Kuipers noemde de doorstroom. Ik begrijp dat er nu heel veel mensen in het ziekenhuis liggen omdat er geen zorghotel beschikbaar is. Klopt dat? Kan hij daar wat over vertellen?

De heer Kuipers:

Ja, dat klopt. Ik liet in een van die bullets al zien wat er nu gebeurt. Aan de ene kant wordt ervoor gezorgd dat het eerstelijnsverblijf, elv, en de geriatrische revalidatiezorg, GRZ, minder gebruikt worden. Als je minder aan orthopedische chirurgie doet, zeker bij de geriatrische groep, dan heb je minder revalidatiebedden nodig. Die kun je vervolgens inzetten voor deze doorstroom. Dat is wat er gebeurt. Dat was ook het ongelukkige aan de berichtgeving van afgelopen week van de zelfstandige behandelklinieken. Op het moment dat je overal in de regio de U4- en U5-zorg zo veel mogelijk afschaalt, dan zeggen de zelfstandige behandelklinieken: dan kunnen wij wel heel veel van die geriatrische orthopedische chirurgie doen. Maar dan vullen ze alsnog die bedden, dus dat helpt niet. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft in een aanwijzing gezegd dat dat niet de oplossing is. We willen deze bedden dus op een andere manier vrijmaken. Daarnaast, zoals ik in een van de bullets liet zien, kijken de spoeddoorstroomteams in de regio's naar versnelde doorstroom vanuit het ziekenhuis naar zo'n plek, in plaats van het normale traject van langdurige beoordeling. Dat helpt.

De heer Hijink (SP):

Ik had nog een hele concrete vraag over de mensen die u noemde, die een kritieke operatie nodig hebben die nu wordt afgezegd. Die operatie moet binnen zes weken plaatsvinden maar die mensen worden nu steeds afgebeld omdat een acute patiënt voorgaat. Wat is nou het perspectief voor die mensen, die soms nu al weken aan het wachten zijn en die mogelijk nog weken moeten wachten? Wat is hun perspectief? Zullen zij binnen nu en een paar weken ergens terecht kunnen? Of kan dat niet toegezegd worden?

De heer Kuipers:

Het is natuurlijk voor iedere individuele kliniek en ieder individueel ziekenhuis anders. Als u mij vraagt om generiek te zeggen dat het voor al deze patiënten toegezegd kan worden, is het antwoord helaas nee. Dat betreft dat grijze gebied en die keuzes die ik zonet al benoemde. Dat heeft te maken met de aantallen patiënten die we er nu bij krijgen plus hun lange ligduur. De capaciteit die daarvoor nodig is, zelfs met alle

opschalingen en slimme maatregelen, dusdanig dat dit ondertussen de consequentie is.

De heer **Hijink** (SP):

Om welke aantallen en percentages gaat het dan? Of is dat niet te zeggen?

De heer **Kuipers**:

Ik kan de aantallen van individuele ziekenhuizen noemen, maar dit is echt wat er nu per regio en dus ook per ziekenhuis duidelijk is en wat er dus onderling wordt vergeleken. Dat gaat soms om een enkele patiënt maar soms ook om substantiële aantallen.

De **voorzitter**:

De heer Azarkan. En mevrouw Agema, wilde u nu nog een vraag stellen? Nee, zie ik.

De heer **Azarkan** (DENK):

In maart 2020 wisten veel artsen natuurlijk niet wat er op hen afkwam, net zoals heel Nederland dat niet wist. Toen is er enorm veel werk gestoken in het uitwisselen van kennis en informatie over het zo kort mogelijk houden van de behandeling. De aanname was namelijk dat mensen er 10 tot 12 dagen zouden liggen. Het bleek in de praktijk 21 dagen te zijn, dus dat was een enorm probleem. Verwacht de heer Kuipers nog winst als het gaat om hoe we het kunnen behandelen? Verwachten we daar nog winst?

De heer **Kuipers**:

Dit sluit aan bij de vraag die ik net al kreeg. Er zit nog steeds voortgang in. Er wordt al iets gezegd over nieuwe medicamenten, nog betere predicties en nieuwe kennis. We hebben in de afgelopen periode bijvoorbeeld plotseling iets gezien aan nieuwe kennis over de impact die een covidinfectie heeft bij zwangeren, hoewel dat niet ging over een betere behandeling. Dat is maar één voorbeeldje, dat even in het nieuws geweest, maar zo gebeurt er dus heel veel zonder dat het allemaal in het nieuws komt. Ik had het zonet even over een aantal medicamenten die er al zijn en andere die al in de pijplijn zitten. Die gaan echt helpen. Dat beeld verandert nog steeds. We zitten niet in een steady state. Natuurlijk is iedereen op dit moment heel somber: goh, deze winter hadden we dit niet meer verwacht. Dat klopt. Gaan we dat nou straks iedere winter krijgen? Nee, dat gaat echt nog veranderen. We zitten nog niet in een steady state. Ik heb de situatie in het verleden weleens vergeleken met een stuiterbal. Als je die laat vallen, komt hij eerst omhoog maar stuiter hij daarna nog een hele tijd door. We zijn nog niet uitgetrild, en dat heeft ook met die innovatie te maken.

De **voorzitter**:

Oké. Meneer Van Houwelingen? Had u nog een laatste vraag of is die nu niet meer nodig?

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

Ja, als het nog mag.

De **voorzitter**:

Kort.

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

Heel kort, heel kort. U zegt dat er twee verschillende databronnen zijn, maar hoe kan het verschil dan zo enorm groot zijn tussen die twee?

De heer **Kuipers**:

O, dat kan te maken hebben met het tijdsframe. We hebben gezien dat het percentage gevaccineerde patiënten dat in de ziekenhuizen komt in de loop van de afgelopen twee maanden sterk veranderd is. Ik heb u vorige keer ook de data laten zien, bijvoorbeeld uit de studie uit Israël. Daar zag men dat naar gelang de periode sinds vaccinatie toenam, de kans om als gevaccineerde alsnog zo ziek te worden dat je in het ziekenhuis kwam, sterk toenam. Dat gold eens te meer bij kwetsbare mensen. Dat zag je in Israël enkel en alleen bij de 60-plussers. Als je dus in de tijd kijkt, was begin september 20% van de opnames gevaccineerd en nu 51%. Dat verandert. En dat is reden te meer om te kijken naar een zo vlot mogelijke boostering, in de hoop dat dat hier een sterke impact op heeft. Dit betekent ook alvast een predictie vooruit: hou er maar rekening mee dat we straks iedere keer een seizoensgebonden boostering krijgen. Je kunt dat nog niet met zekerheid voorspellen, maar het is verstandig om er rekening mee te houden.

Voorzitter: Pouw-Verweij

De **voorzitter**:

Dan neem ik het voorzitterschap even over, om mevrouw Kuiken een vraag te laten stellen.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Ja, want er zit me toch iets dwars. Ik leg het maar gewoon even op tafel. Gisteren zei het RIVM dat de piek begint af te zwakken. De kranten namen het vanochtend ook allemaal lustig over, de NOS nam het over. Ik snap hoe het allemaal werkt. We hebben allemaal behoefte aan hoop en perspectief. Maar waar ik nu een beetje bang voor ben, is dat iedereen denkt: we zijn er al. Terwijl, als ik het verhaal zo hoor, ik denk: nou, we zijn er nog lang niet. Hoe duidt u zelf die duiding van het RIVM? Wat betekent die? Mogen we al een beetje ademen of weten we gewoon nog te weinig? Ik weet dat dit een vrij politiek ingekleurde vraag is, maar ik maak me er gewoon zorgen over, omdat communicatie ook de helft is van het werk dat we hier doen.

De heer **Kuipers**:

Hier kunnen we het goed zien. We zitten nu op een aantal patiënten dat zo hoog is als de hoogste piek van de afgelopen winter. Het was een lange winter. We zitten nu nog maar aan het begin van de winter. Het is 1 december en het zijn nu al deze aantallen. Het grote verschil ten opzichte van de vorige winter is weliswaar aan de ene kant de vaccinatie, maar aan de andere kant is wat ik maar steeds de hypotheek op de reguliere zorg noem, veel groter. Een winter geleden rond deze tijd moest de U3-zorg niet zo uitgesteld worden in alle ziekenhuizen. Op de vraag om hoeveel het gaat, kon ik toen makkelijk zeggen: in ieder ziekenhuis op dit moment nul. Dat is nu echt anders. Daarom zijn we er gewoon écht nog niet. De ziekenhuizen moeten er echt rekening mee houden dat het nog behoorlijk doorstijgt. Als het anders is, fantastisch, maar het moet aanzienlijk naar beneden, zodanig dat we de zorg voor al die patiënten, ook diegenen op een wachtlijst, weer regulier kunnen doen. Dan hoop je dat je op een gegeven moment naar een situatie gaat waarin de immuniteit bij de grote delen van de bevolking, hetzij omdat ze het een keer doorgemaakt hebben, hetzij om dat ze gevaccineerd zijn en geboosterd zijn, als ze kwetsbaar zijn, anders is. Dan kom je pas in een rustiger situatie. Ik liet bewust zien dat afvlakking van de besmettingen wat dat betreft een eerste lichtpuntje is. Het feit dat naar verhouding in de ziekenhuizen de bezetting op de ic iets minder is dan eerder, is een lichtpuntje. Maar niet meer dan dat. Het moet echt nog naar beneden. Dat laat deze curve wel zien. Als je hiernaar kijkt, dan zien we nog niet wat er bij de eerdere

golven gebeurde. Als het de komende dagen gebeurt, fantastisch. Dan laat ik hier de volgende keer bij u zien dat we na de laatste briefing een enorme verandering hebben gehad. Maar net als u kan ik niet met vertrouwen daar nu op rekenen. Dus is het verstandig om te zeggen dat we nog verder moeten opschalen en nog moeten blijven spreiden et cetera. We zijn er echt nog niet. Als we nu alles zouden loslaten, ja dan ...

Voorzitter: Kuiken

De voorzitter:

Heel hartelijk dank. Daarmee wil ik uw blok beëindigen. Ik dank u weer voor uw tijd en de kennis die u met ons heeft gedeeld. Ik wens u en uw medewerkers in het ziekenhuis heel veel sterkte toe. Ik ga door naar de volgende ronde. Ik heb iets meer tijd genomen, omdat ik dacht dat dit belangrijk was. Ik schors drie minuten. Dan gaan we door met de heer Van Dissel, om 10.40 uur.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Blok 2

Gesprek met:

- de heer Van Dissel, directeur Centrum voor Infectieziektebestrijding, RIVM

De voorzitter:

Hartelijk welkom terug, ook voor de mensen die dit thuis online volgen. Ik heet de heer Van Dissel weer van harte welkom in dit huis. Ook voor hem geldt dat we elkaar misschien iets vaker zien dan we hadden gehoopt in dit stadium, maar dat ik heel blij ben dat hij er weer is. Er druppelen nog wat collega's binnen, maar ook medewerkers thuis volgen dit, dus ik wil toch gaan starten. Ik geef heel graag het woord aan de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Er zitten meer dia's bij dan we gaan behandelen, maar dat zal hij zo meteen zelf toelichten. Gaat uw gang, meneer van Dissel.

De heer Van Dissel:

Dank u wel. Ik wil een update geven en verder wat zeggen over een aantal dingen die de vorige keer zijn gevraagd: iets over de basisregels, iets over omikron en natuurlijk iets over de modellering. Daarnaast kwamen er nog een heleboel andere vragen binnen. Ik heb daar een heleboel slides over toegevoegd, maar ik wil die hier niet allemaal behandelen, tenzij de vraag nogmaals wordt gesteld, want anders wordt het echt te veel.

Ik ga u eerst een korte update geven van waar we nu staan.

De voorzitter:

Dat gaat niet helemaal goed. Ik kijk wederom naar de techniek; we schorsen tien seconden.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

We gaan weer verder. Gaat uw gang.

De heer **Van Dissel**:

Ik begin zoals altijd met het herhalen van wat belangrijk is en blijft, wat we ook doen: de vijf hoofdregels die we toch nog een keer benadrukken. Ik kom hier straks op terug bij een bespreking van het effect van de basisregels, omdat we die opnieuw in de deltasituatie voor u berekend hebben.

De volgende slide toont opnieuw het overzicht van de ziektepiramide, met daaraan toegevoegd de thuisbegeleiding, die natuurlijk plaatsvindt bij een aantal personen. We zien een heel grote groep die gelukkig weinig ziek wordt, een groep die ernstiger ziek wordt, ook thuis. Een deel wordt thuis behandeld en 1% à 2% in totaal gaat naar het ziekenhuis. Daarvan is de verhouding ziekenhuis-ic ongeveer 1 staat tot 5, dus ongeveer 20%.

Dan de situatie nu. Aan de linkerzijde van de slide ziet u de meldingen die bij ons binnenkomen, aan de rechterzijde de toename in ziekenhuisopnames, waaronder ook de ic-opnames. De percentages veranderingen staan er ook bij genoemd. Als we de laatste zeven dagen bekijken — voor de duidelijkheid, dat is tot gisteren tussen de middag, want toen zijn alle slides die u gaat zien, geüpdatet — ziet u dat de meldingen 1% zijn toegenomen. Zoals u zich kunt herinneren, was dit eerder tegen de 45% tot 50%. Zoals collega Ernst Kuipers net al uitdrukte, betekent dit dat er een lichtpuntje is, in de zin dat er een stabilisering is. Maar ik wil daarbij benadrukken dat vanuit onze optiek die stabilisering op een veel te hoog niveau is. We kunnen dit niet volhouden. Het aantal moet omlaag; dat dus toegevoegd. Het lichtpuntje is natuurlijk dat we in eerdere weken zagen dat het per week 50% steeg, passende bij een R-waarde van ongeveer 1,25, namelijk 25% per 3,5 à 4 dagen, dus ongeveer 50% per week. U ziet dat dat in ieder geval is afgevlakt. Maar ik wil benadrukken dat het is afgevlakt op een wat ons betreft veel te hoog niveau. Omdat de ziekenhuizen en ic-opnames altijd wat achterlopen, leidt dat hoge niveau ertoe dat we daar nog een forse belasting kunnen verwachten.

U ziet dat in de ziekenhuizen qua bezetting ...

De **voorzitter**:

Excuus, er is een interruptie. Een technische vraag?

De heer **Hijink** (SP):

Ja, een technische vraag. In hoeverre hangt de stabilisering samen met het bereiken van de testcapaciteit? Zou het niet zo kunnen zijn dat het aantal nieuwe besmettingen niet meer stijgt omdat we niet meer kunnen testen?

De heer **Van Dissel**:

Dat is natuurlijk een belangrijke vraag. Wat je dan zou verwachten, is dat het percentage positief steeds verder oploopt. Het tweede is dat we qua testcapaciteit nog steeds meer aankunnen dan we doen. Dus we zitten nog niet aan de totale top. Wat we natuurlijk niet weten — wat dat betreft is uw vraag zeer welkom — is hoeveel personen thuis zelftesten doen. We zien dat pakweg 9% à 10% van de testen — u ziet dat dat er 670.000 zijn geweest — een bevestiging van een positieve zelftest thuis is. Het is op zich gunstig dat men dat inderdaad kon bevestigen. Maar wat we natuurlijk niet weten, is het aantal negatieve zelftesten thuis. Dat maakt — uw punt is wat dat betreft volkomen terecht — dat de interpretatie van de meldingen veel complexer is dan pakweg een jaar terug, toen dat nog meer een-op-een was. Die meldingen zijn nu deels personen die met klachten naar de GGD gaan, deels personen met al of niet klachten die een positieve zelftest

hebben. Kortom, het is een mix geworden.

Tegelijkertijd verwachten we bijvoorbeeld ook een groter aandeel van jongeren — ik zal dit straks laten zien — want met name de heel jonge groep test meer. En dat is natuurlijk ook een groep die juist minder drukt op de ziekenhuizen. Het is dus een heel dynamische situatie, maar desalniettemin zien we het ruim een week plateau'en en dat is natuurlijk altijd beter dan dat het een week doorstijgt; laten we het daarover eens zijn.

De voorzitter:

De heer Paternotte nog even met een technisch vraag.

De heer Paternotte (D66):

Ja, een technische vraag. De heer Van Dissel noemt het percentage positief als iets gunstigs, geloof ik. De vraag is dan hoe zich dat precies verhoudt tot de vraag van de heer Hijink, ook in relatie tot het feit dat kinderen nu natuurlijk veel vaker moeten testen vanwege het snottebellenprotocol

De heer Van Dissel:

Dat was ik eigenlijk net aan het toelichten, dacht ik. We zien dat er meer kinderen komen, omdat juist daar de verruiming is van het getest worden. Zij zullen dus relatief gezien meer gaan bijdragen. Vandaar dat er een dynamiek zit in de invulling van de positieve testen. Dat is wat ik wilde zeggen en wat u waarschijnlijk bedoelde. Het heeft dus een andere betekenis dan wanneer je dezelfde testen een halfjaar of een jaar geleden had gedaan, want toen was die relatie, ook met opnames, veel directer. Als er nu relatief meer kinderen in zitten, dan verwacht je dat dat relatief bijdraagt aan de testen, want daar is het percentage positief relatief hoog, terwijl de opnames uit die groep natuurlijk minder zijn. Dat zal ik u zo ook laten zien. De vertaling van meldingen naar opnames en naar ic-opnames is dus een andere dan we eerder hadden.

De heer Paternotte (D66):

Ik bedoelde het iets anders. De heer Hijink zei dat de testcapaciteit aan zijn limiet zit en vroeg zich af in hoeverre het dus iets zegt dat het aantal positieve testen stabiliseert. Ik hoor de heer Van Dissel zeggen dat het percentage positief zou moeten stijgen als je toch nog wel degelijk een stijging ziet, ook al is die gelimiteerd door de testcapaciteit. Mijn vraag is als volgt. Als je alle kinderen met snottebellen test, zitten daar heel veel negatieve testen tussen, want zo ongeveer alle kinderen in de kleuterleeftijd hebben snottebellen, weet ik uit eigen ervaring. Dus wat zegt dat percentage positief dan, als je op die manier zo veel nieuwe populatie erin gooit?

De heer Van Dissel:

Nee, daar heeft u gelijk in. Maar het is natuurlijk nog maar heel kort dat we de snottebellen weer doen.

Mevrouw Agema (PVV):

Een heel kort puntje. Op de QR-codes bij zelftesten zit geen backoffice. Is dat in de maak?

De voorzitter:

Dat lijkt me geen technische vraag.

Mevrouw Agema (PVV):

Jawel, het is wel een technische vraag, want de onzekerheden die de heer Van Dissel hier naar voren brengt, worden duidelijk als er een backoffice vastzit aan de QR-codes die op die zelftesten staan.

De voorzitter:

Het is geen technische vraag, maar volgens mij is de hamvraag bij zowel de heer Hijink, de heer Paternotte als mevrouw Agema, ook al omdat dit speelde in een e-mail: hebben we wel zicht op alle positieven? Want niet iedereen test omdat het lang duurt om een afspraak te maken en daarom vertrouwen heel veel mensen nu op zelftesten in plaats van op testen bij de GGD. Hebben we goed zicht daarop en zou in het verlengde daarvan meer monitoren van zelftesten behulpzaam zijn? Ik hoop dat ik het zo een beetje goed samenvat.

De heer Van Dissel:

Dan is het antwoord dat alles behulpzaam is. Het aantal zelftesten dat wordt uitgevoerd en negatief is, kennen we natuurlijk ook niet, terwijl dat toch ook een belangrijke parameter is. Ik gaf aan dat die meldingen niet dezelfde betekenis hebben als zij eerder hadden, dat het een mix betreft en de interpretatie dus complex is. Als er veel meer thuistesten zouden gebeuren, zou het percentage zelftesten dat bevestiging zoekt, waarschijnlijk ook toenemen. Er zitten dus allerlei verschillende interpretatiemogelijkheden in. Desalniettemin zien we dat het stabiliseert. De hamvraag is hoe dit zich gaat vertalen naar de ziekenhuisopnames en ic-opnames.

De voorzitter:

Ik stap even uit mijn rol en ga nog één poging doen. We horen van heel veel mensen dat zij er bij de GGD-lijnen niet doorheen komen om een afspraak te maken. Dus zeggen die dat ze aan de maximale capaciteit zitten. Is er dus niet een onderstroom van mensen die wel positief zijn, maar die zich niet officieel laten registreren als dusdanig bij de GGD?

De heer Van Dissel:

Natuurlijk. Dat kan. Dan weet je niet of die personen zelftesten doen. Ten slotte is het misschien ook belangrijk om je te realiseren dat we uit de gedragsunit informatie krijgen waarin staat dat maar ongeveer de helft zich laat testen. Ook dat is een onzekere factor die hierdoorheen speelt. We weten het dus gewoon niet zeker. Het enige wat we wel zeker weten, is dat dit het aantal positieve testen was en dat we zien dat dat afvlakt. De interpretatie daarvan is complex. Omdat er altijd een vertraging in zit, zullen we moeten afwachten of de ziekenhuisopnames ook gaan afvlakken.

De voorzitter:

Gaat u verder.

De heer Van Dissel:

Dan kom ik nu bij de ziekenhuisopnames. Als u naar de opnames kijkt — dus niet naar de bezetting, maar naar de opnames — ziet u dat die in de afgelopen week met ongeveer 2,5% zijn gestegen. Ook dat is minder dan het eerder was. Hoe zich dat verder gaat gedragen, zullen we zien. Het zou kunnen dat dat ook al enigszins in die richting gaat. Voor de ic's zien we dat niet. In de grafieken ziet u de bedbezetting. Daar speelt doorheen hoe lang men daar ligt. Voor het ziekenhuis is dat zeven à acht dagen. Voor de ic is dat een dag of zeventien. Dat gaat allemaal doorspelen in de manier waarop de cijfers nog gaan toenemen. Dat is het complexe verhaal van meldingen,

ziekenhuisopnames, ziekenhuisbezetting, ic-opnames en ic-bezetting.

Dan het beeld van de regio's. U ziet dat er belangrijke verschillen zijn tussen de regio's van in ieder geval een factor twee of drie. Het noorden van Nederland is relatief rustig en Limburg is druk. Al met al komen we op een gemiddelde incidentie van 866 per 100.000, met een spreiding tussen de 560 en ruim 1.300. De boodschap hieruit is dat het verspreid is over heel Nederland.

Dan de leeftijd. Je komt dan ook een beetje terug bij dat snottebellenprotocol, waardoor meer kinderen van 0 tot 12 zich zullen richten tot de teststraat of misschien zelftesten zullen doen. U ziet dat in de groep van 0 tot 12 het aantal het hoogst is. Dat komt tot meer dan 1.400. U ziet dan we in de groep van de jonge volwassenen een daling van het aantal meldingen hebben gezien. In de groep van ouders van kinderen is het relatief stabiel tot misschien een klein beetje toegenomen. Bij de groep boven de 50 ziet u een stabilisatie van het aantal positieve meldingen. De groep 50-plussers is de groep die het meest bijdraagt aan ziekenhuisopnames. Als je dat aantal ziet stabiliseren, lijkt dat dus opnieuw een lichtpuntje. Maar nogmaals, de getallen zijn nog veel te hoog, zowel qua regio als qua leeftijd.

Dan het epidemiologisch beeld naar vaccinatiestatus. Dat weten we niet van iedereen. Daar zit altijd een vertraging in. U ziet in de grafieken weergegeven dat dat grofweg 50 staat tot 50 is, met name rechtsonder. Dat is de laatste grafiek van het totaal die we van november hebben. U ziet dat er bij met name de jongere groepen minder volledig gevaccineerden tussen zitten. Dat zijn ongevaccineerden of deels gevaccineerden. In de hoogste groep ziet u dat dat relatief één op één wordt. Daarbij moet je natuurlijk bedenken dat die groep veel groter is. Daar kom ik zo op terug.

De heer **Azarkan** (DENK):

Nog even nog naar de regio's. Ik zie bij Limburg-Zuid 1.358 op 100.000 staan. Het lijkt of Midden- en West-Brabant daarboven zit. Misschien zie ik het verkeerd. Het is heel klein afgedrukt, hoor.

De heer **Van Dissel**:

Dat zou kunnen. Ik kan de sheet niet meer terugdraaien.

De **voorzitter**:

We kijken er zo even naar.

De heer **Van Dissel**:

Dat is goed. Het enige wat ik bedoelde met het feit dat er verschillen tussen de regio's zijn, is dat de aantallen in het zuiden hoger zijn. Dat is wat ik hier wilde laten zien.

De heer **Azarkan** (DENK):

Ja, dat begrijp ik wel. De vraag is wat we daarmee kunnen en welke conclusie je daaruit kunt trekken.

De heer **Van Dissel**:

We komen zo terug op wat je daarmee doet. De conclusie daar is dat je de maatregelen generiek neemt.

De heer **Azarkan** (DENK):

Je kunt ook kijken wat dat verklaart. Daar ben heel benieuwd naar. Ik vind het vreemd dat een clustergedreven ziekte in een niet-dichtbevolkt gebied enorm toeneemt.

De heer **Van Dissel**:

Het gebied in het noorden is toch meer ruraal. Brabant en de stad Maastricht zijn stedelijke gebieden, dus daar zitten de toenames.

De **voorzitter**:

Goed. We laten het even voor wat het is. Bewaar 'm even. Mevrouw Agema nog een technische vraag?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik heb een technische vraag over die verhouding 49% volledig gevaccineerden en 49% niet-gevaccineerden. Is hier de categorie 0 tot 12 in meegenomen? Is het alleen 12-plus of is het inclusief 0 tot 12? Want de kinderen zijn toch niet gevaccineerd?

De heer **Van Dissel**:

Dit is 12-plus. Dat kunt u in de grafieken zien.

De **voorzitter**:

De heer Van Dissel gaf aan dat dit alleen vanaf 12 jaar is.

De heer **Van Dissel**:

Dat ziet u aan de rechterzijde van de grafiek.

Dan hebben we de toenames in aantal verpleeghuizen en van het aantal cliënten in de verpleeghuizen. Daar ziet u in de sheet de weergave van. Ongeveer 40% van de huizen kent positieve besmettingen. Er lijkt ook een stabilisatie van het aantal bewoners met de diagnose.

Ook is in het nieuws geweest dat de oversterfte toeneemt. Dat ziet u hier opnieuw weergegeven. Onderin kunt u lezen welke groepen dat betreft. Aan de rechterzijde ziet u het aantal verpleeghuisbewoners dat positief is getest. Onlangs was in het nieuws dat daar misschien meer sterfte is. Dat wordt uitgezocht door de groep van Cees Hertogh. In vergelijking met de eerdere periodes is de gerapporteerde sterfte in ieder geval nog steeds een stuk lager dan in bijvoorbeeld de tweede en de eerste golf.

Dan ga ik door met de ziekenhuis- en ic-opnames. U ziet een uitvergroting van wat u op de eerste slide al heeft gezien, met de percentages erbij. Wat we uiteraard hopen nu we een plateau-ing lijken te zien van de meldingen, met alle punten die daarbij genoemd zijn, is dat zich dat snel gaat vertalen — daar zit natuurlijk altijd minimaal een week tussen — in een afname van het aantal ziekenhuisopnames en vervolgens ook ic-opnames. Desalniettemin wil ik benadrukken dat het aantal hoog ligt, en dat het aantal voorlopig nog toeneemt.

De volgende sheet laat nog even de verhouding tussen meldingen zien. In de eerste golf bleven die achter, omdat de testcapaciteit toen nog sterk tekortschoot, maar ten opzichte van de tweede, derde, vierde en misschien vijfde golf ziet u dat we nu veel hoger zitten. Wat betreft de ziekenhuis- en ic-opnames ziet u de verhouding aan de rechterzijde weergegeven. Dat blijft natuurlijk achter bij het aantal meldingen, maar het is veel te hoog.

Dan een sheet met betrekking tot de leeftijden. Het zijn de weekgetallen van de ziekenhuis- en ic-opnames. U ziet hier opnieuw dat in de ziekenhuizen met name de alleroudsten worden opgenomen. Dat is natuurlijk ook begrijpelijk. Die hebben over het algemeen ondersteuning nodig. U ziet dat op de ic's de alleroudste groepen ontbreken en dat het vooral de 60- en 70-plussers zijn. Dit is eigenlijk een bevestiging van het beeld dat we de afgelopen weken al hadden.

Dan de vaccinatie en de werkzaamheid ervan in relatie tot het aantal personen in het ziekenhuis. Daar zijn natuurlijk ook altijd vragen over. U herkent de slide ongetwijfeld. De getallen zijn geüpdatet naar de deltaperiode, want die evaluatie hebben we inmiddels goeddeels uitgevoerd. Die zal binnenkort ook gepubliceerd worden. U ziet hier de aangepaste percentages ten aanzien van het deltavirus voor de verschillende onderdelen van de besmettingsketen. Dus tegen de transmissie komen we op ongeveer 50%, idem dito tegen infectie. Dat zijn overigens schattingen. Er zit een range in. Tegen ernstige ziekte ziet u dat het wat omlaag is, met name bij de groep 70-plus. Hetzelfde geldt voor de ziekenhuisopnames, met name bij de groep 70-plus. Dat is van belang, omdat dat natuurlijk de groep is die door de booster hopelijk weer in een hogere mate van bescherming kan worden gebracht.

Dan nog even de bijgewerkte vaccineffectiviteit. Dat heb ik eigenlijk net ook al samengevat. Voor onder en boven de 70 jaar zitten daar gewoon verschillen. Onder de 70 jaar is het nog steeds erg hoog: 94 en 97. Onder de 70 jaar is dat wat gedaald. Dat dalen hangt samen met delta. Het hangt samen met meer infecties en meer infectiedruk, waardoor het meer als het ware onder spanning komt. Overall ziet u dat de getallen nog steeds boven de 90 zijn.

De voorzitter:

Mevrouw Pouw-Verweij heeft een technische vraag.

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

Over de vorige slide: hebben we deze cijfers ook opgesplitst per vaccin?

De heer Van Dissel:

Ja, die kunt u terugvinden op de website.

De voorzitter:

Gaat u verder.

De heer Van Dissel:

Dan heb ik dit plaatje nog even toegevoegd om de verhoudingen weer te geven. Ik wilde hier namelijk iets mee duidelijk maken wat vaak wordt genoemd. Het is ingewikkeld om te begrijpen dat in de ziekenhuizen ongeveer evenveel gevaccineerde als ongevaccineerde patiënten liggen, zij het dat de leeftijd van die twee wel beduidend wisselt. Terwijl dat op de ic ongeveer 70/30 is, is het in het ziekenhuis 50/50. Wat deze infographic hopelijk duidelijk maakt, is dat de achterliggende populaties heel erg verschillen. Met andere woorden, ongevaccineerd staat tot gevaccineerd is grofweg 15 tot 85. Daar ben ik hier maar even van uitgegaan. Dus dat is de verhouding van de stippen. Wat dan hopelijk duidelijk is, is dat van de groene stippen er relatief gezien veel meer worden opgenomen dan van de rode stippen, waar er natuurlijk veel meer van zijn. Dat zijn de gevaccineerden. Dit leidt in het ziekenhuis tot een fiftyfiftyverdeling, maar de

achterliggende populaties zijn totaal verschillend. Hetzelfde geldt voor de ic. Daar is de verhouding tussen ongevaccineerd en gevaccineerd ongeveer 70 staat tot 30. Ook dat moet u natuurlijk weer betrekken op de hele populatie. Nou bevatten de twee grote cirkels van gevaccineerd en ongevaccineerd niet een voldoende aantal stippen om precies tot deze opnames te leiden, maar het gaat er even om dat u de verhoudingen ziet. Dus gevaccineerd veel meer, en desalniettemin maar de helft van de ziekenhuisopnames. Dat betekent dus dat de kans om als gevaccineerde opgenomen te worden, aanmerkelijk lager ligt dan voor ongevaccineerden.

De heer **Azarkan** (DENK):

Ik kijk naar de effectiviteit tegen ziekenhuisopnames, die 91%. Als je de resterende 9 maal ongeveer 1,5, 1,25 doet, dan zit je ongeveer op 13 promille. Van de 1.000 mensen die gevaccineerd zijn en het krijgen, belanden er dus 13 in het ziekenhuis. Klopt die aanname?

De heer **Van Dissel**:

Nou, we hadden het er de vorige keer ook over. Er zijn verschillen tussen opnames en bezetting. Dit is bezetting.

De heer **Azarkan** (DENK):

Ja, maar de bezetting is een optelsom van de laatste twee, tweeënhalf, drie weken, want dat is ongeveer de gemiddelde tijd dat ze in een ziekenhuis verblijven.

De heer **Van Dissel**:

Wat u volgens mij wilde doen, is doorrekenen vanuit de gevaccineerde, uitgaande van een bepaalde bescherming, waarbij je natuurlijk niet weet hoeveel virus er rondgaat, dus hoeveel mensen worden geëxposeerd. Dan zou je wat u betreft op een lager aantal in het ziekenhuis moeten komen. Dat was, dacht ik, de aanname die u vorige keer had.

Wat ik hier laat zien, is dat er veel meer gevaccineerden zijn dan ongevaccineerden. Als je ervan uitgaat dat het virus min of meer in gelijke mate iedereen treft en dat het vaccin niet zou werken, dan zou je natuurlijk relatief veel meer gevaccineerden — namelijk 15 staat tot 85 — willen zien in het ziekenhuis. We zien dat het ongeveer fiftyfifty is en voor de ic nog minder. Dat is denk ik de boodschap. Hoe je dat dan precies wilt terugrekenen, hangt van veel meer dingen meer af. Maar de essentie is dat de pool van gevaccineerden vele malen groter is en dat het aantal van hen dat uiteindelijk in het ziekenhuis komt, gelijk is aan de ongevaccineerden die uit een veel kleinere groep komen. Dat is volgens mij het antwoord daarop.

De **voorzitter**:

Oké. Gaat u verder.

De heer **Van Dissel**:

Hetzelfde ziet u hier ook weer terug, maar dan genormaliseerd op de achterban. Hieruit wordt duidelijk dat de ongevaccineerden een veel grotere kans hebben, per 100.000, dan de gevaccineerden om te worden opgenomen. Dat geldt in het ziekenhuis en met name in de ic. In dit geval is rood ongevaccineerd en groen gevaccineerd en u ziet dat die lijnen ver buiten elkaar liggen. Als je naar percentages kijkt, is dat natuurlijk anders. Dat ziet u weer daaronder. Ook wanneer je het uitrekent per 100.000 in de achtergrond, krijgt u deze grafieken. Dit is daarbij het passende antwoord.

Dan gaan we door met de modellering. Die is al ruim ter sprake gebracht. We hadden twee typen modelleringen. De eerste is gebaseerd op daadwerkelijk al gedane meldingen van patiënten. Die zal ik u zo laten zien, want van een melding kun je natuurlijk gaan doorrekenen, op grond van de historische gegevens, hoeveel daarvan in het ziekenhuis belanden. De tweede was een modellering die we deden op grond van contacten. Daarbij gaat men uit van transmissie. Dat is een veel complexer model. Met dit model hadden we de laatste tijd het probleem dat het een onderschatting gaf van de daadwerkelijke getallen, met name omdat de vaccinatiegraad niet homogeen verdeeld was en je pockets had waar de vaccinatiegraad hoger ligt en pockets waarin de vaccinatiegraad lager ligt en waarin het virus, als het daar geïntroduceerd wordt, geweldig snel kan toenemen. Dat ligt in de gemiddelde populatie natuurlijk altijd lager. Daardoor ging dat transmissiemodel wegglopen van de realiteit. Ik wil u vooral het model laten zien op grond van de daadwerkelijke meldingen.

Allereerst het reproductiegetal, opnieuw gebaseerd op de meldingen die we in Osiris krijgen. Waar we dat plateau zagen met al die punten erbij, kunt u begrijpen dat het reproductiegetal lager uitvalt als je die getallen daar gebruikt om het reproductiegetal uit te rekenen. Dat ziet u ook: het getal van 15 november is 1,05. Wanneer je hetzelfde berekent op de toename in ziekenhuizen en ic's, zie je dat je hoger uitkomt. Dat zijn misschien hardere getallen zo u wilt. Dan zit die rond de 1,1.

Dan de voorspellingen op grond van de daadwerkelijke meldingen op dit moment. We kunnen per leeftijdscohort — u ziet in de lijnen de verschillende leeftijdscohorten weergegeven — uitrekenen wat de kans is op ziekenhuisopname. Dat ziet u aan de linkerzijde. Vervolgens kunnen we ook uitrekenen wat vanuit het ziekenhuis de kans is op ic-opname. Dat ziet u aan de rechterzijde. U ziet dat bijvoorbeeld voor de ic de meeste van die lijnen rond de 0,2 lopen. Dat betekent dat de kans ongeveer één op de vijf is. Voor de ziekenhuizen ziet u dat dat verschilt, dat de alleroudsten relatief meer kans hebben om in het ziekenhuis opgenomen te worden dan de allerjongsten. De alleroudsten ziet u in de paarse lijn aan de bovenkant, waar het pijltje bij staat. De allerjongsten zitten aan de onderzijde van de grafiek. Omdat we nu weten hoe oud de meldingen zijn, kunnen we deze lijnen gebruiken om te berekenen hoeveel er uiteindelijk in het ziekenhuis en op de ic terechtkomen. Verder wilde ik ook uw aandacht vestigen op het feit dat het lijkt alsof de kans om in het ziekenhuis te geraken voor de meeste groepen eigenlijk wat omlaag lijkt te gaan. Dat is met een pijltje aangegeven. U ziet dat al die lijnen wat naar beneden gericht zijn. Dat zou kunnen betekenen dat de kans op ziekenhuisopname wat geringer wordt. Dat kan te maken hebben met behandelingen, maar ook met de complexe mix die ertoe leidt dat iemand wel of niet naar de teststraat gaat. Hoe dan ook, we kunnen op grond hiervan vertalen hoe de huidige meldingen zich in de komende week tot ziekenhuisopnames gaan ontwikkelen. Op de sheet ziet u ten aanzien van de terugberekening tot nu toe dat de allerjongste groepen nauwelijks in het ziekenhuis komen en dat de alleroudste groepen wel in het ziekenhuis komen, ook de alleroudsten. En als je naar de ic kijkt, zie je dat die laatste groep daar eigenlijk ontbreekt, omdat die mensen maar heel weinig op de ic worden opgenomen. Vooral de zestigers en zeventigers gaan naar de ic.

Hier ziet u de getallen waarop we de lijnen van net gebaseerd hebben. U ziet dat de actuele data met de punten zijn weergegeven. Op deze sheet ziet u de voorspelling met betrekking tot kennis van de meldingen nu naar komende week toe. U ziet dat ook daar de voorspelling wordt — nogmaals, het is een voorspelling — dat er ook een afvlakking in opnames gaat gebeuren. Dat hangt natuurlijk allemaal af van hoe precies de

meldingen zijn samengesteld. Als je dat doorrekent, verwacht je dus dat er gelukkig een afvlakking gaat gebeuren van het aantal ziekenhuis- en ic-opnames. Dat loopt natuurlijk altijd achter. Dat ziet u hier ook, want we verwachten nog enkele dagen een toename, maar daarna zou het gaan afvlakken. Dat is eigenlijk de voorspelling op kort termijn. Daarom zeggen we dat het een lichtpuntje is om te zien dat het aantal meldingen begint af te vlakken. Die moeten zich natuurlijk wel naar beneden toe gaan bewegen, omdat ze nu nog veel te hoog zijn. Als ze op dit niveau zouden blijven, zou dat ook betekenen dat de ziekenhuis- en ic-opnames op dit niveau blijven. Met de stapeling die je krijgt door de opnameduur, zou dat een te groot aantal betekenen.

Dat er enige verandering zit ten aanzien van meldingen en ziekenhuisopnames wat betreft de leeftijdsgroepen ziet u in deze grafiek weergegeven voor de verschillende weken van rapportage vanaf juli. Ook daar zie je dat er in de laatste paar weken een afname lijkt te zijn in meldingen van de alleroudsten en een relatieve toename van de jongsten. Dat heb ik u net ook laten zien in de grafiek van de leeftijdsverdeling. U ziet dat zich dat ook lijkt te vertalen naar de ziekenhuisopnames. Het feit dat de curve van de alleroudsten wat begint af te vlakken, is natuurlijk gunstig voor de voorspelling van de ziekenhuisopnames, want dat is vooral de groep die naar het ziekenhuis komt.

Dan wilde ik u wat vertellen over de nieuwe omikronvariant. Daar werden we afgelopen week mee geconfronteerd. Dat is een nieuwe variant uit Zuid-Afrika. Althans, we denken dat die variant daar zijn origine kent en daar dus uiteindelijk vandaan komt. Wat de komende twee weken belangrijk wordt, is wat we leren van de besmettelijkheid van deze variant leren en wat we leren van het ziekmakend vermogen. Verder is het belangrijk om te weten of deze variant met de huidige vaccins ook wordt bestreden of niet. Dat zijn belangrijke vragen waarvan de antwoorden nog onbekend zijn.

Ik neem u even mee naar wat er nou precies gebeurd is in zuidelijk Afrika dat afgelopen donderdag — dat was het geloof ik — leidde tot de melding van deze variant en vervolgens tot de acties die verschillende landen, ook Nederland, hebben ondernomen. U ziet linksonder in de tabel de zogenaamde re-infectiepercentages van infecties in zuidelijk Afrika weergegeven. U ziet dat dat rond de 1% ligt. Als je dat in een grafiek weergeeft, zie je dat dat plotseling lijkt toe te nemen. U ziet dat voor nationaal met een pijltje weergegeven in de middelste grafiek. Het aantal re-infecties nam dus toe. Dat betekent dat personen die al in eerdere golf een infectie hebben doorgemaakt, opnieuw een positieve PCR-test bleken te hebben. Dat bleek vooral in een van die provincies te zijn, en bijvoorbeeld niet in de provincie KwaZoele-Natal, waar u ziet dat het vlak is. In de grafiek erboven ziet u het ook stijgen. In bepaalde gebieden in zuidelijk Afrika leken er plotseling meer re-infecties te zijn dan normaal. U ziet overigens aan de y-as dat het absolute aantal beperkt is, want de y-as gaat letterlijk in honderden en bijvoorbeeld niet in duizenden. Desalniettemin viel dit op. Toen men daarin dook, bleek er een nieuwe variant geïsoleerd te worden, de omikronvariant. Het feit dat die gekoppeld was aan re-infecties deed een beetje de alarmbellen rinkelen, want dat betekent dat iemand die immuun is van zijn eerdere infectie wellicht toch nog door deze omikronvariant geïnfecteerd kan worden, ook al zijn de percentages en aantallen gering. In ieder geval was dat reden om het te onderzoeken en om internationaal daarop de aandacht te vestigen.

Op de volgende sheet ziet u een tekening van het S-eiwit van het virus. Dat zijn die rode pluimpjes die naar buiten steken, het kroontje dat het de naam corona geeft. Er zijn er drie in elkaar verweven. Aan de linkerzijde, waaronder 0 mutaties staat, ziet u de

oorspronkelijke variant, die destijds uit Wuhan kwam. U ziet dat zo'n virus zich ontwikkelt. Er ontstaan mutaties, dus spontane veranderingen in de eiwitstructuur, die soms leiden tot ander biologisch gedrag. U ziet voor de betavariant en deltavariant met de kleurige bolletjes aangegeven waar die veranderingen zitten. U ziet dat de omikronvariant gekenmerkt wordt door een zeer groot aantal aanpassingen in de structuur van het S-eiwit. Er zitten iets van 30 mutaties, veranderingen in dat S-eiwit, vooral in de regio — dat is rechts op dit tekeningetje van het AMC te zien — waar het virus aangrijpt, als een sleutel in het slot, op de receptor op de membranen. Je kunt je voorstellen dat een dergelijke verandering van het virus ook leidt tot een toegenomen besmettelijkheid, omdat bijvoorbeeld de dosis-respons voor ziek worden wat anders ligt omdat het virus beter kan aangrijpen op z'n receptor.

Op het plaatje linksonder ziet u de landen weergegeven waar deze variant inmiddels is vastgesteld. Dat worden eigenlijk dagelijks meer landen. Inmiddels is deze variant in 44-plus landen vastgesteld, naast het oorspronkelijke gebied in de meeste Europese landen en ook in Canada en Australië. In Nederland hebben we de vliegtuigen gehad. Alle personen daarin zijn onderzocht. Daar zijn uiteindelijk veertien gevallen van bevestigd via sequencing, zoals u heeft kunnen horen. Zij zitten in isolatie en worden hergetest. In retrospect hebben we in de databases om van grote aantallen personen virussen te kunnen bepalen, gekeken wat de karakteristieken van de reacties waren. U heeft kunnen lezen, gisteravond, dat er nog twee gevonden zijn die al eerder naar Nederland kwamen, of het in ieder geval al eerder hebben opgedaan. We moeten de reishistorie van die personen nog in de diepte uitvragen. Verder weet u dat er een oproep is geweest aan iedereen om zich gedurende die week te melden en PCR-reactie te laten afnemen. De getallen daarvan zullen we allemaal de komende week binnenkrijgen.

Wat viel echter op bij die veertien — eerst waren het er dertien, dus vandaar dat er hier dertien genoemd zijn — die we hadden? Dat wil ik nog laten zien. Wanneer je die plaatst in de zogenoemde filogenetische boom, waarbij je kijkt naar de verwantschap met andere omikronvarianten die al gepubliceerd zijn, viel eigenlijk meteen op dat die dertien van het vliegveld al zeer diverse types bij zich hadden. Het is dus wel allemaal omikron, maar het is niet zo dat ze elkaar allemaal hebben aangehoest in het toestel, want dan zou je dezelfde verwachten. Ze zijn allemaal behoorlijk verschillend. Je kunt ze genetisch uit elkaar houden. Dat betekent dat er al een behoorlijke verspreiding moet zijn geweest in het gebied in zuidelijk Afrika waar deze personen vandaan kwamen, en dat ze dus eigenlijk allemaal een net iets ander type hebben binnengebracht. Dat leert je iets over hoelang dat virus waarschijnlijk al rondgaat in zuidelijk Afrika. Dat is dus al een aanzienlijke tijd.

Naarmate er meer zieken zijn, ook in andere landen, wordt dit beeld natuurlijk duidelijk en wordt ook duidelijk of het misschien al meer circuleert dan we denken. Aan de hand daarvan kunnen uiteindelijk misschien ook weer allerlei maatregelen bepaald worden. Want u kunt zich voorstellen dat u, als er veel geïntroduceerd zijn, achteraf wellicht anders aankijkt tegen de maatregelen die nu genomen zijn.

Dan kom ik nog even op hoe dat dan gaat. Daarvoor heb ik even de gegevens genomen van de Verenigde Staten. Zij hebben meer varianten gehad en daardoor krijg je het beeld waarschijnlijk wat duidelijker. U ziet hier de opeenvolgende varianten die dominant zijn geweest in de Verenigde Staten. Eigenlijk zie je dat de ene variant, bijvoorbeeld epsilon, wordt vervangen door de andere variant, de alfavariant. Die wordt in de loop van de tijd weer vervangen door de iotavariant. Dat was een Amerikaanse variant uit

New York. Vervolgens is er een introductie van de gammavariant uit Brazilië. De muvariant komt uit Colombia. Die varianten redden het steeds omdat ze net iets besmettelijker zijn en daardoor het type dat er op dat moment was, verdringen. U ziet dat momenteel de deltavariant in Amerika bijna alles inneemt, zoals eigenlijk overal globaal, ook in Nederland. De grote vraag is natuurlijk wat de omikronvariant daarin gaat doen of niet en wat dat voor consequenties heeft voor vaccineren, voor het eerder hebben gehad van het virus en ook voor het ziekmakend vermogen. Daar zijn we momenteel nog onvoldoende over geïnformeerd. Er zijn een aantal berichten uit zuidelijk Afrika dat de klachten erg zouden meevallen, maar uiteindelijk moet je dat toch allemaal zelf ondervinden en moet de database van gevallen groot genoeg zijn om dat definitief te kunnen zeggen. Dit was het even met betrekking tot de omikronvariant.

Dan wilde ik u kort meenemen in de effectiviteit van de basisregels. Daar waren ook een aantal keren vragen over. Ik laat dus opnieuw het gedachte-experiment van begin dit jaar zien, aangepast op de getallen van nu. We gaan er in het model natuurlijk van uit dat iedereen in de huishoudens opvolging geeft aan de basisregels. Dat reken je door. Voor kinderen onder de 12 jaar gelden deels iets apartere regels. Die zijn hier deels buiten gelaten, maar dat zal in essentie niks veranderen. Het gedachte-experiment illustreert eigenlijk hoe effectief de basisregels kunnen zijn, mits ze een hele hoge mate van opvolging kennen.

Wat zijn de basisregels? Die heb ik natuurlijk vaker laten zien. Wij categoriseren die altijd in bronmaatregelen — dat wil zeggen dat ze de bron isoleren — en in collectieve maatregelen die we met z'n allen nemen om ervoor te zorgen dat de gevolgen zo klein mogelijk zijn, als er toch een ontsnapping van de bron is. Ten slotte heb je nog individuele maatregelen, zoals het mondneusmasker dat een restrisico kan afdekken. U ziet op de sheets eigenlijk alle verschillende maatregelen terug. Hopelijk worden die ook steeds gecommuniceerd.

De belangrijkste basisregels vinden wij toch steeds: thuisblijven bij klachten, het in quarantaine gaan van het hele huishouden bij een bevestigd geval in dat huis en 1,5 meter afstand voor de contacten tussen huishoudens. Dat is doorgerekend, maar ik laat u eerst nog even de mate van opvolging zien. Dit is de opvolging op verschillende mobiliteitskarakteristieken, in dit geval de Google Mobility trends. U ziet hier voor verschillende zaken, zoals het bezoek aan de supermarkt, de detailhandel, het openbaar vervoer et cetera, weergegeven wat de trends zijn ten opzichte van het nulpunt. Dat was voor de start van de uitbraak. U ziet de toch behoorlijke impact die met name de eerste lockdown heeft gehad. Toen ging het echt allemaal geweldig omlaag. Maar u ziet ook dat die veranderingen in de laatste fase eigenlijk nog maar beperkt zijn. Daar is de opvolging geringer dan de eerdere keren.

De gedragsunit van het RIVM haalt tezamen met de GGD door enquêtering op wat de steun voor de basisregels is en wat de opvolging is. Op de sheet ziet u de steun en de opvolging voor de belangrijkste basisregels weergegeven. U ziet dat het thuisblijven bij klachten en het testen bij klachten grofweg rond de 50% ligt. Dat gaat natuurlijk steeds wat op en neer. Ook het houden van afstand kent natuurlijk niet 100% opvolging. Hoe begrijpelijk dat ook is, ik wil voor u wel doorrekenen wat de gevolgen zouden kunnen zijn als we daar strenger opvolging aan gaven. Hier ziet u het model weer even. Je gaat uit van een besmet huishouden. Het kan zich eerst binnen een huishouden verspreiden. Daar gelden die regels over het algemeen natuurlijk niet. Je kan daar geen 1,5 meter afstand houden, et cetera. Maar dat geldt wel ten opzichte van een ander huishouden,

dat het dan al of niet weer kan doorgeven. Het effect is dus deels binnen het huishouden, maar dat is altijd veel minder dan voor het voorkomen van nieuwe besmettingen buiten het huishouden.

Als we dat doorrekenen, dan krijgen we het volgende. Dit heb ik u daarvan in maart laten zien. Dan ga je ervan uit dat er allereerst geen maatregelen zijn en dat de eerste maatregel die men vervolgens neemt, is dat personen die klachten krijgen in isolatie gaan in het huishouden. Een volgende stap is dat het huishouden in quarantaine gaat op het moment dat de besmetting van één persoon bevestigd is, want dat beperkt natuurlijk ook de verdere verspreiding. Ten slotte is er de berekening voor als daar nog bij komt dat de anderhalvemetermaatregel wordt gehandhaafd tussen huishoudens. Wat u in maart zag, is dat de R_t -waarde in de situatie zonder maatregelen tussen de 2 en de 3 lag, en dat we, wanneer alle maatregelen strikt zouden worden gevolgd, tot een R_t -waarde, een reproductiegetal, van 0,8 zouden komen.

Ook al is de deltavariant meer besmettelijk, we hebben in de huidige setting het voordeel dat een deel van de populatie gevaccineerd is, wat natuurlijk deels ook de transmissie en het ziek worden remt. Hier ziet u de nieuwe doorgerekende getallen. Zonder maatregelen zitten we dan op ongeveer 1,5, maar u ziet dat die R -waarde eigenlijk al heel snel onder de 1 daalt, met name wanneer de persoon die ziek is in isolatie gaat, de andere personen van dat huishouden in quarantaine gaan en er strikt 1,5 meter wordt gehandhaafd als er contacten zijn. U ziet dat het reproductiegetal in de modellering tot 0,5 daalt. Dat betekent dat je de huidige uitbraak dan zeer effectief zou kunnen bestrijden. Voor de duidelijkheid: dit is dus door toepassing van een drie- à viertal basisregels. Dat is denk ik het antwoord op de vraag die ik de vorige keer kreeg.

De overige sheets zijn eigenlijk allemaal toegevoegd naar aanleiding van specifieke vragen. Er zit een tabel in met de exacte getallen tot gisteren met betrekking tot opgenomen en niet opgenomen mensen, en of zij wel of niet gevaccineerd waren. Er zijn een aantal grafieken met betrekking tot de leeftijd van patiënten in het ziekenhuis. Er was gevraagd naar de BMI-verdeling. Die hebben we toegevoegd. De internationale vergelijking is ook toegevoegd, maar misschien geeft dat aanleiding tot vragen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dat lijkt me goed. Hartelijk dank. Ik geef gelegenheid tot het stellen van vragen. Mevrouw Pouw-Verweij, bent u er klaar voor? Ik zie van niet. De heer Van Haga wel. Gaat uw gang.

De heer Van Haga (Groep Van Haga):

Ik heb misschien een beetje een vreemde vraag. Het kabinet heeft besloten om amateursport na 17.00 uur te verbieden. Dat is voor mij een beetje onbegrijpelijk, omdat we toch proberen de populatie gezond te houden en gezonde mensen minder kans hebben om ziek te worden. We hebben net gezien dat het RIVM van alles modelleert. Ik vraag me af of het RIVM dat ook gemodelleerd heeft, en of u iets kan zeggen over de besmettingskans op een voetbalveld, buitentennisbaan of hockeyveld. Misschien kunt u ook iets zeggen over de verminderde gezondheid doordat men niet meer mag sporten en thuis op de bank gaat zitten netflixen met een zak wikkels.

De voorzitter:

Er wordt gevraagd wat wikkels zijn. Ik weet nog wat ze zijn, dus het valt mee. De heer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

Dat laatste lijkt me erg ongezond. Natuurlijk is sporten goed. Het is niet zo dat sporten nu onmogelijk is gemaakt, want iedereen kan natuurlijk gaan hardhollen, et cetera. Maar uw punt is op zich helder. Het antwoord is eigenlijk als volgt. We hebben geconstateerd dat de uitbraak heel Nederland raakt, ook al zijn er wat regionale verschillen. Die hebben we net benoemd. De uitbraak geldt eigenlijk voor alle leeftijden. In die zin heeft het OMT, ook gezien de discussies naar aanleiding van eerdere OMT-brieven waarbij dan toch allerlei uitzonderingen gemaakt worden, gezegd: kies nou voor een generieke aanpak. Het is voor drie weken. Dat is een beperkte periode. U heeft ook gehoord dat het sporten voor de jeugd, heb ik begrepen, als eerste weer wordt teruggezet als er verbetering in zit. Die generieke aanpak is de aanpak die geadviseerd is. Hou het simpel, hou het uitlegbaar en ga niet allerlei uitzonderingen maken die toch weer tot bewegingen en samenkomsten van ouders leiden. Natuurlijk kun je inzoomen op elke regel, en je kunt ongetwijfeld verschillen vaststellen in de mate van virusoverdracht, maar ook uit communicatieoogpunt is er gekozen voor deze generieke aanpak. Als iedereen nu van die drie weken gebruikmaakt om alleen maar wikkels te eten of andere zaken met verzadigde vetten, dan moeten we dat ernstig afraden, maar tegelijkertijd moeten we ons realiseren dat dit niet een opdracht is om in je stoel te blijven zitten. Je mag ook wel degelijk buiten gaan lopen, en dat zou ik iedereen ook aanraden. Dat is overigens ook wat we zagen: het hondenbezit en het lopen met de hond ging een factor 150 omhoog. Ik zou zeggen: hou dat hoog.

De heer Azarkan (DENK):

Dank aan de heer Van Dissel voor de zoveelste keer dat hij hier de vragen beantwoordt en ons ook meeneemt. Inmiddels is het een aardig dik boek geworden, in ieder geval zodanig dat ook de apparatuur er sneller doorheen wil. Ik denk wel dat we even de tijd moeten nemen. Ik heb een vraag over het reproductiegetal. We meten dat altijd twee weken terug, alsof we met elkaar willen weten hoe de vakantie was en we dan een foto van twee weken geleden nemen en daarop iets willen baseren. Kunt u nog eens uitleggen wat nou de waarde van het reproductiegetal is en of we niet op een andere manier, een innovatievere manier, veel dichterbij kunnen voorspellen wat het reproductiegetal is?

De heer Van Dissel:

Ja. Dat reproductiegetal is beperkt. Eigenlijk wil je zien hoeveel besmettingen een besmetting twee weken terug nu heeft opgeleverd. Dat is eigenlijk het reproductiegetal. Dat betekent dat je altijd die fase ertussen moet hebben. Dus je kunt niet anders dan met zekerheid terugkijken. Dat is het reproductiegetal dat we u steeds voorhouden, met de datum waarop het betrekking heeft. Natuurlijk kijken we al veel eerder naar veranderingen in de toename. Als je ziet dat een eerdere verandering begint af te zwakken, dan betekent dat eigenlijk al dat je kunt voorspellen dat dat reproductiegetal niet anders kan doen dan afvlakken. Alleen, we kunnen het dan nog niet definitief berekenen. Natuurlijk zijn er manieren, zoals de dagelijkse veranderingen of in ieder geval het zevendaags gemiddelde dat we vaak gebruiken, die een indicatie geven van wat er uiteindelijk komen gaat. Je kunt het dus niet met 100% zekerheid vaststellen, maar we kijken daar natuurlijk wel naar. Het is dus een complex geheel, waarbij je natuurlijk ook de dagkoers wel degelijk meeneemt. Nou weten we dat die kan wisselen door de week. Ik meen dat op donderdag altijd de meeste worden gerapporteerd, dus er

zit altijd een bepaalde golfbeweging in, die je natuurlijk ook kan meenemen. Uiteindelijk geeft die dagkoers al een zekere mate van voorspelling van wat dat reproductiegetal gaat doen, maar dat weet je nog niet zeker. Stel dat we vanaf nu zouden zien dat er weer een belangrijke toename zou zijn, dan kunt u natuurlijk terecht zeggen: ik kan voorspellen dat dat reproductiegetal dat nu 1,05 is, omhooggaat. Daar heeft u helemaal gelijk in, maar ik wil benadrukken dat dat niet het enige is waar we naar kijken. Wel is het een getal dat je kunt berekenen, ook op basis van het aantal ziekenhuisopnames en ic-opnames. Dat zijn toch al veel hardere getallen — zo hebben we net al gememoreerd — dan het aantal meldingen. Vandaar dat we dat voor al die zaken apart berekenen. Dat nemen we allemaal mee in de duiding, waar het dan om gaat, van de huidige situatie.

De heer Hijink (SP):

Ik had eigenlijk twee vragen over het maatregelenpakket. We hebben twee weken geleden de discussie gehad of de maatregelen nou moeten sturen op een afname van besmettingen en opnames, of op stabilisatie. U had het toen over stabilisatie van de cijfers. Die zien we nu dan misschien. De vraag daarbij is wel de volgende. Als je een serieuze daling zou willen, zo staat ook in het OMT-advies, zou je eigenlijk meer moeten doen. Wat zouden we dan meer moeten doen? En op welk R-getal zou je dan moeten sturen?

Dan mijn tweede vraag, die daaraan vastzit. Er is gewoon onduidelijkheid over in hoeverre de maatregelen effectief kunnen zijn. Je ziet bijvoorbeeld dat activiteiten van de avond naar overdag worden verplaatst. Sowieso het een uur eerder sluiten van winkels kan ook tot een concentratie van hetzelfde aantal mensen in een korter tijdsbestek leiden. Daar krijg ik graag een reactie op.

Dan de laatste vraag. In de maatregelen die het in OMT-advies worden opgesomd, staan ook dingen die nog helemaal niet kunnen, zoals de toegangsbewijzen, die nog helemaal niet door de Kamer zijn. Het onderwijs wordt genoemd. Het verlengen van de kerstvakantie staat daar wel in als een "half advies". Maar ik weet dan niet in hoeverre die meeweegt in het verlagen van het aantal besmettingen.

Dit zijn wel heel veel vragen tegelijkertijd, besef ik, voorzitter!

De voorzitter:

Creatief vragen, noemen we dat. De heer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

Ik denk dat de vraag wel duidelijk is. U vraagt mij: hoe weet je dat het maatregelenpakket dat geadviseerd is, effectief gaat zijn? U verwijst naar het waterbedeffect: als je hier drukt, gaat het elders omhoog. Sporten in de avond gaat naar de middag toe. Hou je jezelf dan niet een beetje voor de gek? Dit geeft in wezen de complexiteit aan van hoe je zo'n pakket kiest. Dat is natuurlijk ook complex. Wij kunnen dat niet allemaal voorspellen.

Hoe wordt zo'n pakket samengesteld? Enerzijds is dat op grond van de contactenmatrix. Daarmee kunnen we kijken hoeveel contacten er wegvallen die er normaliter wel zouden zijn door een bepaalde cesuur te trekken, bijvoorbeeld 17.00 uur. Op die manier wordt ernaar gekeken. Dat kan je ook doorrekenen. Vervolgens moet je inschatten hoe de opvolging ervan is. Je zal ook het eventuele waterbedeffect moeten inschatten. Ik heb u net voor die basisregels natuurlijk ook laten zien dat het aanhouden van die vier regels,

even los van alle andere dingen, in feite de R-waarde al tot ver onder de 1 zou doen gaan. Dat geeft dus maar aan hoe ingewikkeld het is. Wij kunnen natuurlijk ook niet voorspellen hoe dat precies gaat.

Ik wil wel benadrukken dat we het zo doen, omdat we in Nederland natuurlijk voor een strategie hebben gekozen waarbij we maatregelen willen nemen die zo proportioneel mogelijk zijn, gezien de huidige druk op de zorg en op de kwetsbaren. We kunnen bijvoorbeeld ook zeggen: elke keer een lockdown. Dat zou je dan kunnen doen bij een bepaald aantal gevallen. Dat is een aanpak die China bijvoorbeeld kiest. Dan weet je zeker dat je effectief bent, maar dan heb je wel steeds alle schade. Als je dus kiest voor een proportioneel model — dat heeft de regering gedaan, maar natuurlijk ook uw Kamer, omdat die daarin meegaat — dan kan het niet anders dan dat je soms misschien te hard gaat volgens sommigen en soms misschien te zacht. Dan zal je er dus iets bij moeten regelen. Dat is gewoon de realiteit. Wij zoeken dus op grond van bekende situaties uit het recente verleden plus de modellering plus de contactenmatrix een som van maatregelen waarvan we denken dat die effectief genoeg zou moeten zijn om de R-waarde met 20% tot 25% te doen dalen. Dat is hoe de benadering is. We realiseren ons dat dat een poging tot een proportionele benadering is, om uiteindelijk ook zo min mogelijk schade te veroorzaken. Maar die aanpak zou voldoende moeten zijn om die R naar beneden te laten gaan. Vandaar dat we ook in de brief hebben gezegd: minimaal. We zien nu een afvlakking. Dat is een lichtpuntje. Het is echter een afvlakking op een veel te hoog niveau, dus het moet gewoon omlaag.

Dan over het verwijzen naar de eventuele aanpassing van het CTB. Daarin heeft u natuurlijk ook gelijk, maar wij schetsen daarmee ook een soort perspectief: wat kan je nou doen in plaats van deze maatregelen, wellicht eerder, zodat je die niet veel langer hoeft te laten voortbestaan? Kan dat door die aanpassingen van het CTB te gebruiken? In dezelfde setting moet u "de kerstvakantie één week naar voren halen" zien. Dat is natuurlijk niet iets wat we nu al willen afroepen, maar we suggereren het. Het wordt onderzocht. En naarmate het goed of minder goed gaat met de huidige maatregelen, kan je daar gebruik van maken.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Hartelijk dank weer aan de heer Van Dissel. Ik heb een vraag over reizen en reisbeperkingen. Op pagina 39 zie ik toch nog steeds terug dat reizen net zo veel besmettingen als bijvoorbeeld de horeca met zich meebrengt: 2,2% van het totaal. In de horeca voeren we zeer strikte lockdownachtige maatregelen in, terwijl we in vliegtuigen nog steeds geen 1,5 meter afstand hoeven te houden. Ik ben benieuwd naar het volgende. Ik zie nu ook vanuit het RIVM een aantal adviezen, over PCR-testen en verplichte vaccinatie van personeel onder andere. Ik vraag me af of de 1,5 meter, die zo'n belangrijke basismaatregel is, niet ook als advies kan worden gegeven voor in vliegtuigen en vliegtuigmaatschappijen.

De heer **Van Dissel**:

Je wilt aan risicoreductie doen. In vliegtuigen, in tegenstelling tot situaties waar de 1,5 meter geldt, weet je niet of iemand een negatieve PCR heeft bijvoorbeeld. We kunnen voor vliegtuigen de situatie bij boarding beter inrichten, waardoor we heel goed kunnen vaststellen of iemand tijdens de reis al of niet besmettelijk is. Reizigers uit zeerhoogrisicolanden gaan in quarantaine. Dat betekent op dag vijf weer een check, om te kijken of ze toch niet in de incubatieperiode zaten. Dan waren ze weliswaar nog niet besmettelijk in het vliegtuig, maar misschien daarna wel geworden. Met andere

woorden, door combinaties van testen te eisen voor vertrek en het al of niet in quarantaine plaatsen na terugkomst en op dag vijf hertesten en weten wat er gebeurd is, kan je de vliegperiode veilig maken. We gaan nooit naar een risico van nul, maar we kunnen wel in belangrijke mate risicoreductie doen. Ik denk dat met de voorgestelde maatregelen zoals die gister naar het kabinet zijn gestuurd — ik weet niet of die al breder verspreid zijn; het kabinet zal daar een besluit op moeten nemen — we het opnieuw een stuk veiliger kunnen maken, met name uit hoogrisicogebieden zoals zuidelijk Afrika nu.

De voorzitter:

Het kabinet heeft al gereageerd. Mevrouw Van den Berg van het CDA.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank aan de heer Van Dissel voor zijn presentatie en natuurlijk voor het uitwerken van mijn vorige vraag, namelijk wat de strikte toepassing van de basismaatregelen zou betekenen. We zien steeds meer dat er ook medicatie op de markt komt. Ik vroeg me af of dat ook meegenomen kan worden in de modellen en, zo ja, hoe dat gebeurt en wat het effect daarvan is.

De heer Van Dissel:

Die medicatie heb ik op verzoek samengevat op een dia. Dan gaat het denk ik met name over medicatie in de vorm van tabletten, die misschien binnenkort beschikbaar komen. Daarvan hebben we helaas wel weer gezien dat de initieel zeer hoopgevende resultaten toch weer belangrijk naar beneden moeten worden bijgesteld. Maar u heeft gelijk. Er zit een dynamiek in de behandelingsmogelijkheden. Er komen ogenschijnlijk meer mogelijkheden om ook met tabletten te kunnen interveniëren. Dan moeten die worden toegestaan op de Europese markt, ze moeten beschikbaar zijn en er moet een manier zijn om ze snel bij de patiënt te brengen. Maar uiteindelijk kunnen die bij gaan dragen om de druk op de zorg te verlichten. Van die tabletten blijkt deels dat het misschien een derde zou beperken. Dat is natuurlijk al een derde winst. Dus daar zitten ontwikkelingen in die door zullen gaan en die het beeld zullen veranderen.

De heer Paternotte (D66):

Ik wil nog een vraag stellen over omikron en hoe we daarmee nu omgaan. Ik vind het heel mooi dat er een OMT-advies ligt dat duidelijk aangeeft hoe we met de maatregelen die het kabinet nu neemt, die curve kunnen afbuigen en de R onder de 1 kunnen krijgen, maar dan ook net. We hebben voor de zomer natuurlijk gezien dat die deltavariant enorm in opmars was in Engeland. Toen dachten we: ja, maar daar is een grotere Indische gemeenschap, een ander vaccinatiebeleid. Oftewel: gaat het hier ook gebeuren? Dat leidde daarna toch mede tot die discopiek die we zagen. Dus hoe gaan we dit nu monitoren? De heer Van Dissel gaf signalen uit Zuid-Afrika, maar ik zie dat in die provincie het aantal ziekenhuisopnames in twee weken vervijfvoudigd is. Het Zuid-Afrikaanse RIVM zegt dat 87% ongevaccineerd is. Dat kun je als goed nieuws of slecht nieuws beschouwen, maar het is een enorme toename van ziekenhuisopnames. Dus mijn vraag is: hoe wordt dit nu gemonitord de komende weken en hoe wordt ervoor gezorgd dat we op tijd bijsturen, als dit echt noodzaakt dat we de maatregelen aanpassen?

De heer Van Dissel:

We zijn momenteel bezig met terugkijken in een aantal high-throughputlabs, die bepaalde technieken gebruiken die het achteraf mogelijk maken om deels terug te

kijken, ook in hun databases, hoelang we mogelijk al omikron hebben, maar ook hoeveel het er zijn. Dat is iets wat momenteel gedaan wordt. Misschien iets meer uitleg daarvan. We doen normaliter PCR-reacties. Wat een aantal van die high-throughputlabs, waarvan er één in België zit, is gebruikmaken van een bepaalde cassette die niet op één gen PCR'en maar op drie. Het derde gen is het zogenaamde "S-gene drop-out"-systeem. Als die negatief is, en die mutatie zit ook in de omikron, maar niet in de delta, dan kun je als het ware een indicatie al krijgen of er misschien sprake is van omikron. Dat hebben we gedaan voor een deel van die labs. Die monsters zijn uit de vriezer gehaald en gesequenced op het RIVM. Daar hebben we die twee gevonden waarover gisteren gerapporteerd is. Ze dateren van de week voor het vliegtuig. Dat wordt voor de andere labs ook in kaart gebracht. Het betekent dat we een relatief eenvoudige methode hebben om een voorscreening te doen hoeveel van die omikrons rondgaan. We introduceren meteen die S-gene drop-out PCR-methode naast onze gebruikelijke. Daar zijn we nu mee bezig. Dat maakt het mogelijk om vrij snel van de Nederlandse gevallen te weten of ze verdacht zijn. Die bevestiging moet volgen door sequentieanalyse. Daarmee krijgen we waarschijnlijk wel een veel actueler beeld van hoeveel het er zijn. De aantallen uit die high-throughputlaboratoria zijn echt fracties. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om 0,1% van het totaal aantal. Dat suggereert niet dat het een grote verspreiding kent. Het is iets wat momenteel beter en nauwkeuriger in kaart wordt gebracht. Dan kunnen we beter de vinger aan de pols houden voor de gevallen die vanaf nu optreden. Als dat alarmerend zou zijn en gekoppeld aan een bepaald ziekmakend vermogen, dan kan je additionele maatregelen treffen.

De voorzitter:

Daarmee hebben we beslecht dat omikron met een k is en niet met een c, zoals het in de sciencefictionfilm is.

Mevrouw Aukje de Vries (VVD):

We komen veel over uw hobby's te weten, voorzitter. Van mij een vraag over de besmettingen op de scholen. Die zijn behoorlijk fors. De vraag is of u kunt toelichten hoe dat uiteindelijk ... Ze belasten natuurlijk zelf de zorg niet, maar hoe werkt dit door naar de ouders en de grootouders? Hoe waaiert dat uit? Is het pakket dat er nu voor de scholen ligt, voldoende om daar toch de besmettingen tegen te gaan?

De heer Van Dissel:

Voor de scholen gelden nog meer de afwegingen van schade versus voordeel bij sluiten. Vandaar dat we vooralsnog proberen de scholen zo lang mogelijk open te houden. Dat betekent niet dat je daar geen extra maatregelen hoeft te nemen om besmettingen en met name de besmettingsketen naar ouderen te voorkomen. Die maatregelen zijn gesuggereerd: meer testen en meer oplettend zijn op contacten tussen de kinderen en de kwetsbaren. Daar kun je natuurlijk een heleboel aan doen. Daar is ook een protocol voor geschreven. Het kan al beginnen met zelftesten en meer afstand houden van de grootouders gedurende deze periode. Al met al is dat erop gericht om de negatieve invloeden van de verspreiding onder kinderen zo beperkt mogelijk te houden.

Ik heb laten zien dat we onder de 50-plus een afvlakking zien van het aantal nieuwe gevallen. Het is in ieder geval nu niet de suggestie dat daar een doorgaan van de keten is. Eigenlijk zie je dat ook voor de andere leeftijden. We hopen dat het beperkt blijft tot de kinderen en maar in zeer beperkte mate naar de ouders en de leraren gaat en in nog beperktere mate naar kwetsbaren. Dat lijken de eerste getallen ook te suggereren.

Dan misschien nog een ander punt. Ik heb eerder de besmettingsmatrix per leeftijd laten zien: wie besmet wie? De bol van kinderen op kinderen was het grootst. De bol van kinderen op ouders en kinderen op grootouders was aanmerkelijk kleiner. Dat suggereerde eigenlijk dat de overdracht naar die kwetsbare groepen geringer was dan sec het aantal besmette kinderen deed vermoeden. Dat zijn allemaal redenen om daarmee terughoudend te zijn.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik heb een vraag naar aanleiding van sheet 16 met de groene en de rode bol. Ik weet dat dit plaatje door het OMT via VWS veel naar voren wordt gebracht. Ik heb er een zorg over. De ongevaccineerden verwachten we in het ziekenhuis, overigens liever wat later. Maar ik zou graag willen opkomen voor die 1.500 volledig gevaccineerden die er ook liggen. Ondanks dat ze uit een veel grotere bubbel komen, hoorden wij vanmorgen van de heer Kuipers dat uit onderzoek naar de boostervaccinatie in Israël blijkt dat die het aantal opnames met een factor 10 kan verminderen. Ik ben geen wetenschapper, maar hier wordt over een factor van 19,5 gesproken. In de tijd wordt het overigens wel weer minder. Ik vind het heel erg jammer dat we nu eigenlijk de conclusie moeten trekken dat, als de boosters waren gezet, er van die 1.500 een heleboel niet in het ziekenhuis hadden hoeven liggen, ondanks dat ze uit die veel grotere bel komen. Hoe denkt de heer Van Dissel daarover?

De heer **Van Dissel**:

U verwijst naar de boostervaccinaties. Daar misschien een paar woorden over. We weten dat boostervaccinaties bij een nieuw type vaccin zoals dit met name effectief zijn als de minimale periode ongeveer zes maanden bedraagt. Dat even met betrekking tot de ondergrens. Als je ze te snel zet, dan is de toegevoegde waarde daarvan minder. Dat is punt één, in het algemeen.

Een tweede punt gaat over het type boosters. Je kunt wel boosters zetten met een vaccin dat nog tegen de Wuhanvariant gericht is, maar nu we de deltavariant hebben, die zich deels daarvan onderscheidt, hadden wij het liefst gezien dat we boosters zouden zetten tegen de deltavariant, zoals we straks misschien al of niet boosters tegen de omikronvariant moeten zetten.

Een derde punt is de effectiviteit van de boosters. Ik ken het onderzoek van Israël natuurlijk ook. Dat volgt een groep van grofweg 1,5 miljoen mensen voor en na een boostervaccinatie. Die follow-up is overigens redelijk beperkt qua tijd. Dat is echt een aantal weken. Dan vergelijkt men het aantal infecties in de periode voor de booster met het aantal infecties na de booster. Ik ken de getallen niet helemaal uit mijn hoofd, maar dan zien ze een verandering op die 1,2 miljoen mensen van grofweg 300 naar 30. Dat is ook wat u zegt. Dan houdt je ongeveer 10% over. Dat is een korte follow-up, wil ik daarbij benadrukken. Je zou dat natuurlijk graag veel langer zien om te zien hoe lang zo'n effect standhoudt. Het geeft ook een mate aan van de absolute opbrengst: van die 1,5 miljoen houdt je er 300 over, en die breng je terug naar 30.

Dus ik denk dat u terecht zegt dat boosters een deel van de gevaccineerde opnames zouden kunnen voorkomen. Daarom worden ze ook uitgerold. De geweldige toename in infectiedruk in Nederland is een factor die erbij gekomen is. Die is zeker niet zo voorspeld, maar die factor maakt wel dat het virus nu zodanig rondgaat dat je die aantallen gaat krijgen van gevaccineerden in het ziekenhuis.

Had een eerdere booster dat kunnen voorkomen? Dat weten we gewoon niet, want dat is niet gebeurd. Het enige is dat we het in landen die misschien wat eerder waren ... We zien in heel Europa ongeveer een gelijke toename. Er is wel wat verschil in wanneer dat begon, maar je ziet het in Denemarken, Duitsland en Frankrijk. Sommige landen zijn verder met de boosters. Andere zijn minder ver. Ik wil nog wel benadrukken: what's in a name? Die derde prik is immers in wezen ook al een soort boostervaccinatie geweest bij de patiënten waarvan we wisten dat ze het laagst gereageerd hadden. Dat is eigenlijk de groep waar we ons in eerste instantie op gericht hebben. Die actie loopt al geruime tijd in Nederland.

Dus het antwoord is, denk ik, ja. We denken dat het een deel had kunnen voorkomen. Het komt deels doordat het virus zo geweldig rondgaat. Daardoor krijgen we nu relatief veel van die kwetsbare ouderen waarbij de vaccineffectiviteit helaas iets is teruggelopen. Dat heb ik u ook laten zien. Dat zullen we met die booster moeten proberen te verhogen.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Ik zou graag een vraag willen stellen over de adviesvraag. Voor ieder OMT-advies wordt er ook een adviesvraag opgesteld. Ik zou heel graag willen weten wie die vragen opstelt en wie daar allemaal bij betrokken is.

De heer **Van Dissel**:

U bedoelt de vragen aan het OMT? Die worden opgesteld door VWS.

De **voorzitter**:

Oké. Meer weet de heer Van Dissel niet, zegt hij buiten de microfoon om.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dank aan de heer Van Dissel voor deze uitgebreide presentatie en ook voor de sheets die hier nog achter zitten. Ik ben er al even doorheen gegaan en ga dat vanmiddag verder doen. Dank daarvoor, ook voor de gedachtes over de lange termijn. Als ik deze presentatie even heel snel naast de presentatie leg die we half november van de heer Van Dissel hebben gekregen, dan valt me op dat de grafieken over de ziekenhuizen en de ic's vooral gaan over hoe het nu is. Ze kijken maar een heel klein beetje vooruit, misschien twee à drie dagen. Eerder hadden we modellen met een curve over hoe het zou kunnen verlopen. Misschien ligt het modelmatig ingewikkeld nu — dat zou kunnen — maar kan de heer Van Dissel toelichten hoe hij dat inschat? En zijn die plaatjes alsnog ergens beschikbaar?

De heer **Van Dissel**:

Dat is een goede vraag. Ik wil heel even uitleggen hoe we die modelleringen doen. We hebben twee typen modelleringen. Een daarvan laat ik u hier zien. Dit model is gebaseerd op de meldingen. Dat noemen we een regressiemodel, omdat je gebruikmaakt van de historische associatie tussen meldingen in bepaalde leeftijdscohorten en opnames. Die methode geeft waarschijnlijk een overschatting van de verwachting. Dat heb ik u ook eerder laten zien. Maar op dit moment is dat de beste methode die we hebben.

Het tweede model is veel ingewikkelder. Dat noemen we het transmissiemodel. Dat is gebaseerd op onderlinge contacten, de invloed van vaccinatie daarop en noemt u het maar op. Het belangrijkste nadeel van dat model is dat het uitgaat van een bijna ideale mix van Nederland. We weten dat dat laatste met name niet het geval is op de plekken

waar de meeste ongevaccineerden zijn. Die zitten vooral in bepaalde regio's. We weten dat als een infectie in zo'n groep komt, die zich heel anders gedraagt. Die verspreidt zich dan sneller en leidt tot meer ziekenhuisopnames dan wanneer het homogeen gemixt zou zijn. Dat model geeft dus een onderschatting van de verwachting. Daarom willen we het niet meer presenteren, zolang het niet beter presteert. Je draait jezelf dan een rad voor ogen, omdat het de suggestie wekt van een eerdere en lagere piek dan je eigenlijk verwacht.

We weten waarom dat model minder goed presteert. We zien dat ook. In het gebied dat wordt aangewezen als de Bijbelgordel is het aantal gevallen en het aantal opnames bijna twee keer zo hoog dan in de rest van Nederland. Met "de rest van Nederland" bedoelen we zowel de stedelijke gebieden als de rurale gebieden. Die lopen door elkaar heen. Dat toont waarom het model niet werkt. We kunnen geen voorspellingen doen voor Nederland, omdat de vaccinatiegraad heel heterogeen is. Dat geldt met name voor die pockets en ook als die pockets met elkaar in verband staan, bijvoorbeeld door gemeenschappelijke scholen. Dan kan het plotseling heel snel omhooggaan in twee pockets. Dat is momenteel niet te modelleren. Dat geeft onzekerheid. We vinden het nu zo onzeker dat we het hier niet meer willen presenteren hier. Misschien kan het de volgende keer wel, maar dat is het achterliggende punt.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Bedankt voor uw presentatie. Zoals u wellicht weet, proberen wij al weken de ziekenhuisdata te krijgen, uitgesplitst naar gevaccineerd en ongevaccineerd op ziekenhuisniveau. Daar hebben we een aantal moties voor opgesteld, maar die hebben het helaas niet gehaald. De minister wil het niet geven en zegt: je moet me vertrouwen. Wij zijn van mening dat het niet onze taak is om hem te vertrouwen, maar om hem te controleren. U bent de directeur van het RIVM, dus u heeft een zelfstandig mandaat. U bent, als het goed is, onafhankelijk. Zou u die data misschien met ons willen delen? Daar zou u ons een groot plezier mee doen en dat komt ook het vertrouwen in uw instituut ten goede. Dat hoort ook bij een goede wetenschappelijke praktijk.

De heer Van Dissel:

Even voor de duidelijkheid: u wilt de aantallen weten van opgenomen gevaccineerden en ongevaccineerden?

De heer Van Houwelingen (FVD):

Wij willen dat heel graag weten op ziekenhuisniveau. De privacy kan gewaarborgd worden. Het mag eventueel vertrouwelijk; dat is allemaal in orde. Maar wij willen het uitgesplitst in gevaccineerd en ongevaccineerd. We willen dus niet het totaalcijfer. Dan kunnen we het ook verifiëren. Dat is alles wat we willen. Het zou heel fijn zijn als dat kan.

De heer Van Dissel:

Die getallen heb ik toegevoegd. Ik zit er even naar te zoeken.

De heer Van Houwelingen (FVD):

We willen het op ziekenhuisniveau, bijvoorbeeld het ziekenhuis in Maastricht. Dat bedoel ik. Want dat kunnen we het verifiëren. Nu kunnen we het niet verifiëren.

De heer Van Dissel:

Ja, maar ik weet niet eens of wij dat kunnen. Op pagina 38 ziet u de geaggregeerde

getallen. Ik begrijp wat u bedoelt, dus ik ga er even op door. Dat zijn de geaggregeerde getallen. In deze getallen ziet u ook de leeftijdsverschillen tussen gevaccineerden en ongevaccineerden. Die komen uit een rapport dat gistermiddag op de website is gezet. Misschien moet u daar even in kijken, want daar staat nog veel meer in. Precies dezelfde getallen worden namelijk per vaccin onderverdeeld. Of we het ook per ziekenhuis kunnen, moet ik navragen. Dat zal ik doen.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Ook dank aan de heer Van Dissel over zijn presentatie. Ik heb toch nog een vraag over omikron. Ik zag dat u geadviseerd heeft om reizigers uit een hoogrisicogebied buiten Europa een testplicht op te leggen en voor ongevaccineerden ook een quarantaineplicht. Hoe belangrijk is het dat dit advies zo snel mogelijk wordt opgevolgd? En waarom wordt er geen compleet inreisverbod geadviseerd, wat andere landen, zoals België, wel hebben gedaan?

De heer **Van Dissel**:

Wij geloven er erg in dat je risico's moet reduceren. Het nieuwe advies zegt in feite: als je zorgt voor een PCR voor vertrek en die is negatief, dan moet je ervan uitgaan dat men in de fase van het vliegen negatief is. Dan komt men aan en dan is er verplichte quarantaine, die op dag vijf wordt afgesloten met opnieuw een PCR-test. Als die ook negatief is, is wat ons betreft daarmee de kous af. Als de tweede test positief is, was iemand als het ware in statu nascendi. Het virus was aan het incuberen in de keel maar nog onvoldoende om positief te zijn en te verspreiden. Na aankomst wordt die persoon besmettelijk, maar die vang je op dag vijf. Als iemand op dag vijf positief blijkt, begint voor die persoon op dat moment de isolatieperiode. Dat is een wijze waarvan wij denken dat je er veilig mee zou kunnen vliegen. Het vliegverbod is natuurlijk iets wat je maar beperkt kunt opleggen. Ik heb steeds begrepen dat men voor Nederlanders en Europese staatsburgers altijd de plicht heeft om ze terug te halen, dus dat kan al niet absoluut zijn. Dan wil je het risico voor die groep zo klein mogelijk maken. Het tweede is natuurlijk dat je zo'n land volledig isoleert door alle contacten af te sluiten. Daar hebben we ook al het nodige over gehoord. Maar die contacten moeten gewoon veilig worden gemaakt. We denken dat dit met deze serie maatregelen kan.

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

Ik heb een vraag over pagina 32 over de basisregels. Het is duidelijk dat die het verschil kunnen maken in de bestrijding. Volgens de blauwe en de gele balkjes is het zo dat, behalve voor de mondkapjes in het ov, de mensen best breed achter de maatregelen staan en inzien dat ze belangrijk zijn, maar het om een of andere reden toch niet doen. Deels stemt dat hoopvol, want kennelijk valt daar nog heel veel te bereiken. Deels maakt het ook moedeloos, want de maatregelen gelden nu al zolang en het advies wordt al zolang gegeven en toch doen mensen het niet. Het RIVM heeft ook een gedragsunit. Die heeft al eerder geadviseerd over het gedrag waartoe maatregelen leiden en hoe dat beïnvloed kan worden. Kan die unit iets zeggen waarom het zo slecht gaat met de naleving en hoe we erop kunnen aansturen dat dat beter wordt?

De heer **Van Dissel**:

Dat is niet mijn gebied van expertise. Ik weet wel dat men interpreteert hoe het is. Er zijn natuurlijk een aantal interpretaties die de media hebben bereikt. In de eerste golf toen men het wel deed, waren er vele factoren, zoals angst voor wat ons overkomt, die maken dat de opvolging wellicht anders is dan in de huidige fase. Nu denkt men: ik ben 30, wat kan mij gebeuren? Terwijl dat natuurlijk wel consequenties heeft voor de

anderen in de maatschappij. Voor de verklaring verwijs ik graag naar de gedragsunit. Ik weet wel dat de gedragsunit met name een belangrijke invloed heeft op de communicatie van de rijksoverheid. Daar zitten nog veel meer deskundigen en ik denk dat zij zich met name over deze vraag buigen. Iedereen wil dat immers zo goed mogelijk krijgen. Dan kom je toch op de communicatie en op de omgeving zo inrichten dat het opvolging geven aan de maatregelen zo gemakkelijk mogelijk wordt gemaakt, het zogenaamde nudging. En natuurlijk de controle en handhaving, wat de derde poot ervan is. Die drie zouden het moeten doen. Over communicatie is het nodige gezegd tijdens de persconferentie. Daar zou met name de kracht moeten zitten om het eventueel aan te passen of te veranderen om het effect te bereiken dat u graag wilt zien.

De voorzitter:

Dank. We hebben nog ruimte, wellicht niet voor iedereen, maar zeker nog wel voor een aantal vragen. Meneer Van Haga.

De heer Van Haga (Groep Van Haga):

Op de RIVM-site stond vanmorgen nog: "De vaccinatie beschermt ook je omgeving. Als je gevaccineerd bent, kun je wel besmet raken, maar is de kans dat jijzelf besmettelijk wordt, klein." Mijn vraag is: is dat niet volledig achterhaald en zou dat niet gewijzigd moeten worden, want dat geeft toch een hele valse kijk op de zaak?

De heer Van Dissel:

Ik ben het met u eens dat het updaten van de website een nachtmerrie is, behalve natuurlijk qua actualiteiten. Dat kunt u zich ook wel indenken, denk ik. We hebben volgens mij duizenden webpagina's. De stand van de wetenschap daarover, ook gebaseerd op metingen in Nederland, is wat ik u net liet zien. De transmissie wordt ergens rond de 50% beperkt. Is dat klein of niet? Maar dat kunnen we dan beter kwantificeren. Het is gewoon een opgave die we bij het RIVM hebben, om dat zo goed mogelijk te doen.

De heer Azarkan (DENK):

Hoe verwacht de heer Van Dissel dat de griepgolf dit jaar gaat uitpakken?

De heer Van Dissel:

Dat is ook een beetje in een kristallen bol kijken. Ik heb u de vorige keer een dia laten zien die toonde dat als de griepgolf een jaar weg was, het jaar daarop 60% heftiger kan zijn. Tegelijkertijd weten we natuurlijk ook dat de maatregelen die nu ook weer gelden, zoals de 1,5 meter, waarschijnlijk de griep op afstand brengen. Dat hebben ze vorig jaar namelijk ook gedaan. Ik denk dus echt dat het daar heel erg van afhangt. Ten slotte weten we nog dat voor griep ook die contacten heel belangrijk zijn. Dan doel ik met name op internationale contacten, aangezien griep nogal eens wordt uitgewisseld. In al die drie factoren wordt momenteel aan de knoppen gedraaid. Dat maakt het extra ingewikkeld om te zeggen wat er precies gaat gebeuren. We hebben natuurlijk een heel raar RSV-seizoen gehad, met een deel in de zomer, terwijl we dat eigenlijk nooit zien. Dat zou namelijk eigenlijk nu ongeveer moeten opkomen. Er is gelukkig nog maar weinig griep, maar het is er wel degelijk. Ik denk dat het momenteel door de basismaatregelen opnieuw geremd wordt, maar we zullen echt moeten afwachten hoe dat straks gaat. In die zin is het een beetje in een kristallen bol kijken. We kunnen misschien vergelijkingen maken met de wat heftigere griepseizoenen die we recent hebben gehad. Die hebben natuurlijk ook een behoorlijke belasting voor de zorg betekend.

De heer **Hijink** (SP):

Ik wilde toch nog even doorvragen op mijn vraag van daarstraks over de maatregelen en de adviezen van het OMT. De heer Van Dissel zei: we maken een afweging, ook als het gaat om proportionaliteit. Het moet dus een proportionele afweging zijn. Ik vraag me af wat dan precies de rol is die het OMT heeft als het om adviezen gaat. U bent de baas van het Centrum Infectieziektebestrijding. Dan zou ik adviezen verwachten die gaan over het bestrijden van de infectieziekte en geen afweging van andere maatschappelijke belangen, zoals het wel of niet sluiten van horeca of het wel of niet laten doorgaan van sport. Ik wil graag van u horen waarom er niet wordt gewerkt met bepaalde scenario's of verschillende pakketten, waaruit de politiek vervolgens moet kiezen: waar sturen we precies op en wat is precies de strategie ...

De **voorzitter**:

Helder. Meneer Van Dissel.

De heer **Hijink** (SP):

... in plaats van dat er een advies wordt gegeven wat dan eigenlijk al ...

De **voorzitter**:

Meneer Hijink, ik zit in de tweede ronde, en u heeft de eerste ronde al vrij veel ruimte genomen. Uw vraag is volgens mij helder. De heer Van Dissel.

De heer **Van Dissel**:

Ik begrijp de vraag volgens mij heel goed. Ik wil zeggen dat de afwegingen die wij maken, niet de afwegingen zijn die u noemt. Voor de duidelijkheid zeg ik dat we hier natuurlijk veel discussie over hebben gehad. Het OMT heeft in een brief in april, na de eerste golf, al gezegd: maak die afwegingen breder. Die zijn vervolgens bij de planbureaus neergelegd. Dat zijn ook afwegingen die het kabinet bereiken. Dat zijn dus niet de afwegingen die ik bedoel. Wij zitten meer op de afwegingen die gebaseerd zijn op bijvoorbeeld bron- en contactonderzoek. Dat bedoel ik daarmee. Je kan daar dus soms uit halen waar harder drukken of eventueel een verbod effect kan hebben ten opzichte van wanneer je dat in een andere situatie doet. Dat zijn de afwegingen die het OMT maakt. Die hebben dus niks te maken met de gevolgen, want we begrijpen dat die er zijn en dat die heel vervelend kunnen zijn. Maar dat is niet onze taak. Die ligt gewoon bij de planbureaus. Wij gaan over andere afwegingen. Omdat het proportioneel is, althans, er wordt getracht proportioneel te zijn, moet je die ook maken, maar die gaan over de sectoren cultuur versus andere. Dat vertaalt zich naar hoeveel infecties daar plaatsvinden. Dat is de basis voor onze afweging.

De **voorzitter**:

Eerst mevrouw Westerveld en daarna mevrouw Van Esch.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Wij willen volgens mij met elkaar doen wat er nodig is om dit virus onder controle te krijgen. En om dat te kunnen doen, heb je natuurlijk inzicht nodig in evidencebased maatregelen die werken. Dan zou ik aan de heer Van Dissel willen vragen: kan hij ons dan ook de berekeningen, de discussie en de contactenmatrix sturen? Dan kunnen wij namelijk goed beoordelen of het eerder sluiten van de winkels en het niet meer mogen sporten na 17.00 uur ook daadwerkelijk werkt in de bestrijding van het virus.

De heer **Van Dissel**:

Natuurlijk. Maar of het werkt, is iets wat moet blijken. Ik heb u namelijk al laten zien hoe goed basisregels kunnen werken, maar als daar onvoldoende opvolging aan wordt gegeven, betekent dat dat je daar een volgende schil van weerstand overheen moet bouwen. En als die ook weer lek blijkt, bouw je weer een volgende schil. Dat is eigenlijk wat we aan het doen zijn. Hoe de schil gekozen wordt, hangt af van wat we weten over wanneer men contact heeft, hoe lang dat contact duurt en hoe vaak dat optreedt, in de tijd. Dat heb ik u net ook verteld. Je weet dus ook dat als je de tijd tot de helft beperkt, door bijvoorbeeld van 17.00 uur tot 05.00 uur te sluiten, daar dan een deel van de contacten mee wegvalt. Daar kan je dan mee rekenen. Vervolgens komt dat punt van het waterbedeffect, dat ook terecht gemaakt is: hoe weet je nou dat dan niet iedereen dat in plaats van in de avond in de ochtend gaat doen? Nou ja, als je iets van 17.00 uur tot 05.00 uur doet en normaliter werk je tot 17.00 uur, dan wordt het toch wat ingewikkeld om al die dingen na vijven, voor vijven te doen. Dus op die manier kan je doorrekenen wat het effect is van een generieke sluiting van detailhandel, van sport, op de te verwachten contacten die tot overdracht kunnen leiden. Dat systeem wordt gebruikt. Dat kan je doorrekenen.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Ik wil toch nog even doorgaan op de eerste vraag die ik stelde. Het niet adviseren van de 1,5 meter in vliegtuigen blijf ik namelijk niet snappen. We weten dat er 12.000 besmette mensen in vliegtuigen richting Nederland zaten. De afgelopen tijd zijn daardoor misschien wel 80.000 mensen besmet geraakt. Ik blijf het dus niet snappen. Men doet 72 uur van tevoren een PCR-test. Het advies is 48 uur, maar dan nog bestaat het risico om daarna nog corona op te lopen. Ik weet dat het allemaal adviezen zijn, maar ik blijf niet snappen waarom het anderhalvemeteradvies in vliegtuigen niet wordt gegeven.

De heer **Van Dissel**:

Laat ik het weer even systematisch opbouwen. We hebben gebieden waar we echt geen introductie uit willen, nu bijvoorbeeld zuidelijk Afrika, tot we helderheid hebben over hoe dat al verspreid is. Dan zeggen we bij die gebieden: we willen een PCR-reactie hebben, niet van drie dagen oud, maar gewoon van nu. Dat is dus het advies. Vervolgens komen ze hier en gaan ze in inmiddels verplichte quarantaine. Dan meten we op dag vijf opnieuw. Dan is dus in wezen de vraag die u stelt: wat is de toegevoegde negatieve waarde van bijvoorbeeld die tien uur vliegen, op overdracht van iemand die met een negatieve PCR het vliegtuig in is gegaan? Dat zullen we weten, omdat we nu ook follow-up hebben van die hele groep. Dan kunnen we uw vraag misschien beter beantwoorden. Maar we zien nu in ieder geval wel dat degenen die nu positief testen, het niet in het vliegtuig aan elkaar hebben doorgegeven. En de rest was negatief bij binnenkomst. De vraag is dus of het risico zo groot is wanneer je met een negatieve PCR aan boord stapt.

Dan hebben we een tweede punt. Niet iedereen komt bij een luchthaven binnen. Sterker nog, de meesten gaan via de weg of andere routes, zeker binnen Europa. Kunnen we die allemaal checken?

Dan nog het derde punt. Van degenen die uit Zuid-Afrika terugkomen, weten we — het zijn er behoorlijk wat in een week — dat twee derde weer vertrekt. Dat zijn transitpassagiers. Wat gaan we daar dan mee doen?

Kortom, het is nog niet zo eenvoudig. Wij denken dat het de beste garantie is om bij vertrek zeker te weten dat ze negatief zijn. De korte periode na vertrek geeft dan toch

een heel gering risico. Daarna pakken we het meteen weer over met de quarantaineperiode en de controle daarna. Ik denk dat juist deze vluchten, waarbij dat allemaal zo goed gecontroleerd is, ons in wezen weer extra informatie geven over uw zorg.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg. Nee? De heer Paternotte.

De heer Paternotte (D66):

De afgelopen weken zagen we veel noodoproepen van verloskundigen, verpleegkundigen en gynaecologen over de hoeveelheid zwangere vrouwen die op de intensive care belanden en daardoor ook baby's die eerder gehaald moeten worden. Dat zijn natuurlijk verschrikkelijke verhalen. Als ik dan zie dat één ziekenhuis in Rotterdam er meer 32 op de intensive care heeft en de vaccinatiegraad onder zwangeren onder de 50% ligt, is mijn vraag of deze cijfers ook centraal bekend zijn. Is bekend hoe hoog die vaccinatiegraad is en is er een verklaring voor waardoor die zo laag is?

De heer Van Dissel:

Die cijfers zijn nog niet bekend. U zegt terecht dat Rotterdam meldde dat het er 32 waren. Wij willen dat natuurlijk graag weten, maar mogen al die informatie niet zomaar koppelen. We zullen kijken wat daarvoor moet gebeuren. Het tweede is de vaccinatie bij zwangerschap. Die blijven achter en dat is heel erg jammer. We zien tegelijkertijd dat gelukkig die andere vaccinatie, tegen kinkhoest, inmiddels tot zo'n 70% omhoog gelopen is. Dat doet vermoeden dat ook de covidvaccinatie, zeker nu het meer in de aandacht komt, omhoog kan. Zwangeren zijn een risicogroep gebleken. Dat kan je je ook voorstellen, net zoals zeer adipeuze mensen.

De heer Paternotte (D66):

Adipeuze?

De heer Van Dissel:

Sorry, zeer zwaarlijvige personen. Die komen eerder in de problemen door druk op het middenrif. Die zijn dus eerder gecompromitteerd en zijn ingewikkelder wat betreft de ic uiteraard. Dat maakt het extra tragisch dat het gebeurt, omdat je dat door vaccinatie kan voorkomen. Ik denk dat we daar echt aandacht voor moeten hebben, zodat specifiek deze groep doordrongen wordt van deze boodschap en tot vaccinatie overgaat.

De heer Paternotte (D66):

Kunt u dat de volgende keer meenemen in de presentatie?

De voorzitter:

Nee, meneer Paternotte. Mevrouw De Vries, gaat uw gang. Nee? Dan mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. De vorige keer rekende de heer Van Dissel nog met een vermindering van de transmissie van 75%. Dat is nu bijgesteld naar 50%. Ook het aantal ziekenhuisopnames ...

De voorzitter:

Wacht even. Er is een spraakverwarring. Kunt u het herhalen?

De heer **Van Dissel**:

Gaat u maar door, hoor.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat zei u zojuist. U zei zojuist dat de transmissie nu gerekend wordt met 50% minder. Bij het aantal ziekenhuisopnames werd eerst bij volledig gevaccineerden gerekend met een vermindering met een factor 20 en nu met 12,5. Er liggen nu wetswijzingen in de Tweede Kamer, waarbij ook doorrekeningen van het RIVM zijn gebruikt over de effectiviteit van die coronapassen en waarbij nog gerekend wordt met twintig keer minder ziekenhuisopnames van volledig gevaccineerden en 75% minder transmissie. Mijn vraag is of u voor de behandeling van die wetgeving, voor die wetgevingsoverleggen, met geactualiseerde doorrekeningen kunt komen.

De heer **Van Dissel**:

Ik hoorde een paar percentages die ik niet helemaal vind. We willen op de R 25% omlaag.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Nee, nee. Dat bedoel ik niet.

De heer **Van Dissel**:

U verwijst denk ik naar de transmissie en de infectiebeperking door delta, naar die pagina. De beperkingen voor de testen zijn doorgerekend. Daar heeft u het rapport over gehad. Die geven de relatieve werkzaamheid, die daardoor niet beïnvloed wordt. Dat is de relatieve, dus als percentage ten opzichte van de ander. Die hangen niet rechtstreeks af van deze getallen. Absoluut gezien natuurlijk wel — dat ben ik met u eens — maar niet qua relatieve effectiviteit. Dus als u mij vraagt om alles weer door te rekenen voor 2G versus 2G-plus of 3G dan is het antwoord: die percentages worden daar niet door beïnvloed, die percentages van de relatieve werkzaamheid.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Nou, oké. Laat ik hier maar niet verder op ingaan. We hebben daar eerder navraag naar gedaan. Een van de factoren is een twintig keer lagere kans op ziekenhuisopname.

De heer **Van Dissel**:

Nee, maar absoluut gezien heeft u gelijk. Dus absoluut gezien wel, maar niet relatief ten opzichte van elkaar. En dat is denk ik uw vraag, of 3G plus testen ten opzichte van 3G ten opzichte van 2G waar wij percentages werkzaamheid aan hebben gekoppeld, onderling veranderen. En dat doen ze niet. Hoe zich dat vertaalt naar het absolute aantal dat je daarmee voorkomt, verandert uiteraard naarmate die getallen veranderen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, en ...

De **voorzitter**:

Mevrouw Agema, sorry. Nee.

Mevrouw **Agema** (PVV):

We gaan die wetten behandelen en zien de heer Van Dissel niet meer voor die tijd.

De **voorzitter**:

Ja, maar ik wacht even tot de heer Van Houwelingen is geweest. Daarna kunt u wellicht nog een vraag stellen, maar ik wil gewoon ...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Als we de verschillen in absolute aantallen ...

De **voorzitter**:

... netjes op de klok zitten.

Mevrouw **Agema** (PVV):

... weten, dan weten we Want die absolute aantallen ...

De **voorzitter**:

Dat is een vraag die u net heeft gesteld.

Mevrouw **Agema** (PVV):

... zijn heel belangrijk voor het aantal ziekenhuisopnames en dergelijke.

De **voorzitter**:

Helder. Kunt u dat leveren?

De heer **Van Dissel**:

Ik kan de modellers vragen of dat kan, maar dan doe je dat weer voor verschillende situaties.

De **voorzitter**:

Oké. Check het. Dan horen wij het graag.

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

Ik heb een vraag over de oversterfte. Dat is sheet 9. Daar maken wij ons erg veel zorgen over. Dat kunt u begrijpen. Die lijn gaat als een raket omhoog. Volgens mij is die nu hoger dan een jaar geleden, toen nog niemand gevaccineerd was. Nou is mijn vraag: heeft u enig idee waardoor dat komt, waardoor die oversterfte nu zo hoog is? Heeft dat er misschien mee te maken dat onze volksgezondheid in het algemeen verslechterd is door de lockdowns? Komt het misschien door bijwerkingen van vaccins? Heeft u enig idee? Hoe komt het toch dat die zo hoog is?

De heer **Van Dissel**:

De oversterfte moeten we apart analyseren. Daar heb ik niet in dat detail antwoord op. Er zal met het CBS moeten worden gekeken welke leeftijdsgroepen het zijn. Dan moet je kijken of daar redenen voor zijn. Maar wat ik niet helemaal zie in de grafiek die ik u toonde, is dat het nu hoger dan ooit is.

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

Hoger dan een jaar geleden.

De heer **Van Dissel**:

O, oké. Nee, precies. Want het is juist relatief gezien lager. Ja.

De **voorzitter**:

Helder. Wie wil er nog een tweede vraag? Mevrouw Westerveld.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

We hadden het net even over de doorrekeningen die ten grondslag liggen aan de beperkende maatregelen die het OMT voorstelt. Ik zou willen vragen of we die kunnen ontvangen, het liefst nog voor het debat, omdat we vanmiddag en vanavond gaan debatteren over dit onderwerp.

De heer **Van Dissel**:

Dat zal ik echt moeten navragen. Het lijkt mij bijna een mission impossible om dat voor het debat te geven, maar ik kan het voor u vragen.

De **voorzitter**:

Het antwoord is volgens mij helder.

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):

Nee, maar als het in de brief wordt voorgesteld, dan neem ik toch aan dat de onderliggende stukken beschikbaar zijn.

De heer **Van Dissel**:

Ik zei u al toe dat ik het zal nagaan. Ja?

De **voorzitter**:

Wie nog meer? Mevrouw Agema nog tot slot.

Mevrouw **Agema** (PVV):

In het verlengde van de heer ... eh ... eh ... Van Houwelingen. Ik dacht het wel, maar ik dacht "Van" of "Voor". Sorry. Die vaccinatiegraad onder 80-plussers is 94%. Die is heel erg hoog. Maar 6% van de 80-plussers is niet gevaccineerd, maar we zien dat het aantal opnames skyhigh is in die leeftijdsgroep. Het aantal overlijdens schiet omhoog. Het aantal overlijdens in verpleeghuizen zit weer op 22%. De heer Van Dissel zei al in de richting van de heer Van Houwelingen dat hij eigenlijk niet goed weet hoe dat komt. Maar wij hebben wel behoefte aan meer duiding en iets anders dan alleen maar: ja, de infectiegraad is heel hoog. Kunnen wij daar op wat kortere termijn een duiding van krijgen? De heer Van Dissel zegt dat hij dat nu niet heeft. Maar kunnen we dat eerder krijgen dan de eerstvolgende technische briefing? Daar zitten gewoon heel veel zorgen, ook in het land. Ik zou daar graag meer over te weten komen.

De heer **Van Dissel**:

Ja, ik gaf u aan: wij willen ook een heleboel, maar we zijn beperkt door privacywetgeving en dergelijke die maken dat wij niet zomaar automatisch dingen kunnen koppelen. Om de details van de oversterfte te achterhalen, moeten wij, denk ik, bij het CBS zijn. Dat wil ik graag voor u aankaarten. Wat betreft de oversterfte in verpleeghuizen: u ziet op pagina 9 de toename van het aantal personen in verpleeghuizen. Daaronder ziet u de nu toegeschreven sterfte. Daar ziet u dat dat nog veel lager is dan in de eerder golven, terwijl het aantal meldingen ongeveer gelijk is. Wat ik alleen maar wil ...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Nee, ik zie een percentage van 22% ...

De heer **Van Dissel**:

Laat mij misschien heel even ...

Mevrouw **Agema** (PVV):

... dat corona krijgt en overlijdt. Dat is niet hetzelfde.

De heer **Van Dissel**:

Ik wil graag even ...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, want ik zei dat niet.

De heer **Van Dissel**:

... uitspreken.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik zei dat niet. Ik zei niet dat er nu meer mensen sterven in het verpleeghuis.

De heer **Van Dissel**:

Nee, nee, nee, daar gaat het ook niet om. Ik geef alleen ...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik wees op het percentage.

De heer **Van Dissel**:

... een illustratie van het feit dat wij maar over beperkte getallen beschikken. Ik wil graag voor u navragen of we daarin meer kunnen betekenen en ook zo snel mogelijk.

Natuurlijk. Dat gaan we doen. Ik weet alleen dat we die dingen nu niet hebben. Dan moeten er allerlei provisies worden gemaakt, waardoor het mogelijk wordt dat het RIVM die analyses doet.

De **voorzitter**:

Dank. Daarmee zijn we gekomen aan het einde van deze technische briefing. Er lag een aantal verzoeken. De heer Van Dissel gaat kijken of dat nog lukt.

Ik wil de heer Van Dissel ontzettend bedanken voor zijn tijd en aandacht hier. Ik wens ons een smakelijke lunch. Het is een krappe voorbereiding op het debat dat deze middag zal plaatsvinden over de stand rondom corona. Heel hartelijk dank aan de Kamerleden, de heer Van Dissel, de medewerkers die dit volgen, de bode, de stenograaf en de griffier. Ik wens u allen een goede middag.

Sluiting 12.24 uur.