

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 maandag 9 november 2020 te 18.00 uur aan de Dienst Verslag en Redactie** te retourneren. Hebben wij op het moment van het verstrijken van de correctietermijn geen reactie ontvangen, dan gaan wij ervan uit, dat u instemt met de weergave van uw woorden. **Let op!** Neem voor uitstel van de uiterste correctiedatum contact op met de griffier van de desbetreffende commissie.

Inlichtingen: tel. 3182104.

Tweede Kamer, Update coronavirus

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Concept

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 28 oktober 2020 gesprekken gevoerd over **Update coronavirus**.

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

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

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

Voorzitter: Lodders

Griffier: Post

Aanwezig zijn veertien leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Diertens, Dik-Faber, Van Esch, Van Haga, Hiddema, Hijink, Kröger, Kuzu, Lodders, Ploumen, Van der Staaij en Veldman,

alsmede de heer Van Dissel en de heer Kuipers.

Aanvang 10.00 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen. Hartelijk welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is een technische briefing met een update over het coronavirus. Hartelijk welkom aan de heer Ernst Kuipers, hier bij ons aan tafel, voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg. In de meeluisterzaal zit op dit moment de heer Jaap van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. Ook tegen de heer Van Dissel zeg ik hartelijk welkom. Uiteraard hartelijk welkom aan de Kamerleden en aan de mensen die thuis of op een andere plek deze briefing volgen.

We starten met het eerste blok. Ik geef zo dadelijk de heer Kuipers het woord om zijn presentatie te doen. Daarna geef ik de leden gelegenheid om een vraag te stellen over de presentatie. Dan hebben we een tweede blok. Ik ga ervan uit dat u uw tweede vraag in het tweede blok wilt stellen.

Meneer Kuipers, mag ik u het woord geven? Ik begrijp dat u begint met het aanpassen van de datum op de eerste dia.

Blok 1

Gesprek met de heer Ernst Kuipers, voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg

De heer Kuipers:

Ja, veel excuus. Dat heb ik niet gezien, maar er stond in de titel nog dezelfde datum als vorige keer, 14 oktober. Dat moet nu uiteraard 28 oktober zijn, maar de strekking van de titel blijft precies dezelfde.

Ik wil u een aantal dia's laten zien van modellen van waar we nu staan qua ziekenhuisbezetting en wat we voor de komende weken verwachten. Ik wil ook wat laten zien van het aantal verplaatsingen die de afgelopen dagen tussen regio's plaatsgevonden hebben, mede ook omdat hierover toenemend dingen in het nieuws zijn. Tot slot wil ik wat laten zien over wat de aantallen betekenen voor de reguliere zorg.

Eerst even deze dia. Hier staat ondertussen wel de goede datum onder. Deze dia heb ik u twee weken geleden laten zien. Wat het toont, is het aantal patiënten in de kliniek. Ik zal net als de vorige keer onderscheid maken tussen klinische patiënten en ic-patiënten. Dan moet u zich voorstellen dat klinische patiënten over het algemeen nog steeds wel degelijk ernstig ziek zijn, aan de zuurstof liggen, veel medicatie hebben en regelmatig op de grens liggen van wel of niet naar de ic. Dat sluit aan bij de beelden die we eerder hadden. Het is een ernstig ziektebeeld.

Dit is het aantal klinische patiënten, zoals de vorige keer getoond, toen met dat oranje blokje ingevuld voor waar we per dag stonden. Er liep een curve. Ik heb toen gezegd: als de maatregelen van dat moment een effect hebben en per direct leiden tot een R-waarde van 0,9, dan buigt de curve af naar de onderste curve, als het per direct leidt naar een R-waarde van 1, dan krijgen we de middelste curve, en als er niks verandert, dan zien we de bovenste curve, waar ook bij staat "huidige trend zet door". We zaten toen, 14 oktober, bij het blauwe bolletje. We zitten nu bij het rode bolletje. Met andere woorden, het lijkt erop dat we nog steeds zitten op de trend die doorzet. Dit is voor de kliniek. Ik kan het u ook laten zien voor de ic. Precies hetzelfde type plaatjes, zelfde

schaal, zelfde dingen, maar dan de ic-patiënten. Dan ziet u ook het blauwe bolletje van vorige keer en het rode bolletje voor waar we gister stonden. De getallen van vandaag krijg ik rond 12.00 uur. Dus die heb ik nog niet. Die kon ik hier nog niet invoeren.

Wat het toont, is het volgende. U kent allemaal het beeld dat u in uw auto rijdt en op uw gps op een bepaald moment een afslag moet zien, en dat u niet helemaal zeker weet of u naar links of naar rechts of rechtdoor moet. Op een gegeven moment kijk je naar wat de gps doet. Hier zitten we bij de gps op dit moment nog steeds niet op de juiste afslag. Dat is wel met de aanname dat bij maatregelen de R-waarde gelijk verandert. Dan komen we wel op een verschil ten opzichte van de eerste golf. Bij de eerste golf hadden we, zonder metingen, vermoedelijk in korte tijd een zeer groot aantal besmettingen, met een R-waarde die, als ik afga op de getallen van het RIVM — Jaap van Dissel moet me straks maar corrigeren — ruimschoots boven de 2 zat. Ik heb ook getallen gehoord van misschien wel op een bepaald moment tot 3. Dan krijg je in heel korte tijd heel veel besmette mensen. Dan krijg je dus kort daarop ook, in hele korte tijd, hele grote aantallen opnames. Wat er toen gebeurde rond 15 maart, was een complete lockdown, dus ook een hele snelle omslag in die R-waarde. We hadden dus een hele snelle stijging en ook een snel bereikt plateau. Ik heb dat eerder vergeleken in de media met een vloedgolf. Wat we nu zien, is dat de R-waarde niet zo heel extreem is, maar dat die heel lang aanblijft boven de 1, dus dat de stijging minder snel maar heel lang doorgaat, en dat ook de omslag veel langzamer is naar net 1 of misschien naar de 1.

Hier was de aanname: wat als de R-waarde gelijk naar de 1 gaat of gelijk naar 0,9? Dan ziet u dat we in het beloop van de twee weken sinds de vorige keer dat ik hier was, nog steeds op het verkeerde spoor zitten. Je kunt dan ook een andere aanname doen: vermoedelijk is het niet in één keer naar beneden gegaan, maar stapsgewijs en zitten we wel onder de 1. Dan is hier ingekleurd hetzelfde beeld. Opnieuw: ic-patiënten, in oranje weergegeven tot en met gister. U ziet dat dat al heel lang eigenlijk precies loopt volgens de curve. Op papier is te zien dat de curve gewoon doorloopt. In het oranje ziet u soms hele kleine variaties, soms net erboven en soms net eronder, maar hij loopt al opvallend lang volstrekt conform de predictie, tot op de dag van gister. Als die R-waarde ondertussen wel al enige tijd onder de 1 zit, bijvoorbeeld 0,9, dan moeten we nu een afbuiging gaan krijgen en dan zitten we bijna bij de piek. Dat sluit aan bij de opmerkingen gisteren in het persmoment. De patiënten die tijdens het plateau, het hoogste moment, in het ziekenhuis liggen, zijn nu al besmet. Aanvullende maatregelen zijn niet nodig, want we hebben de piek al feitelijk voor ons. Die mensen zijn al besmet, komen straks al in het ziekenhuis en aanvullende maatregelen zullen alleen leiden tot een snellere daling. Maar dan moeten we dus ook de afvlakking, de afremming van stijging, echt de komende dagen al gaan zien. Dan zit de piek bij 3 november. Dat is niet heel ver van ons verwijderd. Daar zitten we een week vandaan. Als dat leidt tot een R-waarde van 1,0, dan ziet u dat we op hetzelfde moment dat plateau bereiken, maar uiteraard blijft die dan gewoon horizontaal doorgaan. Als we er nog niet zitten, dan blijft, weliswaar in afgezwakte vorm, de stijgende lijn verder doorgaan.

Datzelfde doen we voor de kliniek. Precies hetzelfde plaatje: de curve, met in blauw weergegeven waar we tot en met gisteren stonden. Hetzelfde verhaal: als u in detail op het papier kijkt, dan ziet u dat het blauw ingevulde vak soms iets boven en soms iets onder de curve zit, maar dat het de curve al heel lang opvallend volgt. Complimenten voor de modelmakers, maar je hoopt natuurlijk dolgraag dat het anders is, dat het model niet gevolgd wordt. Maar dit is wat er tot nu toe gebeurt. Opnieuw met dezelfde aannames: dan zouden we de piek nu bijna bereikt moeten hebben. Dan moet je dus in

de komende dagen al een steeds verdere vertraging zien van de toename tot het plateau. Immers, het kan niet een effect zijn van de ene dag nog honderd erbij, de volgende twee dagen nul en dan al naar beneden. Dat is zeer onwaarschijnlijk.

Dan gaan we nog een stap verder. Wat als dat effect nou nog niet bereikt is? Wat als die R-waarde tot vandaag, dus tot en met gister, feitelijk nog boven de 1 was? U ziet dan feitelijk drie dingen. Het eerste is dat de stijgende lijn nog langer doorschuift. De piek wordt dus hoger. U ziet dat we met de ic dan boven de 1.000 patiënten uitkomen. Immers: hoe langer je doorstijgt, hoe hoger je komt. Het tweede is daar automatisch aan gekoppeld. Hoe langer je doorstijgt, hoe later je de piek op het plateau bereikt. Het derde en misschien wel allerbelangrijkste — dat ziet u maar ten dele op dit plaatje — is: als je hoger zit en later, duurt het automatisch ook nog weer veel langer voor je weer terugkomt op een normaal niveau. Dus als we de waarde nemen van de middelste curve ... Over de onderste, een R-waarde van 0,7, moet de heer Van Dissel maar wat zeggen; dan moet je wel heel veel effect bereiken. Maar als je een R-waarde van 0,9 bereikt, krijgen we dus een piek ergens rond 17 november. Dan zit het aantal ic-patiënten boven de 1.000. Dan ziet u aan de dalende trend — u kunt 'm zo extrapoleren — dat het ruim tot in het nieuwe jaar duurt voordat je weer op enigszins normale waarden komt. Dus: latere piek, hogere piek en langere duur. Dat is ten aanzien van de ic.

Precies hetzelfde kunnen we uiteraard zien ten aanzien van de kliniek. Dat lichtblauw gearceerde is wat er tot nu toe bereikt is. De verticale streep is waar we nu staan. Dezelfde aannames. Als de R-waarde tot nu boven de 1 zat en dan vanaf nu verandert, dan krijgt u deze curves: hogere piek, latere piek en langere duur.

Dan is de vraag welke parameters we gebruiken voor zo'n model.

De voorzitter:

Ik stel voor even te stoppen, want dit is de aanvangsbel van de plenaire vergadering en die duurt een minuut.

De heer Kuipers vervolgt zijn presentatie. Gaat uw gang.

De heer Kuipers:

Dank u wel. Het LCPS vraagt driemaal daags alle ziekenhuizen via de ROAZ-regio's de gegevens over beschikbare capaciteit, maar zeker ook voor de modellen over aantallen patiënten, aantallen nieuwe patiënten en bezetting. Dat gebruiken we iedere keer voor de plot. U ziet hier iets over de wiskundige achtergrond daarvan. Daarbij wordt ook gekeken, uiteraard, naar gegevens zoals de rioolwaterbesmettingen, het aantal nieuwe infecties et cetera.

Dit geeft aan wat er tegelijkertijd gebeurt ten aanzien van plaatsing tussen regio's. Ik zeg nadrukkelijk "tussen regio's", want binnen regio's wordt bij ziekenhuizen tenminste nog eens zoveel verplaatst. U ziet links, in oranje en roze, de ic-patiënten, en rechts de kliniekpatiënten. In het donker ziet u de ontvangen patiënten per regio en in lichtblauw of lichtroze de uitgeplaatste ic-patiënten. U ziet dat het tussen regio's om een veelvoud van patiënten gaat. Als u kijkt naar bijvoorbeeld de regio Noord, dan ziet u dat het in de afgelopen weken zowel voor de ic als voor de kliniek om grote aantallen patiënten gaat.

De voorzitter:

Mevrouw Ploumen heeft een verduidelijkende vraag. Gaat uw gang.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik vroeg me af of dit uitsluitend gaat over COVID 19-patiënten of dat het over de hele patiëntenpopulatie gaat.

De heer **Kuipers**:

Dit gaat uitsluitend over covidpatiënten. We verplaatsen vanuit het LCPS uitsluitend covidpatiënten. Dat doen we bewust om te zorgen dat de reguliere zorg op iedere plek zo veel mogelijk gewoon door kan gaan.

U kunt dezelfde getallen in iets andere vorm zien. U ziet ze hier per week weergegeven. In lichtblauw het aantal klinische patiënten en in oranje en roze het aantal ic-patiënten, per week links en per regio rechts, uiteraard optellend tot dezelfde aantallen. Het gaat dus om grote aantallen patiënten.

Deze dia is dezelfde als ik de vorige keer heb getoond. Afhankelijk van waar de scenario's naartoe gaan en waar we het plateau bereiken, ziet u in welke mate er een afschaling nodig is van de reguliere zorg. Uiteraard zijn dit percentages met bandbreedtes. Dat wisselt per type zorg, dat wisselt per ziekenhuis en dat kan wisselen per regio. Dit is een plaatje voor de aannames ten aanzien van het hele land. Daarbij streef je ook naar zo'n evenredig mogelijke verdeling van de covidzorg.

Daarmee komen we aan het eind.

De **voorzitter**:

Dat was uw laatste dia. Hartelijk dank zeg ik in de richting van de heer Kuipers namens alle aanwezigen. Dan geef ik graag de leden het woord voor het stellen van vragen. Ik begin bij mevrouw Agema namens de fractie van de PVV. Gaat uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik dank de heer Kuipers voor zijn presentatie. Wat hij ook nu weer heel erg goed duidelijk maakt, is dat het verschil met maart is dat we toen een hele snelle oploep hadden die ook weer heel snel naar beneden ging — wat je snel kunt noemen — maar dat die oploep nu veel trager verloopt en er nog geen begin is van een afbuiging. Mijn vraag aan de heer Kuipers is of hij kan schetsen wat er na de komende week gaat gebeuren als het gaat om de ziekenhuiszorg. Komt er een situatie dat de medewerkers het niet meer vol gaan houden? Wat gebeurt er met de reguliere zorg? Een periode van een paar weken je reguliere zorg niet krijgen is heel anders ... We weten dat er trouwens heel veel mensen zijn van wie de reguliere zorg niet opgepakt is. Maar als het een veel en veel hogere golf wordt die veel langer gaat duren, kunnen onze zorgmedewerkers dat dan aan en hoelang komen mensen zonder reguliere zorg te zitten? Wat is uw inschatting daarvan?

De **voorzitter**:

Hartelijk dank, mevrouw Agema. Nog even voor de volledigheid: één vraag in dit blokje. Er is dus geen gelegenheid voor doorvragen. De heer Kuipers in antwoord op mevrouw Agema.

De heer **Kuipers**:

Ik geef met dit plaatje aan dat de aantallen die we nu al bereiken sowieso aanzienlijk zijn, zelfs als die R-waarde onder de 1 is en gelet op de duur die het heeft voordat het

weer terugkeert naar een beetje een normaal niveau. Dat betekent dat we onder andere met de Nederlandse Zorgautoriteit en de Federatie Medische Specialisten echt op ziekenhuis- en regioniveau moeten kijken naar de continuïteit van de reguliere zorg en ons best moeten doen om alle zorg die binnen zes weken moet, ook zo te accommoderen dat het ter plaatse kan. Desnoods door bepaalde regio's of bepaalde ziekenhuizen te ontlasten van covidpatiënten als zij een langere wachtlijst voor regulier hebben. Daar werken we op dit moment aan met de NZa en de federatie. Maar het effect zal sowieso lang op zich laten wachten. Wat we de komende dagen willen zien, is de afvlakking van de stijging, want als de curve zo doorgaat, dan zullen we echt voor hele lange tijd zeer substantiële delen van de zorg moeten afschalen. Wat voor impact heeft dat op de medewerkers? De medewerkers zijn op zich zeer professioneel, maar het is een enorme belasting. Ze zoeken ook echt hoe ze die beide patiëntenstromen zo goed mogelijk kunnen combineren.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Van den Berg namens de fractie van het CDA. Gaat uw gang.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Ook dank van onze kant voor de presentatie van meneer Kuipers. Er wordt dus hard naar gestreefd met die patiëntenspreiding om ervoor te zorgen dat er niet in het ene ziekenhuis geen oncologische operatie meer is en het andere ziekenhuis bij wijze van spreken nog wel een knieoperatie zou doen, en dat het gelijkmatig is. Maar wij horen natuurlijk ook dat het ziekteverzuim onder zorgmedewerkers sterk stijgt, omdat men zelf in quarantaine moet of zelf corona heeft gekregen, of soms omdat de psychische belasting te groot is geworden. Kunt u aangeven wat het effect is van het ziekteverzuim op de bezetting die mogelijk is?

De heer Kuipers:

Dat ziekteverzuim heeft wel degelijk extra impact. U moet zich voorstellen: als een ziekenhuis wordt geconfronteerd met normaal gesproken 5% ziekteverzuim en nu 10% ziekteverzuim heeft, evenredig onder verpleegkundig en medisch personeel, dan heeft dat direct een aanzienlijk verlies van klinische capaciteit tot gevolg. Of nog meer inzet van ondersteunende krachten, zodat het gediplomeerd personeel met meer assistentie een deel van die verloren capaciteit invult. Maar het heeft een grote impact.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Diertens, ik geef graag u het woord namens de fractie van D66. Gaat uw gang.

Mevrouw Diertens (D66):

Dank u wel. Ook weer dank voor de heldere presentatie en de duidelijke ontwikkelingen die hier misschien uit af te leiden zijn. De cijfers zijn toch wat anders dan de cijfers die we tot nu toe hebben. Ik vind deze toch wat zorgelijker. Ik heb een vraag over de regionale versus de landelijke cijfers. In hoeverre zijn de regionale verschillen hierin meegenomen? Kijken we bijvoorbeeld naar Amsterdam, waar 20% meer positieve testen zijn. Betekent dit niet dat de druk op ziekenhuizen gaat afnemen als de algemene cijfers beter worden? Kunt u daar wat dieper op ingaan? Het noorden is heel anders dan de gebieden in de Randstad, bij wijze van spreken.

De heer Kuipers:

U zag net als ik in de getallen die het RIVM liet zien dat in het noorden net als in Zeeland er een afvlakking of zelfs een lichte daling is, in sommige provincies, van het aantal besmettingen. Dat zit ook echt op een ander niveau dan bijvoorbeeld in de Randstad. Dat sluit ook aan bij het beeld dat we al langere tijd zien van het aantal patiënten dat zich presenteert. U zag overigens ook in de plaatjes die ik liet zien over uitplaatsen en ontvangen, dat veel patiënten uit bijvoorbeeld de Randstad naar het noorden of naar Zeeland gaan. Dat blijft tot nu toe nog steeds het beeld. Dat moeten we doen om te zorgen dat de ziekenhuizen in de Randstad niet volledig vastlopen. De verhalen daarover hebt u ook al wel een aantal keren zien voorbijkomen: spoedeisende hulpen die tijdelijk dicht zijn of een opnamestop. Eergister was het ziekenhuis in Dordrecht in het nieuws. Dat zei: we hebben zo veel covidpatiënten dat we die even niet op kunnen vangen. Dat hebben we toen opgevangen door een andere verdeling in de regio. Het zijn allemaal beelden van grote druk.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan de heer Hijink namens de SP. Gaat uw gang.

De heer Hijink (SP):

Dank, voorzitter. Ook dank aan de heer Kuipers voor zijn korte maar hele duidelijke toelichting. Mijn vraag gaat over het sturen op ziekenhuiscapaciteit, waar wij al heel lang in deze Kamer een debat over hebben. Mij bekruipt toch het gevoel, ook als ik deze cijfers weer zie, dat het sturen op ic- en ziekenhuisopnames toch een soort wandeling langs de afgrond is. Je bent eigenlijk altijd te laat met ingrijpen, het serieus indammen van het virus, waardoor je telkenmale weer tot de situatie komt waar we nu in zitten. Moeten we wel verdergaande maatregelen nemen? Moeten we dat niet doen? Mijn vraag is fundamenteel. Vindt de heer Kuipers niet dat je moet willen sturen op een R-waarde die veel lager ligt dan die 1 of die 0,9 waar nu op gestuurd wordt, juist om te voorkomen dat je telkens, maandenlang deze discussie hebt over de vraag of er een stapje bij of een stapje af moet? Je zou voor de ziekenhuizen, maar ook voor de verpleeghuizen en zelfs voor de economie misschien wel moeten kiezen voor een verdergaande indamming van het virus, veel verder dan die 0,9 die nu wordt voorgesteld.

De heer Kuipers:

Laat ik even vooropstellen dat ik niet degene ben die in de discussie een invulling moet geven aan de verdere impact op bijvoorbeeld de economie of aan de maatschappelijke impact. Ik kan die wel laten zien vanuit een ziekenhuisperspectief. Even los van het plateau: op het moment dat je op een bepaald plateau zit, bepaalt de R-waarde hoe snel je naar beneden gaat. Even voor het gemak: heb je een R-waarde van 0,5 en 200.000 geïnfecteerde mensen, dan zijn dat er daarna 100.000, daarna 50.000 en daarna 25.000. Dan zitten we weer heel snel op kleine aantallen, en dat zie je dan weer heel snel terug — twee, drie weken daarna — in de ziekenhuisbezetting. Zit je op een heel hoge piek en stuur je dan heel precies op een R-waarde die net onder de een zit, dan gaat dat heel lang door. Dan daalt die curve maar heel erg traag. Ik kom nu terug op een eerdere vraag over de termijn van overbelasting en van druk op de combinatie covid en non-covid: die termijn is dan heel lang. En "heel lang" is al snel een aantal maanden. Dus vanuit ziekenhuisperspectief: als het aantal besmettingen en de aantallen patiënten laag zijn, kun je prima sturen op een R-waarde die net onder de een zit. Maar zo gauw we in de buurt komen van heel hoge aantallen, heb je niet heel veel speling in tijd en in effectiviteit van de maatregelen. Wat we nu doen, is heel erg scherp aan de wind zeilen.

Vanuit ziekenhuisperspectief: om begin november op een plateau te komen, zoals is voorspeld, moeten we de komende dagen echt een afvlakking zien van de toename. Komt die er niet, dan krijgen we nog serieuzere problemen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Van Haga. Gaat uw gang.

De heer Van Haga (Van Haga):

Dank u wel. Sinds de signaalwaarde voor het aantal COVID-19-ziekenhuisopnames per dag door de 40 is gegaan, geldt een ander door de Federatie Medisch Specialisten voorgeschreven protocol. Daardoor krijgen patiënten die asymptomatisch zijn en om een andere reden zijn opgenomen, toch preoperatief een PCR-test. Nu is al vaker aangegeven dat de kans op klinisch foutpositieven bij asymptomatische personen heel erg groot is. Daarom was altijd het devies: alleen testen als je klachten hebt. Wat is volgens u het effect van dit veranderde protocol op het aantal foutpositieven en welk effect heeft dit veranderde protocol op de capaciteit in de zorg en daarmee op het afschalen van de reguliere zorg?

De heer Kuipers:

Even in algemene zin, want ik denk dat dat het handigst is. Dit soort protocollen wordt vastgesteld door de federatie samen met het OMT en met heel veel betrokkenen. Daarbij wordt zo zorgvuldig mogelijk bekeken wat de impact is, wat de kans is op valspositieven en op valsnegatieven en wat de impact is op bijvoorbeeld de continuïteit van de ziekenhuiszorg. In die protocollen wordt uiteraard bewust gekozen voor veilig opereren, maar men wil er ook wel voor zorgen dat er een goed tempo in zit en het niet te lang duurt. Daarbij wordt ook gekeken naar het totale effect. Wat ik hier laat zien — ik geloof dat ik er de vorige keer ook al iets over heb gezegd — is het aantal patiënten dat bewezen covid heeft. Ik heb bijvoorbeeld niet het aantal medewerkers laten zien dat bewezen covid heeft, om maar te refereren aan de vraag. Het aantal patiënten dat in de kliniek ligt en ervan wordt verdacht covid te hebben, maakt nog steeds een substantieel percentage uit van het totaal dat u hier ziet. In ziekenhuizen moeten zij dus behandeld worden als zijnde covidpositief, met inzet van alle beschermingsmiddelen, isolatie en quarantaine, tot de uitslag van de test er is. Dat is een grote turnover. De uitslag van de test komt snel, maar het gaat ook om heel grote aantallen patiënten. Nou, voor zo'n PCR op een ok neem je een veilige intake, maar daarbij is de impact voor wat betreft het aantal foutpositieven maar zeer klein.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Van Esch namens de Partij voor de Dieren. Gaat uw gang.

Mevrouw Van Esch (PvdD):

Dank u, voorzitter. Ik wou mijn twee vragen eigenlijk bewaren voor de heer Van Dissel. Ik dank de heer Kuipers voor zijn presentatie.

De voorzitter:

Prima, dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Dik-Faber namens de fractie van de ChristenUnie. Gaat uw gang.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil eigenlijk doorvragen op de vraag van collega Hijink. Ik

hoorde de heer Kuipers spreken over scherp aan de wind varen. Ik denk dat we dat op dit moment inderdaad doen. We vragen veel van de mensen in de zorg. Als het gaat zoals we dat met elkaar bedacht hebben, dan zitten we ergens in november op het plateau. Dan moeten we een afvlakking gaan zien en een daling van de ziekenhuisopnamen. Maar dat gaat nog heel erg lang duren. Is de heer Kuiper van mening dat het vanuit het perspectief van de ziekenhuizen en vanuit het perspectief van het zorgpersoneel verstandig is om sneller ver onder die één te komen, om er zo voor te zorgen dat men de zorg volhoudt en de overbelasting van de zorg wordt beperkt?

De heer Kuipers:

Het perspectief van de zorg is vrij rechtlijnig: hoe sneller de R-waarde onder de 1 komt en hoe verder die onder de 1 komt, hoe beter het voor de ziekenhuizen is en hoe sneller wij weer volledig de reguliere zorg kunnen hervatten. Maar daar zeg ik direct bij: dat is één aspect; er zijn nog veel andere aspecten. Tegelijkertijd moeten we die afbuiging nu wel zien, want anders gaan we door naar een scenario zoals hierboven te zien is, waarin je op een gegeven moment alleen nog maar acute zorg doet. Dat wil niemand. Dat hebben we even in april gedaan, maar dat willen we echt niet weer. Ik wil even meegeven — dat hebben we de vorige keer ook gezien — dat zelfs met een complete lockdown er drie weken zitten tussen het bereiken van de R onder de 1 en het bereiken van het plateau in de ziekenhuizen, bijvoorbeeld ten aanzien van de ic. Dat scenario en die curve die ik liet zien — die eerste lijn — ging naar 4.500 klinische opnames. Die staat in dit plaatje helemaal bovenaan. Als je dat eind november niet wilt bereiken, dan moet je dus drie weken eerder — met andere woorden, rond 7 november — echt een ander effect bereikt hebben. Daar zitten we dicht tegenaan.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Ploumen namens de fractie van de Partij van de Arbeid. Gaat uw gang.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Ik dank de heer Kuipers voor de heldere presentatie. Ik neem deze gelegenheid te baat om alle mensen die in de zorg werken te complimenteren met het werk dat ze doen voor covidpatiënten, maar ook voor de reguliere zorg, want die gaat op een heel ander en hoger niveau door. Daar gaat mijn vraag ook over. In maart zagen we dat ook de doorverwijzingen van patiënten naar ziekenhuizen stokten en dat mensen zelf niet meer naar ziekenhuizen durfden te gaan. Er is het vraagstuk van de capaciteit van de reguliere zorg. Daar heeft Ernst Kuipers al van alles over gezegd. Maar er is ook het vraagstuk: ervaren mensen en huisartsen de reguliere zorg in de ziekenhuizen als toegankelijk? Zou de heer Kuipers daar iets over willen zeggen?

De heer Kuipers:

Ik kreeg gisteren een berichtje doorgestuurd van iemand uit een ander deel van het land die aangaf: ik kan patiënten in mijn ziekenhuizen op dit moment al moeilijk kwijt vanuit de eerste lijn. Wat de ziekenhuizen overall doen, is voor een deel aanpassen. Dat deden we in de eerste golf ook. We doen veel meer online. De spreekuren en de röntgenafdelingen zijn open. Dat contrasteert een beetje met één zo'n berichtje dat ik krijg. Ik weet dat huisartsen ontzettend bezig zijn om te kijken hoe ze, anders dan in de eerste golf, toen alles afgeschaald werd, gewoon hun spreekuren door kunnen zetten en hoe ze ervoor kunnen zorgen dat de lijntjes met de ziekenhuizen kort zijn. Maar dit geeft wel aan dat het af en toe al vastloopt. Datzelfde beeld heeft u gezien en kunt u vertalen op het moment dat bijvoorbeeld ergens een spoedeisende hulp dichtgaat of op het

moment dat er ergens een opnamestop is. Dit soort situaties worden continu in de ROAZ-regio's besproken, waarbij zowel huisartsen en de vvt-organisaties als de zorgverzekeraars en andere partijen zijn aangesloten.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Veldman namens de fractie van de VVD. Gaat uw gang.

De heer Veldman (VVD):

Dank u wel, voorzitter. De heer Kuipers en het Landelijk Netwerk Acute Zorg hebben een notitie gemaakt: Verdere opschaling COVID-19. Daar staat toch een wat spooky ondertitel bij: een theoretisch scenario voor opschaling tot 3.000 ic-bedden, waarvan 2.400 in Nederland. Een "theoretisch" scenario. De vraag is natuurlijk: in hoeverre is dat theoretische scenario ook daadwerkelijk praktisch te maken? Hoe zijn de verpleegkundigen en de ic-verpleegkundigen in de praktijk daarbij betrokken?

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Kuipers.

De heer Kuipers:

Als de voorzitter het mij toestaat, dan wil ik heel kort schetsen wat het verschil is in de beleving en de respons richting de ziekenhuizen en de zorg tijdens de eerste golf en de huidige golf. Ik sla het maar even heel plat. In de eerste golf was er een acute situatie. Er overkwam ons iets. Er was alom waardering voor de zorg omdat we met man en macht van alles opvingen. De beelden daarover maakten indruk. In de tweede golf hebben we de lat bewust hoger gelegd. Dat moest ook. We vangen covidpatiënten op, maar dan wel onder allerlei voorwaarden. Een van die voorwaarden was bijvoorbeeld 40 ziekenhuisopnames per dag. Dat was een drempelwaarde in het coronadashboard. Daar hebben we de vorige keer al bij stilgestaan. We zitten ondertussen ruim boven de 200 opnames per dag. Dat is het vijfvoudige. Maar het beeld is heel erg: "De zorg heeft nu een paar maanden de tijd gehad. Het heeft zijn huiswerk moeten doen. Alles is rekbaar, dus ook dit. Onder druk wordt alles vloeibaar, dus doe het nu maar anders. Waarom krijgen jullie dat niet voor elkaar?" Het simpele antwoord is: er is een einde aan de maakbaarheid van dit soort dingen, simpelweg alleen al door een tekort aan personeel. Dat kun je niet zomaar in één keer met vele duizenden oplossen.

Dus de vraag aan ons was: kunnen jullie een plan maken voor de opschaling van klinieken en de ic, dus de ziekenhuiscapaciteit, naar 1.350 ic-bedden navenant klinische bedden op 1 oktober en naar 1.700 op 1 januari? Dat plan is ingeleverd. Toen was de aanvullende vraag: kunnen jullie dan nog verder? Dat hebben we nadrukkelijk tot in detail bekeken, met onder andere de vereniging van ic-verpleegkundigen, de vereniging van verpleegkundigen en verzorgenden, de ic-artsen, andere groepen en de Federatie Medisch Specialisten. Het korte antwoord is — daarom ook dat hypothetische scenario — dat dat binnen de termijnen die we nu hebben, niet mogelijk is. Dan kom je in een situatie waarbij je alleen nog maar acute zorg doet en zelfs dan ga je nog een stapje verder, waardoor je het zodanig verdunt dat je mensen op allerlei plekken opvangt, met beelden die je gewoon niet wilt. Dat is de reden om dit terug te geven. We hebben er zeer zorgvuldig naar gekeken en we hebben er uitvoerig over gedelibereerd — we hebben het ook met alle ROAZ-regio's besproken — maar de eerlijkheid gebiedt te zeggen dat het huidige dat we doen, al ontzettend veel is. Nog een stapje verder binnen deze tijd kan gewoon niet. Geef ons een paar jaar en we gaan dat doen, maar die tijd

hebben we niet.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Van der Staaij namens de fractie van de SGP. Gaat uw gang.

De heer Van der Staaij (SGP):

Veel dank aan de heer Kuipers voor de presentatie. Ik laat de laatste woorden nog even tot mij doordringen: er is een einde aan de maakbaarheid. Dat is best lastig, want we willen het graag allemaal zo goed mogelijk sturen. We krijgen prachtige schemaatjes, maar op een gegeven moment loopt het toch niet op die manier. Mijn vraag is als volgt. Nu lijkt het alsof de discussie is: omdat de rek eruit is, is de enige knop waaraan je kunt draaien, het nemen van maatregelen die de contacten tussen burgers beperken en het besmettingsrisico verminderen. Maar als we dat langer zouden moeten volhouden, is de vraag in hoeverre er ook andere knoppen zijn waaraan je kan draaien, bijvoorbeeld toch meer zorgpersoneel. Is de rek eruit in het werven van nieuw zorgpersoneel? Een tweede voorbeeld is om de zorg voor covidpatiënten meer buiten het ziekenhuis te laten plaatsvinden. Wordt dat ook onderzocht? Zijn daar ook nog mogelijkheden voor? Dat is mijn vraag.

De heer Kuipers:

De heer Van der Staaij vraagt terecht: zijn jullie niet te monomaan? Dat zijn niet zijn woorden, maar ik vertaal het maar even. Daar heeft hij helemaal een punt in. Het goede antwoord is: we kijken veel breder dan dat. We kijken naar de mogelijkheden. Dan kom ik ook even terug op de vraag die mevrouw Ploumen net stelde. We kijken wat huisartsen kunnen. Als zij testuitslagen doorkrijgen, kunnen zij dan eerder op bezoek bij kwetsbare patiënten en misschien een deel van hen weghouden bij het ziekenhuis, hetzij doordat ze langer thuis blijven met ondersteunende maatregelen, hetzij doordat ze naar een verpleeg- of verzorgingstehuis gaan? Kunnen patiënten eerder het ziekenhuis uit en in het vervolg door de huisarts opgevangen worden omdat ze al aan de beterende hand zijn? Wat kan de vvt-sector doen, ook met inrichting van additionele capaciteit? Dat deden ze al en daar wordt heel veel in geschoven. Zo zitten er op tal van plekken ... Ik zal nog een ander voorbeeld geven. Is het mogelijk om tussen ziekenhuizen en de vvt-sector nog een soort additionele covidopvang te organiseren? Dat zit er dan tussenin. Daar zet je dan wel een enkele ziekenhuisdokter op, maar het is een combinatie van ziekenhuizen, de vvt-sector en ondersteunend personeel dat ergens anders vandaan komt. We exploreren al die mogelijkheden om in de capaciteit zo veel mogelijk te kunnen combineren. Dit soort getallen, 76%, 4.500 en 13, lijken hogere wiskunde, maar de eerlijkheid gebiedt te zeggen dat je in de praktijk telkens probeert om de maakbaarheid op te rekken binnen de tijd die we hebben.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Kröger namens de fractie van GroenLinks. Gaat uw gang.

Mevrouw Kröger (GroenLinks):

Dank aan de heer Kuipers voor de presentatie, al is het treurig dat het beeld weer zo schrikbarend is. Mijn vraag is dit. Als de huidige trend doorzet, zouden we uitkomen op 6.000 opnamen per 1 december en — als het dan al piekt — daarna een heel langzame afbouw, die heel langdurig een enorme belasting op het zorgpersoneel legt. Zijn er ook scenario's waarin het ziekteverzuim onder het zorgpersoneel echt flink gaat toenemen,

doordat er langdurig heel veel van mensen gevraagd wordt en corona ook in de ziekenhuizen blijft rondwaren? Zijn er scenario's van wat dat doet met het aantal beschikbare bedden en in hoeverre die 6.000 bedden dan nog reëel zijn of hoe dat eruit gaat zien? Liggen die scenario's er?

De heer **Kuipers**:

Wat ik hier laat zien, zijn de getallen van bewezen covidpatiënten. Ik zei het zonet al: exclusief de verdachten. Dit zijn dus alleen bewezen covidpatiënten en niet de aantallen reguliere zorg. In een scenario waarin je alleen nog acute zorg doet, moet u zich voorstellen dat er dan aan overige dingen nog ongeveer 350 non-covid-ic-patiënten bij zijn, en nog steeds een fors aantal non-covid klinische patiënten. Stelt u zich voor: iemand met zwangerschapscomplicaties, iemand met een hartaanval. U kunt dat allemaal zelf invullen. Die zaken blijven natuurlijk gewoon voorkomen, dus dat is de combinatie. Daarvoor hebben we in de normale situatie een ic-capaciteit van ruim 1.000, ongeveer 1.050 ic-bedden. Die zijn nu alweer sterk opgeplust. En we hebben in de normale situatie ongeveer 11.000 klinische bedden voor volwassen patiënten. Dan kunt u gelijk uitrekenen wat dat aan capaciteit vraagt alleen voor covid, als onderdeel van het totaal.

Als het ziekteverzuim verdubbelt, als er 5% bij komt, dan raakt dat automatisch ook aan 5% van je beddencapaciteit. Dan heb je twee oplossingen. Of die bedden sluiten, of met het bestaande personeel en meer ondersteuning een deel van die te sluiten bedden overeind houden, maar dan boet je logischerwijs in aan de kwaliteit van zorg die je kunt leveren. Dat is het dilemma waar je dan voor staat. Wat er nu al gebeurt, bijvoorbeeld met dat opschalen op ic's, is dat je meer assistentie vraagt van anderen en dat je dus ook op een andere manier gaat werken. Daarmee wordt het niet onveilig, maar het wordt wel anders.

Als er meer ziekteverzuim is, betekent dat ten eerste een verdere inperking van de capaciteit. Dat heeft dus bij wijze van spreken een nog groter effect op het schemaatje dat hier nog steeds op het scherm staat. Als je dat door de druk van patiënten moet opvangen, dan moet je meer ondersteuning vragen, maar dat is maar in beperkte mate mogelijk.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan de heer Hiddema namens de fractie Forum voor Democratie. Gaat uw gang.

De heer **Hiddema** (FvD):

Ook mijn dank, meneer Kuipers, voor de presentatie van uw bevindingen, ook al zijn ze nogal zorgelijk van aard. U spreekt over lange effecten. We hebben geen glazen bol, maar wat ik eruit begrijp, is dat de zorg ernstig onder druk komt te staan, meer dan we wellicht hadden gedacht, een poos geleden. Dat moet toch ook de vraag opwekken bij u en andere beleidsmedewerkers: hoe kunnen we die zorg leveren? Ziet u niet een groot tekort aan zorgpersoneel opdoemen? Worden er maatregelen genomen om die mensen aan te trekken, om te voorzien in dat tekort?

De heer **Kuipers**:

Dat sluit aan bij de vraag van de heer Van der Staaij van zojuist. Zoek je nou nog aanvullende maatregelen om ervoor te zorgen dat je de capaciteit uitbreidt of zo lang mogelijk in de lucht houdt? Mevrouw Kröger zei het net ook: wat als het ziekteverzuim

omhooggaat? Waar wij mee bezig zijn, is onder andere kijken, met ondersteuning van anderen, of we bijvoorbeeld vanuit het BIG-register mensen kunnen vinden die nog wel geregistreerd zijn of van wie de registratie recent verlopen is, en die je kunt enthousiasmeren en vragen om in deze periode terug te keren in de zorg en hulp te verlenen. Alle beetjes hier helpen. Het gaat potentieel wel degelijk om grote aantallen mensen, maar het effect is overall beperkt en vaak voor een korte periode.

De voorzitter:

Dank u wel. Tot slot geef ik het woord aan de heer Kuzu namens de fractie van DENK.

De heer Kuzu (DENK):

Voorzitter. Heel veel vragen zijn al gesteld. We kregen de afgelopen dagen bizar nieuws mee. Een van de meest bizarre dingen die ik heb gelezen, was dat er signalen binnenkwamen bij de FNV dat positief getest zorgpersoneel met milde klachten werd aangespoord om te gaan werken. Ik zou de heer Kuipers de gelegenheid willen geven om daarop te reageren.

De heer Kuipers:

We proberen op alle manieren om besmettingen te voorkomen. Dat gaat om besmettingen door positieve patiënten aan verzorgend personeel en andersom ook door verzorgend personeel aan patiënten. Als verzorgend personeel positief getest is, dan hoort daar op dat moment bij dat ze niet meer werkzaam zijn en dus collega's noch patiënten potentieel besmetten.

De voorzitter:

Dank u wel. Daarmee zijn wij aan het einde gekomen van het eerste blok. Ik wil de heer Kuipers nogmaals hartelijk dankzeggen voor zijn presentatie en de beantwoording van de vragen. Ik denk dat ik namens alle leden spreek — mevrouw Ploumen deed dat al — als ik het zorgpersoneel en alle mensen die zich hiermee bezighouden, heel veel sterkte wens, ook de komende tijd weer. Hartelijk dank. Ik schors even. Dan wordt de plek schoongemaakt en nodig ik vervolgens de heer Van Dissel uit.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Blok 2

Gesprek met de heer Jaap van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM

De voorzitter:

Hartelijk welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is de technische briefing update ontwikkeling coronavirus. Aangeschoven is de heer Jaap van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. Hartelijk welkom nogmaals. Ik geef u graag de gelegenheid voor uw presentatie. U bent hier inmiddels veelvuldig te gast geweest en kent de procedure. Ik geef u graag het woord. Gaat uw gang.

De heer Van Dissel:

Dank u wel. Ik wil u kort meenemen in de ontwikkelingen in de epidemiologie en ook wat vertellen over de scenario-analyses die we momenteel doen, om zo goed mogelijk te kunnen adviseren over eventuele aanvullende pakketten.

Allereerst het overzicht. Waar staan we? Dit laat ik bij herhaling zien om erop te wijzen dat het getal globaal steeds verder omhooggaat. We gaan straks naar 45 miljoen bevestigde gevallen en 1 tot 1,5 miljoen overledenen. Dat is waarschijnlijk maar een fractie, zo weten we, van wat er uiteindelijk speelt, omdat niet alle landen iedereen testen en ook lang niet alles gerapporteerd wordt.

Hoe is de huidige situatie in Nederland? Op deze sheet ziet u een overzicht daarvan. Allereerst van de afgelopen twee weken. Op het kaartje ziet u de plekken waar de zogenaamde hotspots zich momenteel bevinden. Dat is nog voornamelijk in randstedelijk, westelijk gebied, maar ook bijvoorbeeld in Twente, zoals u ziet. De oplopende getallen in het grafiekje linksonder geven de actuele meldingen per dag weer, tot gisteren. U ziet dat het oploopt, dat het zeker exponentieel oploopt en dat het de afgelopen week eigenlijk wat aan het afvlakken is. Dat is ook het beeld dat u krijgt als u naar de actuele getallen kijkt, waar we eigenlijk al een dag of vijf op 10.000 zitten.

Helaas zijn er een aantal problemen met de IT, waardoor de meldingen soms niet allemaal goed doorkomen. Dat maakt ons een beetje onzeker met betrekking tot de top, behalve dat we natuurlijk wel weten dat al die gevallen zich binnen die week hebben voorgedaan. Aanvankelijk dus een exponentiële toename. Inmiddels het beeld van een afvlakking, waar het natuurlijk om gaat, want het zal nodig zijn dat het omlaaggaat. U ziet dat we wat dat betreft eigenlijk nog te vroeg zijn om die conclusie te kunnen trekken.

Als we naar de leeftijdcohorten kijken — met andere woorden: in welke leeftijdsgroepen vinden de meeste infecties plaats? — hebben we eerder vastgesteld dat het vooral de groep tussen de 20 en de 30 was. U ziet aan de gele bars — dat zijn de getallen van afgelopen week — dat dat nog steeds zo is, maar dat inmiddels de groep die wat ouder is, tussen de 50 en de 60, het qua aantallen heeft overgenomen. We zien ook toenames bij de groepen op leeftijd, dus 70+ en 80+, maar die verlopen misschien wat minder snel dan in de groep 50 tot 60. Dat zal deels ook de reden zijn dat deze groep qua ziekenhuis- en ic-belasting — ofschoon die zeer fors is en grote problemen geeft, zoals u net heeft kunnen horen — toch achterblijft ten opzichte van de eerste golf in maart jongstleden. Dit met betrekking tot de toename, de geografische spreiding en de leeftijdcohorten.

Als we inzoomen op de verschillende veiligheidsregio's, worden de grafiekjes klein, maar je ziet er vier, vijf uitsprongen. Het zijn toch de gebieden Rotterdam, Amsterdam, Haaglanden — ook naar Delft en Leiden toe — en gebieden in Twente die daarin vooroplopen en eigenlijk nog steeds toenames tonen. Je ziet dat gebieden elders in Nederland veel minder gevallen hebben. Dat kun je op de kaart gereflecteerd zien. Hier staat het per gemeente uitgedrukt en dan ziet u dat vooral het noorden van het land en Limburg en Zeeland duidelijk achterblijven bij de randstedelijke gebieden in het westen en bij Twente. Dit is eigenlijk de voortzetting van wat we eerder hebben gezien, namelijk dat de grote steden toch vooroplopen. Ze lopen helaas ook nog voorop met het aantal nieuwe gevallen in de afgelopen weken. U ziet dat het noorden en het zuiden achterblijven.

Dan iets over de teststraten en hoeveel dat momenteel oploopt en oplevert. We doen zo'n 250.000 à 300.000 testen per week. Dat is een zeer fors aantal, waarmee we zeker niet onderdoen voor een heleboel andere Europese landen. U ziet linksonder hoe de testvraag zich verhoudt en rechtsboven ziet u het aantal positief getesten. Opnieuw is

duidelijk dat Twente en het randstedelijk gebied rond Rotterdam, Amsterdam, Utrecht en Haaglanden het felst inkleuren en dus de hoogste percentages hebben, die soms — zoals duidelijk wordt uit de inkleuring — wel tot zo'n 20% oplopen. U ziet rechtsonder het verloop in het aantal positieve testen in de tijd vanaf maart. Aanvankelijk hadden we natuurlijk veel minder testen, voor de duidelijkheid. Concentreren we dat ook op ziekenhuisopnames en ernstige zieken en de eerste gevallen in verpleeghuizen, dan liep dat op tot zo'n 20%. Daarna ziet u met het dalen van die piek dat het weer afnam. Vervolgens zijn de teststraten geopend. Daarmee is natuurlijk de testcapaciteit geweldig toegenomen. U ziet dat, ondanks dat het testen toeneemt, ook het percentage positieve tests toeneemt, en dat is natuurlijk toch een verontrustend getal.

Er zijn wel een paar dingen die we hierbij moeten opmerken. Iets wat namelijk weer relatief gunstig is, is dat we berichten krijgen dat de wachttijd totdat iemand getest kan worden, beduidend korter is dan enige tijd terug. Dat betekent eigenlijk, zou je vermoeden, dat weliswaar de capaciteit is toegenomen, maar dat misschien ook het aanbod toch wat aan het afnemen is. Dat zullen we moeten afwachten, maar dat zou natuurlijk potentieel gunstig kunnen zijn.

Ten tweede verwacht je eigenlijk, omdat de wachttijd tot het testen nu afneemt, dat je misschien nog een soort hausse moet inhalen. Dat kleurt nu ook de getallen, omdat die mensen inmiddels ook getest kunnen worden. Eerder had je een groep die zich aanmeldde, maar toen gingen de klachten weg en kwamen ze misschien niet meer opdagen. Je verwacht eigenlijk dat degenen bij wie de klachten serieus zijn, uiteindelijk wel komen, ook al duurt het wat langer, en dat zij momenteel net wat meer positieven veroorzaken dan eerder.

Ik noem nog even een derde factor, alleen om aan te geven dat de duiding helaas niet simpel is. Naarmate mensen eerder testen als ze klachten krijgen, mag je het aantal positieve testen dat je verwacht wat hoger inschatten. We weten immers dat de virale load, dus het aantal virusdeeltjes in de keel, op dat moment ook hoger is. Dat zijn allemaal factoren die nu spelen, helaas tezamen met de ICT-problematiek, in dat harde getal van 1.350 of 1.351 gisteren. Hoe moet je dat nou interpreteren? Daar zit deels nog een resterende inhaal bij van de na-rapportage die achterbleef. Met de drie factoren die ik net genoemd heb, maakt dat het toch ingewikkeld om te weten of het nu stabiel is, of het nog toeneemt of dat het aan het afnemen is. Met dat dilemma zitten we, letterlijk, op dit moment.

Als je naar de afgelopen paar dagen kijkt, zie je dat je al een dag of vijf rond die 10.000 zit en dat het dus aan het afvlakken is. Dat ziet u ook aan die curve, die anders exponentieel omhoog was geschoten. Daar zijn we wel van overtuigd, maar of we afvlakken in de zin dat we ook gaan dalen, dat is momenteel de cruciale vraag. Zijn we wel of niet gekanteld? Om dit af te ronden nog even de toename in de weken. Ik zei al dat de exponentiële groei duidelijk lijkt af te nemen. Twee weken terug zagen we een 60%-toename in één week. De week daarna was de toename 38% en vorige week lag die rond de 18%. Dat is dan het beeld over een week. Daarbij heb je wat minder last van de stoorsignalen waar ik het net over had en zie je dus duidelijk die afvlakking van het aantal nieuwe gevallen, ingezet na de persconferentie eind september. Ik laat u dat zo nog verder zien.

Dan gaan we naar een aantal indicatoren die we bepalen. Belangrijk is natuurlijk het reproductiegetal, de zogenaamde R-waarde, het aantal secundaire gevallen per

besmetting. Dat wil je onder de 1 hebben om het aantal besmettingen te doen afnemen. We kwamen van een waarde rond de 1,25. De laatste die we met zekerheid kunnen bepalen, is die van 9 oktober. De meer recentere worden onzeker. U ziet dat we 9 oktober gedaald waren naar 1,16. Dat betekent dat die septembermaatregelen dus niet tot resultaat hadden dat de R meteen onder de 1 kwam, maar u ziet dat die wel wat gedaald is.

In de grafiek erboven geven de blauwe bars het aantal meldingen aan. Van die meldingen moet de dag van ziek worden geconstateerd worden. Dat is die groene lijn. Op grond van die groene lijn kan de R-waarde worden bepaald. De meest recente groene lijn wordt natuurlijk onzeker, want we hebben nog wat nameldingen en moeten het dus deels voorspellen. Dat wordt dan een soort trompet en waaiert een beetje uit. Maar u ziet toch dat de eerdere neiging om alleen maar omhoog te gaan, ook hier wellicht een afvlakking laat zien. Die vertaalt zich dan hopelijk in wat u daaronder ziet, namelijk dat de R toch gaat doordalen tot onder de 1, ook al is dat nog dusdanig onzeker dat we het nog niet met zekerheid kunnen stellen. Dat ziet u aan dat paarse gebied, waar niet meer dat lijntje in loopt. Dat geeft ongeveer de onzekerheid aan van wat we verwachten dat er uiteindelijk uit gaat komen.

Het beeld is dus eigenlijk mixed. We hebben zeker een afvlakking gezien, maar de centrale vraag is natuurlijk of we gekanteld zijn, maar wij vinden het domweg nog te vroeg om dat vast te kunnen stellen.

Op de volgende slide ziet u ... Sorry.

De **voorzitter**:

Excuus. Een vraag van mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

U heeft dus voor het laatst een R-getal kunnen produceren op 9 oktober? Er is na 9 oktober geen R-getal meer?

De heer **Van Dissel**:

Daarna kun je het R-getal nog niet met zekerheid vaststellen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dus dat kunt u wel drie weken niet?

De heer **Van Dissel**:

Nee, kijk: de methode om tot de R te komen, vereist dat je weet hoeveel mensen er nu ziek zijn en tot hoeveel nieuwe zieken dat leidt. Die nieuwe zieken moet je wel vaststellen, en dat duurt ongeveer twee weken. We kunnen dus met zekerheid die R terugzetten van twee weken en dan verder naar achteren toe, maar niet van twee weken naar vandaag. Dat ziet u hier hopelijk gereflecteerd.

De R die we nu hebben, 1,16, ziet u rechtsonder. Dit geeft ook weer de geografische spreiding van die R-waarde aan. Hier ziet u eigenlijk het hele beeld vanaf de start, door de zomer heen tot nu. We begonnen natuurlijk vooral met waarden die verhoogd waren in Brabant en Limburg. U ziet die ontwikkeling van destijds. Dan wordt het geel. Dat betekent dat het naar 1 gaat. Dan is er een periode waarin we te weinig getallen hebben om het met zekerheid vast te stellen. Daarna ziet u eigenlijk weer de opkomst, die vooral

in de randstedelijke gebieden in het westen begon en zich daarna over Nederland uitspreidde. Net voordat heel Nederland eigenlijk rood is, ziet u dat een aantal gebieden weer oranje worden, wat weer past bij de afvlakking die we nu waarnemen. Dit is dus nog even een overzicht van alle R-waarden over de afgelopen maanden.

Een ander getal dat we hanteren, is de zogenaamde prevalentiemaat. Dat wil zeggen dat je niet zozeer telt wie per dag ziek wordt, maar dat je kijkt hoeveel er in totaal ziek zijn. Men is zo'n zeven dagen ziek. Het aantal ziet u rechtsboven weergegeven. Daar ziet u eigenlijk dat de huidige toename die we gezien hebben en die nu hopelijk weer gaat afbuigen, bijna net zo groot aan het worden is als de initiële golf in maart. Dan vraagt u natuurlijk hoe het zit met de ziekenhuisopnames, die dan toch achterblijven. Daar komen we straks nog op terug, maar dit zegt niks over de exacte samenstelling van die golf. Die is immers essentieel. Dit zijn gewoon de totale aantallen. Dit past in het concept dat we hier volgens mij al bij herhaling getoond hebben, The Hammer and the Dance, waarbij het natuurlijk wel nadrukkelijk de bedoeling is dat die dance met veel minder grote amplitudes en minder grote opstoten gaat verlopen.

Voordat ik de rest van de epidemiologie laat zien, wil ik u nog heel even laten zien dat er een aantal groepen zijn die in Nederland nauwkeurig volgen hoe het gesteld is met het aantal personen die besmet zijn geraakt. De grafiek die ik u op de vorige sheet toonde, kan je immers natuurlijk alleen berekenen als je echt het totale aantal personen kent die ziek zijn geweest of niet zozeer echt ziek zijn geweest maar in ieder geval de infectie hebben doorgemaakt. Dat kunnen we bepalen door te kijken of personen antistoffen hebben die zijn gericht tegen het SARS-coronavirus-2. Dat gebeurt eigenlijk op twee plekken. Het gebeurt bij Sanquin, waar men naar de plasmadonoren kijkt. U ziet hier voor verschillende tijdstippen na maart het aantal en het percentage positief geteste personen. U ziet rechtsonder dat dat inmiddels ergens tussen 3% en 6% uitkomt. De tweede groep die dit doet, zit bij het RIVM. Dat is het zogenaamde PIENTER-onderzoek. Daar is men ook al een aantal keren bezig geweest. Er wordt een random-, dus een toevalsbemonstering van de Nederlandse bevolking genomen van zo'n 8.000 tot 10.000 personen waarbij dit ook wordt bepaald. Zoals u ziet, staan de aantallen onder de grafieken. Bij Sanquin betreft het natuurlijk een wat kleinere groep. Maar het is in ieder geval duidelijk dat het percentage Nederlanders die in dit geval bloedplasma doneren en die positief bevonden zijn wat het SARS-coronavirus betreft, langzaam toeneemt. Die toename volgt het aantal besmettelijken, dat ik u net heb laten zien. Dit soort getallen hebben we ook nodig om die curves te kunnen maken.

Ik ga nu van de publieke gezondheid naar de epidemiologie in de zorginstellingen. Dan zien we aan de linkerkant natuurlijk allereerst de ziekenhuizen, de verpleegafdelingen en de ic-afdelingen. Aan de rechterkant staan de verpleeghuizen en de woonzorgcentralocaties. Daarboven is de door het CBS vastgestelde ontwikkeling van het sterftecijfer weergegeven. Kijkend naar de ziekenhuisbelasting — ik neem aan dat collega Ernst Kuipers daar zojuist ook over heeft gepraat — valt op dat we nog achterblijven ten aanzien van de eerste golf. Met betrekking tot de ic zitten we ongeveer tegen de helft van de eerste golf aan, eigenlijk nog net daaronder; dat is de onderste grafiek. De onderste grafiek en de grafiek van de verpleegafdelingen tonen de dagelijkse opnames voor de COVID-19-patiënten. U ziet dat die op de verpleegafdelingen misschien wat meer in de richting komen, maar ook nog ongeveer de helft zijn van wat zich in maart voordeed. Voor de ic's zitten we daar nog onder.

U ziet in het inlegstukje het aantal bezette bedden in de ic's. Dat geeft dus meer een

beeld van hoeveel patiënten er nu zijn. Dat is in maart opgelopen tot tegen de 1.200 en we zitten nu ongeveer tegen de 500; gister waren het er ietsje meer dan 500. Aan de rechterzijde staan de verpleeghuislocaties. Ook daar blijft het aantal nieuwe locaties die iemand hebben met COVID-19 gelukkig wat achter ten opzichte van de toename in maart, maar u ziet dat daar toch nog steeds een significant deel te kampen heeft met besmettingen.

Dit vertaalt zich ook terug in het aantal bewoners die besmet zijn, dat aan de onderzijde wordt vermeld. Ondanks het feit dat we, kijkend naar deze en de vorige getallen, toch weer een redelijke uitbraak hebben, ziet u dat de sterfte, die in maart tot een oversterfte van rond de 9.000 leidde, momenteel eigenlijk net boven de grens is van wat op dit moment normaal zou zijn voor Nederland. Een van de mogelijke redenen is waarschijnlijk dat de samenstelling van de groep jonger is dan in de eerste uitbraak. Maar ook daar zie je alweer een klein effect.

Dan natuurlijk iets over de verschillende interventies die we de afgelopen tijd gedaan hebben. U ziet op deze sheet eigenlijk alle interventies vanaf het begin. Aanvankelijk was de R ruim boven de 2. Dat is nu natuurlijk gelukkig niet zo geweest. U heeft net ook kunnen zien dat de toename van het aantal ziekenhuisopnames en ook de toename van het aantal gevallen gelukkig minder snel verlopen dan in maart. U ziet dat de verschillende interventies die vanaf maart zijn gedaan, hebben geleid tot een R-waarde die in ieder geval onder de 1 kwam. Kijkend naar Nederland en ook naar een aantal andere landen zie je eigenlijk dat die R-waarde zelden onder 0,8 komt. Blijkbaar moet je voor dit type virus gewoon te veel doen om het heel erg omlaag te krijgen. Maar goed, als je onder de 1 bent, heb je natuurlijk te maken met een uitbraak die verder gaat afnemen. Dat hebben we in Nederland ook gezien. U ziet dat die daarna natuurlijk weer een aantal keren boven de 1 komt. De afgelopen tijd is die natuurlijk boven de 1 geweest. Met de interventies op 28 september en 13 oktober en daarvoor natuurlijk ook al een aantal meer waarschuwende persconferenties hopen we daar weer onder te komen. Dat is ook wat we, althans in de modellering, aannemen, maar dat moet zich natuurlijk ook wel vertalen naar de realiteit.

Wat hebben we gezien aan gevolgen van de verschillende acties? Hier is een van de dingen weergegeven met een lijn die het zevendaagse gemiddelde van meldingen uit de verschillende regio's geeft. Je moet eigenlijk kijken naar de dikke gele lijn die net iets boven het midden loopt. Dat is de gemiddelde lijn van Nederland. Deze grafiek stopt niet deze week, maar een week eerder. Dat is rechtsonder nog even benadrukt. Dit dient om te kijken naar het effect van de maatregelen van 28 september. Na een aanvankelijke continue toename lijkt je toch te zien dat de curves al met al wat beginnen af te zwakken, maar natuurlijk nog onvoldoende. Dat heeft in ieder geval geleid tot de maatregelen van oktober.

Dan hebben we nog een aantal afgeleide trends die ons iets zeggen over wat we wellicht kunnen verwachten. U ziet hier de zogenaamde mobiliteitstrends. We kunnen afgeleid kijken hoeveel mensen meer thuisblijven en meer thuis werken en hoeveel minder gebruik wordt gemaakt van de eigen auto of van het openbaar vervoer. Daar heb je een aantal mogelijkheden toe, overigens natuurlijk met vrij grove maten, want die zijn niet echt geïjkt. Maar ze geven in ieder geval een indruk. Aan de linkerkant ziet u de Apple Mobility Trend. Die maakt eigenlijk voornamelijk gebruik van het volgende. Als iemand een bepaalde bestemming intypt op zijn Applekaart, wordt dat allemaal doorgezonden. Die informatie wordt verzameld en die ziet u eigenlijk hier. U ziet dat er in

maart een hele snelle afname was in de verschillende aanvragen voor verschillende bestemmingen; dat aantal vlakt meteen naar beneden toe. Daarna ziet u dat weer langzaam toenemen, eigenlijk tot boven normaal. Nu is het sedert enige tijd weer aan het dalen. Met de septembermaatregelen hadden we gehoopt om weer op het niveau van juni te komen. Daar staat die rode pijl bij. Ik heb daar dwars doorheen een paarse lijn getrokken. U ziet dat dat met de septembermaatregelen in ieder geval niet gelukt is, maar dat we momenteel ongeveer daartegenaan zitten. Met andere woorden, we zien dat met de september- en oktoberpakketten — of het daardoor komt, is natuurlijk weer een andere vraag — de mobiliteit weer is afgenomen tot ongeveer het niveau van juni. Dat geldt voor drie verschillende indicatoren, die daar links staan. In juni zaten we, omgedraaid, weer ruim onder de 1. Dan hoop je dus dat je daarmee, als inschatting, de R weer onder de 1 hebt.

Aan de rechterzijde is eigenlijk hetzelfde weergegeven voor Google mobility, dat op een soortgelijke wijze voor verschillende activiteiten weergeeft of er veranderingen zijn ten opzichte van eerder. Ook daar zie je de belangrijke daling in maart en weer een toename tot een niveau dat duidelijk boven dat niveau van maart is. Ook daar ziet u dat het de afgelopen maanden weer in de richting gaat dat men meer thuis is, meer thuiswerkt, minder gebruikmaakt van bijvoorbeeld openbaar vervoer en ook minder naar de winkel gaat. Dat soort dingen kan je hieruit aflezen.

De voorzitter:

Ik zie dat mevrouw Ploumen een korte, verduidelijkende vraag heeft.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

In de linkergrafiek maakt de paarse lijn een neerwaartse beweging. Maar als ik het goed zie — dat wilde ik even checken bij de heer Van Dissel — geeft die juist de laatste weken weer een stijging aan van het aantal bewegingen.

De heer Van Dissel:

Ik heb daar die gestippelde paarse lijn doorheen getrokken. U ziet dat waar hij door juni ging, hij daar nu ook bijna weer doorheen gaat. Je ziet natuurlijk altijd de piek en de dalen, al naar gelang het weekend of door de week is. Maar als je de trend ziet, verwacht je dat hij nog verder daalt. Datzelfde beeld zie je aan de rechterzijde. Nogmaals, dit is een grove maat. Ik geloof dat ik het al vaker heb gezegd: wij zouden graag gebruikmaken van geaggregeerde telefoondata. Dat is nog niet mogelijk in Nederland; elders wel. Dan zou je dit natuurlijk veel nauwkeuriger in kaart kunnen brengen. Vooralsnog moeten we het doen met deze indirecte maten.

Dan laat ik u de prognoses zien die we momenteel maken met betrekking tot de aantallen te verwachten patiënten in ziekenhuizen en op ic's. Ik leg even uit hoe deze grafiek tot stand komt. U ziet aan de linkerzijde ook nog de maartgebeurtenis, die deels gefit is. Aan de rechterzijde ziet u de toename waarmee we nu te maken hebben. Allereerst ziet u in de grafiek links en rechts een rode lijn. Die moet u eigenlijk even vergeten, want die lijn is als er helemaal geen enkele interventie was gedaan, ook niet in maart. Dan hadden we toen een hele hoge piek gehad en dan had nu eigenlijk iedereen het gehad; vandaar dat hij daarna min of meer op de nullijn ligt. Het gaat hier dus om de blauwe en de groene lijn. De blauwe lijn is de lijn zoals het aantal besmettingen zou verlopen als er in oktober geen maatregelen genomen waren. De groene lijn is de lijn die deels gefit is op de actuele getallen — dat zijn de dots die u ingevuld ziet — en deels ook de voorspelling geeft van het effect dat wij verwachten van de oktobermaatregelen.

Met andere woorden, we verwachten dat de oktobermaatregelen, omdat de horeca gesloten is, omdat men in minder grote groepen is en dergelijke, effect hebben op het aantal contacten. Dat aantal contacten zit in het model. Dat model voorspelt dus dat als dat inderdaad goed gevolgd wordt ... Dat is natuurlijk wel een essentieel punt, zoals u zult begrijpen. Even aangenomen dat de maatregelen van oktober werken — dat hoeft niet 100% te zijn, maar ze moeten wel in belangrijke mate gevolgd worden — verwacht je dat de groene lijn afbuigt en dat de groene lijn de lijn is die we gaan volgen.

Als je dan naar de actuele gevallen kijkt, ziet u ingekleurd in de rode blokjes de getallen 311 en 2.358. Dat zijn getallen die u zou kunnen herkennen als de getallen van gisteren met betrekking tot de ziekenhuisopnames per dag, 311, en het totaalaantal waar we gisteren op zaten, 2.358. Als je dat in de tijd op deze grafiek plot, zie je dat dat nog steeds past bij die groene lijn. Tegelijkertijd ziet u dat die groene lijn nog een piek kent. Die piek zal naar verwachting redelijk snel komen, maar is nog wel dusdanig dat de huidige getallen natuurlijk niet zonder meer met zekerheid voorspellen dat we daarna ook gaan dalen. Dat zullen we gewoon moeten afwachten. In ieder geval zeggen de getallen die we nu vinden, niet op voorhand al dat er geen enkele reactie is. Dan zouden we ze verwachten op de blauwe lijn en u ziet dat ze, in ieder geval beter, de groene lijn volgen. Elke week wordt dat model opnieuw gefit. De voorspelling kan dan een klein beetje gaan wisselen, maar dit is de voorspelling van deze week, als ik het zo mag noemen. Op kleine onderdelen kan het wat wisselen per week, maar dit geeft dus weer dat de actuele gevallen in ieder geval nog passen bij een model waarbij we inderdaad een afname zien. Maar hier ziet u opnieuw de cliffhanger, namelijk dat we precies op het punt zitten dat we eigenlijk hopen dat het omlaaggaat. Als dat zo is, hebben we natuurlijk meer vertrouwen dat we die groene lijn gaan volgen, maar dat staat op het moment nog niet vast. Ook daar weer staan we eigenlijk net op een kritisch punt om te gaan zeggen: hebben we aan de oktobermaatregelen nu genoeg? Als ze werken, ziet u dat we eigenlijk vrij snel zullen dalen en dan is het antwoord "ja", maar dat kunnen we op dit moment nog niet met zekerheid zeggen. Dat is natuurlijk ook erg afhankelijk van hoe iedereen de maatregelen uiteindelijk ook tot de zijne maakt en zich eigenaar van het probleem voelt.

Bij de volgende sheet kan ik de uitleg wat korter houden. U ziet hier exact hetzelfde voor de ic-opnames: gisteren 53 en totaal 529. U ziet dat beide getallen passen bij de groene lijn, maar natuurlijk absoluut niet met zekerheid voorspellen dat we inderdaad de groene lijn omlaag gaan volgen. Je kan wel zeggen dat ze wat minder goed passen bij die blauwe lijn, want zelfs als je het betrouwbaarheidsinterval pakt, zie je dat de meeste punten daar toch wel buiten vallen. Maar goed, ook hier zijn we nog te vroeg om te zeggen dat we zeker gaan dalen. De getallen zouden daarbij kunnen passen, maar de komende dagen zijn wel kritisch.

Hier ziet u hetzelfde voor verpleeghuizen. Ook daar zijn voorspellingen gedaan en is gemodelleerd. Ook daar ziet u dat we verwachten dat de piek van het aantal nieuwe gevallen er relatief snel zal zijn en dat we hopen dat ook daar de lijn omlaag weer gevonden wordt. De aantallen in verpleeghuizen komen op ongeveer 2%, 2,5%, maar dat is gewoon een terugrekening ten opzichte van wat we totaal in Nederland vinden. Dat blijkt in de praktijk ongeveer de verhouding te zijn.

Dan wil ik u het volgende laten zien. Omdat we ons natuurlijk zorgen maken, gaan we dat inderdaad doen. Wat zijn dan eventuele scenario's waar we naar kunnen kijken om de maatregelen te verscherpen en te intensiveren? Met name wil ik kort laten zien wat je

je van de effecten moet voorstellen. Daar zijn we nog mee bezig, maar ik zal u de eerste resultaten daarvan laten zien. Je kunt dan een afweging maken hoe snel je dat wilt doen en of je het wilt doen. Een aantal dingen zijn daarbij belangrijk. De maatregelen van 28 september laten wel wat afvlakking zien, maar niet zodanig dat we onder de 1 zijn gekomen. Dat kunnen we in ieder geval zeker zeggen. De maatregelen van 15 oktober zijn natuurlijk intensiever geweest. Er zit ook een aantal maatregelen bij waarbij er geen keuze meer is, want de horeca is nu eenmaal wel of niet dicht. Dan is er geen keuze om daar bijvoorbeeld eerder naartoe te gaan. In die zin zijn het dus striktere maatregelen, maar we zitten zoals ik net al aangaf precies op een kantelpunt, waardoor het moeilijk is om vandaag met zekerheid te zeggen welke kant het opgaat.

Even ervan uitgaande dat de feiten in oktober wel effect hebben, laat ik u zien wat de verschillende scenario's nog aan extra effect kunnen resulteren. Dat ziet u in deze grafiek samengevat. Ik zal u daarin weer meenemen. U ziet hier in de tijd weergegeven — we zitten nu bijna voor 1 november; de laatste week van oktober — het aantal bezette ic-bedden. U ziet verschillende getallen die oplopen en weer omlaaggaan. U ziet allereerst een rode lijn die buiten de grafiek valt. Dat zou de lijn zijn als we geen aanscherping hadden gedaan in oktober. Met andere woorden, dan zaten we naar verwachting nu al bijna op de aantallen die we in maart hadden.

Dan hebben we de maatregelen van oktober. Die ziet u in de niet helemaal schone kleur groen, zou ik willen zeggen. Het is ook geen gifgroene kleur. Het is de groene kleur die u op dezelfde manier ziet lopen als de lijnen die ik u net toonde. Dat is in wezen de grafiek met alleen de maatregelen van oktober, maar dan wel met de aanname dat ze ook effect gaan resulteren. U ziet dat je eigenlijk vrij snel, in de eerste weken van november, een piek zal hebben en dat het daarna gaat dalen.

U ziet ook nog een aantal toegevoegde grafieken en daar gaat het nu eigenlijk om. Dat zijn de aanscherpingen op de maatregelen van oktober. Met andere woorden, we hadden deze week kunnen besluiten — dat ziet u in het kleine rode hokje — dat we de boel twee weken zouden gaan aanscherpen, maar dat kan natuurlijk op elk moment nog steeds. Wat zou je dan kunnen doen? Dat ziet u aan de linkerzijde weergegeven. We zouden bijvoorbeeld de maatregelen van maart kunnen volgen, het zogenaamde maartpakket. Daar hebben we verschillende mogelijkheden in gesimuleerd, gezien de aandacht voor de scholen. U ziet dat er een aantal verschillende scenario's zijn. In het maartpakket waren de scholen uiteindelijk gesloten, zoals u zich zult kunnen herinneren. We hebben gesimuleerd wat er zou gebeuren als de scholen openblijven of als de basisscholen openblijven. Die grafieken, in de kleuren paarsblauw en groenblauw, ziet u weergegeven in de grafiek links.

Wat eigenlijk direct opvalt, is hoeveel ze over elkaar lopen. Er vallen eigenlijk twee dingen op. Allereerst: als we nu twee weken zouden aanscherpen in een model waarbij we effect verwachten van de oktobermaatregelen, zie je dat de piek van de belasting daardoor niet gaat veranderen. Dat is natuurlijk een belangrijke conclusie om te trekken. Dat is natuurlijk ook begrijpelijk. Hoe komt dat? Dat komt natuurlijk omdat de piek momenteel al in de fase van besmetting zit en dat gaan we niet meer voorkomen door aan te scherpen. De piek gaat dus niet beïnvloed worden en dat is natuurlijk ook weer van belang voor de zorgbelasting. Wat je wel ziet — en dat is ook begrijpelijk — is dat de snelheid waarmee de curve daarna daalt, wel beïnvloed wordt. In dit geval leidt de maatregel van het maartpakket, waarbij de scholen dicht zijn, tot de onderste grafiek. Naarmate de maatregel strenger is, zie je dat de grafieken ietsje uit elkaar gaan lopen

tussen de piek en het getal dat je ongeveer vanaf januari krijgt. Dat is de winst die je kan boeken met aanscherpen. Ik kom daar zo nog even op terug. Die winst wil je domweg vertalen in zorgbelasting: over hoeveel bedden en hoeveel opnamedagen hebben we het dan eigenlijk? Je wilt uiteindelijk ook de maatschappelijke en de economische kosten daarvan in kaart hebben — dat is natuurlijk niet ons werk, maar het werk van anderen — om te kunnen wegen wat je moet doen.

Hier staat exact hetzelfde samengevat. Wat gebeurt er als we twee weken aanscherpen? De verschillende pakketten staan rechts aangegeven. De lijntjes heb ik even met pijltjes opgezocht, want anders zie je ze moeilijk. Ik zal nog kijken of we dat beter kunnen presenteren, maar dit was momenteel beschikbaar. Het belangrijkste is weer dat je geen effect ziet op de piek, dus de piek gaat door het aanscherpen niet omlaag. Het tweede is dat we wel een effect zien in de afname. Dat zullen we moeten berekenen: wat is exact dat effect? Daar zijn methoden voor. Dat laat zich omzetten in bijvoorbeeld het aantal bedden dat je minder hoeft te bezetten. Althans, voor covid. Daar moet je dan weer de kosten die dat soort interventies met zich meebrengen, tegenoverstellen om te bepalen of de politiek — dat bent u — die maatregelen geëigend acht of niet.

Ik wil u nog even een idee geven van wat die verschillende interventies die ik net genoemd heb, opleveren aan R-waarde. Ik vertelde u al dat we voor de aanscherping rond de 1,25 zaten. Na de aanscherping in september is dat wat gedaald, maar het was nog onvoldoende om onder de 1 te komen. De laatste waarde was 1,16. De voorspelling uit de modellen is dat dit ongeveer de R-waarden zijn waar we op uit zouden komen bij de verschillende interventies. Dat betekent dat we voorspellen — maar dat heeft natuurlijk een onzekerheid — dat de oktobermaatregelen leiden tot een daling van de R_t -waarde tot 0,88. Maar u ziet dat dat wat betreft het betrouwbaarheidsinterval ook 0,99 zou kunnen zijn en dan zit je helaas toch weer vlak bij de 1. U ziet dat naarmate je de pakketten aanscherpt, waarvan ik u net de berekeningen heb laten zien, dat uiteindelijk een daling geeft van de R_t -waarde tot ongeveer 0,74. Als je naar de afname in maart kijkt en naar de landen om ons heen, naar wat men elders heeft bereikt, dan is dat ongeveer de R-waarde die je maximaal kan bereiken, ook als je bijvoorbeeld zoals Italië en Spanje kiest voor een totale lockdown, want daar mocht men echt niet meer naar buiten toe. Daar kunnen wij natuurlijk ook berekeningen op uitvoeren. Dat betekent dat je een zekere afname aanneemt in de R-waarde bij een nog strenger pakket. Maar dat zijn allemaal keuzes.

Dan nog even de dagelijkse opnames, en niet de totale ic-bezetting. U ziet opnieuw exact dezelfde systematiek en exact hetzelfde beeld. We hebben opnieuw gesimuleerd dat we het twee weken strenger gaan doen dan we nu doen met de oktobermaatregelen. Die aanscherping staat aan de rechterzijde. Dat is het maartpakket met de scholen wel of niet open, met alle scholen open of alleen de basisscholen open. Dat vertaalt zich in de curves die u aan de linkerzijde ziet, waarbij u opnieuw ziet dat de groene curve de bovenste curve is. Dat is hopelijk het oktoberpakket, want dat zou betekenen dat het inderdaad gaat afnemen. Een aanscherping van twee weken, die bij wijze van spreken vandaag zou kunnen beginnen, leidt er niet toe dat de piek opnieuw verandert, want u ziet dat die ook gelijk blijft voor het aantal opnames. Maar het heeft wel effect op de snelheid waarmee die opnames eventueel dalen in de maand november en december. De verschillen tussen die curves is waar we ons momenteel verder op richten, zodat we dat nog meer kunnen uitdrukken, ook in bedden en opnamedagen. Je ziet opnieuw dat het aanscherpen ook geen effect heeft op de piek in het aantal ic-

opnames. U ziet opnieuw met de zwarte dots de gefitte punten die we nu reëel hebben gehad. Maar het heeft wel effect op de snelheid van het dalen en dat vertaalt zich natuurlijk ook in minder zorgbelasting door covid.

Dat brengt mij tot de laatste dia. Ik heb nog een paar reservedia's, maar dat zien we nog wel. Waar leidt dat dan toe? We hebben gezegd dat het eigenlijk te vroeg is om vandaag te zeggen of de maatregelen van 15 oktober het gewenste effect hebben of niet. We hebben gezien dat er een afvlakking is, maar we vinden die afvlakking nog onvoldoende overtuigend om van een afname te spreken. Dat is natuurlijk een heel belangrijke kantelpunt. Als we kijken naar de verschillende indicatoren, dan zien we dat het redelijk de goede kant opgaat met de mobility indicatoren. Bij de totale aantallen is er sprake van een plateau, waarbij een heleboel onzekerheden maken dat de duiding daarvan ingewikkeld is. Wat betreft de opnames: we zien dat die momenteel de lijn volgen die zou kunnen overgaan in een daling, maar omdat we nog voor de piek zitten, staat ook dat nog niet vast.

Ik heb u laten zien wat er gebeurt met een aanscherping van de maatregelen. Ik heb u een pakket laten zien waarin het twee weken verscherpt wordt, maar we hebben het inmiddels ook voor een verscherping van zes weken gemodelleerd. Dat geeft eigenlijk exact hetzelfde beeld. Het heeft dus geen effect op de piek, maar wel op de snelheid van de afname van dagelijkse opnames en de bedbezetting. Dat willen we natuurlijk in een verdere analyse vertalen naar zorgbelasting, waar we hopelijk de volgende keer over kunnen praten. We realiseren ons dat er ook hele andere zaken zijn, zoals de maatschappelijke gevolgen van de verschillende maatregelen als je zou verscherpen en de economische consequenties. Uiteindelijk is het aan u om daarin de juiste balans te zoeken die we in Nederland willen hebben. Ik wil daarbij benadrukken dat alle curves die ik heb laten zien, uitgingen van de aanname dat de maatregelen van 15 oktober daadwerkelijk effectief zijn. Mocht dat niet zo zijn, dan verlopen die curves natuurlijk evident anders.

Daar wil ik het nu bij laten. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Hartelijk dank namens alle aanwezige leden. Ik geef graag de leden het woord voor het stellen van een vraag. Dat gaat via dezelfde procedure, dus er is geen gelegenheid voor een vervolgvraag. Mevrouw Agema, mag ik u de gelegenheid geven voor uw vraag? Gaat uw gang.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik dank de heer Van Dissel voor zijn presentatie. We hebben het er al een aantal keer over gehad dat het OMT de belangrijke rol van aerogene transmissie niet erkent en daarom ook vindt dat gebouwen niet aan meer eisen hoeven te voldoen dan aan de eisen die zijn opgenomen in de ventilatierichtlijnen in het Bouwbesluit. Je komt dan tot een heel ander maatregelenpakket dan landen die aerogene transmissie wel erkennen. Wat valt mij nou op, mede dankzij Maurice de Hond? Het Erasmus MC heeft onderzoek gedaan met fretten. Bij het rapport zit een hele mooie visualisatie. Fretten komen niet met elkaar in aanraking en er is ook geen sprake van een ballistische boog. Vervolgens blijkt dat de fretten elkaar wel hebben besmet doordat ze dezelfde lucht hebben ingeademd. Dat lijkt mij een overduidelijk bewijs voor aerogene transmissie. Het inademen van dezelfde lucht leidt tot besmetting. Wat blijkt uit de conclusie? De onderzoekers zeggen dat fretten geen mensen zijn. Het lijkt me

sowieso niet zo integer om een dier expres ziek te maken en te gebruiken voor een dierproef en dan achteraf, als de uitkomst je niet bevalt, te zeggen dat een fret geen mens is. Ik vraag me ook af hoelang je je nog kunt veroorloven om aerogene transmissie te ontkennen. Kijk naar de situatie waarin ons land verkeert. Het wordt toch tijd om de ventilatierichtlijnen aan te passen aan de nieuwe situatie en niet uit te gaan van het Bouwbesluit? Ik zou de heer Van Dissel graag over het frettenonderzoek horen en over het aanpassen van de ventilatierichtlijnen in het Bouwbesluit om ze coronaproof te maken.

De heer Van Dissel:

Ik wil benadrukken dat het OMT niet zegt dat het nooit kan plaatsvinden. Wat het OMT zegt, en ik denk dat we dat ook al een aantal keer in een OMT-brief aan de Kamer gemeld hebben en ook hier besproken hebben, is dat als aerogene transmissie de belangrijkste route van overdracht was geweest, we een heel andere curve hadden gehad in maart. Dat weten we gewoon omdat we ervaring hebben met een aantal andere ziektes waarvan we wel hebben vastgesteld dat aerogene transmissie van het hoogste belang is voor de overdracht. De manier waarop we het hebben aangepakt in de ziekenhuizen was anders volledig insufficiënt geweest. We moeten niet welles-nietes doen over aerogene transmissie. Ik denk zeker dat er situaties denkbaar zijn waarin je daarop selecteert. Maar de vraag die we volgens mij met zijn allen moeten beantwoorden, is: hoe kunnen we het effectiefst bestrijden? Uit onze ervaring in maart op grond van hoe het virus zich gedraagt en op grond van de reproductiegetalwaarde weten we dat het zich niet primair gedraagt als een aerogene besmetting, maar dat het zich gedraagt als een besmetting die via contact en grote druppels verloopt. Natuurlijk, in fretten valt een heleboel te simuleren, maar daar wordt ook geselecteerd op het model dat getest moet worden. Nogmaals, wij ontkennen niks, we zeggen alleen dat wat we gezien hebben vanuit de epidemiologie, niet het beeld van aerogene transmissie is. Dan had het zich heel anders gedragen. Het is een beeld van transmissie via grote druppels en via contact. Wij hebben ook geconstateerd dat, als je daar maatregelen op treft, dus niet op aerogene transmissie, we een geweldige afname hebben gehad tot de zomer van het aantal gevallen. Als het een aerogene verspreiding was geweest, was dat niet gelukt. Dan hadden we totaal andere maatregelen moeten nemen. Dan kom je, voor de duidelijkheid, ook niet weg met de anderhalvemetermaatschappij. Dan moet je ongeveer een twintigmetermaatschappij gaan instellen en ik denk niet dat alle gelegenheden die nu helaas dicht zijn ... Hoe moeten we ons dat dan voorstellen in de toekomst? Het is in onze ogen niet nodig. Het OMT heeft er verschillende keren over gedebatteerd en gesproken. We houden de literatuur nauwkeurig in de gaten. Er zijn zeker bepaalde situaties aan te merken waarin aerogene transmissie een rol kan hebben gespeeld. Er zijn zelfs bepaalde experimenten gedaan. Maar het zijn meer uitzonderingen op de regel waarin het lukt om ook op afstand het virus nog aan te tonen. Maar dat wil, en dat wil ik benadrukken, niet zeggen dat het in de dagelijkse praktijk van belang is vanwege de manier waarop het virus zich gedraagt onder de bevolking. Daar hebben wij nu uiteraard mee te dealen en daar moeten wij onze maatregelen op vaststellen.

Wat betreft het frettenonderzoek: ik ben geen dierenarts, dus daar kan ik verder weinig over zeggen. Ik denk dat u helemaal gelijk heeft dat fretten geen mensen zijn, dus hoe je dat nou precies moet vertalen naar de mens, laat ik aan de onderzoekers zelf. Wat zij opnieuw aantonen, is dat je experimentele condities kunt maken waaronder het blijkbaar ook over afstand overdraagbaar is. Die voorbeelden, zij het zeer zeldzaam op de meer dan 45 miljoen besmettingen, kennen we inmiddels ook uit de literatuur. Maar dat wil dus niet zeggen dat 99,9% van de besmettingen niet gewoon via druppels en contact

verloopt, en daar richten wij ons op.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Van den Berg namens de fractie van het CDA. Mevrouw Agema sprak namens de PVV, zeg ik voor de volledigheid.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Dank weer aan meneer Van Dissel voor de presentatie. Ik heb een vraag over de teststraten. Aan alle kanten wordt het testen nu opgeschaald, ook met sneltesten. Recentelijk was er een situatie in Twente waarbij een commercieel bedrijf een antistoftest verkocht als zijnde een sneltest. Daar hebben de GGD in Twente en ook de inspectie snel op ingegrepen. Maar nu lees ik in de brief van de minister dat er gewerkt wordt aan een LCI-richtlijn voor testen en dat de inspectie aangeeft dat het van belang is dat klanten van commerciële aanbieders zelf checken of een arts erbij betrokken is, of de testen een CE-markering hebben, of ze gevalideerd zijn et cetera. Als jij een hoge prijs betaalt voor een commerciële test, dan wil je erop kunnen vertrouwen dat het klopt. Ik zou van meneer Van Dissel willen weten wat er moet gebeuren om te zorgen dat de richtlijn straks niet weer als een advies wordt gezien, waaraan men dus niet hoeft te voldoen, en dat het voor de burger geborgd is dat het goed is als hij bij zo'n teststraat komt.

De heer Van Dissel:

In alle realiteit: heel veel van wat u vraagt is beleid. Dat neemt niet weg dat wij in onze OMT-brief adviseren hoe je het beleid mede vorm kan geven. Daarin proberen wij een aantal belangrijke punten aan te geven. Een daarvan is: zorg dat er regie is op het totaalgebeuren van die testen. Want die testen gaan bijna sneller dan de wind. Die worden aangeboden op internet. Die nemen een geweldige vlucht. Ik zag op internet een test waarop met een stempeltje stond: door het RIVM goedgekeurd. Ook interessant, maar ik had verder nooit van die test gehoord. Met andere woorden, er is een wildgroei aan testen die wel een CE-markering hebben maar die niet zijn getest in hun specifieke context, namelijk: wie kan van die test in welke situatie gebruikmaken? Wij denken dat daar node op geacteerd moet worden. Dat is een van de adviezen. Overigens heb ik begrepen dat dat nadrukkelijk gebeurt.

Een tweede punt dat je daarbij kan vaststellen, is dat je voor het publieke belang inzicht wil hebben of er wordt getest buiten de teststraten — ofwel door mensen zelf, ofwel in bedrijven, ofwel in andere situaties — waar dat gebeurt en wat de uitslag is. Met andere woorden, wij zouden heel graag willen weten, niet op detailniveau, of een bedrijf sneltesten uitvoert bij werknemers en wat het aantal positieven is, om ook wat betreft de publieke gezondheid de vinger aan de pols te kunnen houden, omdat die informatie nou eenmaal belangrijk is. Dat is een ander punt. Dus zorg dat het transparant is. Het is tenslotte een A-ziekte. Dan is men meldingsplichtig. Zorg dat dat geborgd is. Dat betekent soms dat een arts betrokken moet zijn bij die testen omdat dat degene is die die meldingen doet en in de systemen kan. Zo zijn er een aantal voorwaarden.

Het overall belang is dat we moeten begrijpen dat testen niet in elke situatie dezelfde uitslag kunnen geven en dezelfde informatie geven. Dat hangt af van hoelang iemand klachten heeft en of hij klachten heeft. Met andere woorden, de context is essentieel. In sommige gevallen kan je veel beter een PCR-test doen, ook al duurt die misschien ietsje langer, terwijl in andere gevallen een antigensneltest, een LAMP-test of een E-nose-test wellicht zou kunnen voldoen. Wij doen suggesties bij dingen die wij verder natuurlijk

absoluut niet doen over waar als een soort randvoorwaarden rekening mee moet worden gehouden. Ik heb begrepen dat dat ook zeker gaat gebeuren.

Verder heeft het OMT gezegd: als er testen op de markt zijn, laat het OMT, waar tenslotte een heleboel deskundigen uit de medische microbiologie en epidemiologie in zitten, dan een besluit nemen over waar die testen zouden kunnen worden ingezet. Dan maken bedrijven, als ze van bepaalde testen gebruik gaan maken, wat ons betreft in ieder geval de goede keuze.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Mevrouw Diertens namens de fractie van D66. Gaat uw gang.

Mevrouw **Diertens** (D66):

Dank u wel, ook voor uw presentatie. We kunnen wel concluderen dat de betrouwbaarheid van de modellen en de voorspellingen wat te wensen overlaat. Ik vond het fijn dat u in uw presentatie het effect van het sluiten van scholen meenam. Is bij deze modellen ook gebruikgemaakt van internationale onderzoeken die hierover gepubliceerd zijn? Er zijn namelijk onderzoeken die maatregelen van scholen aan de R-waarde koppelen. Zijn die in die modellen meegenomen? Dan krijg je misschien ook wat inzicht in hoe de leeftijdsgroep 10 tot 19 een toename van het aantal besmettingen beïnvloedt, en in hoe dat zit bij oudere tieners.

De heer Van Dissel:

Jazeker. We hebben in onze vorige OMT-brief nadrukkelijk aangegeven dat wij ons wel degelijk ervan bewust zijn dat middelbare scholieren kunnen bijdragen aan verspreiding en dat zij ook ziek kunnen worden, maar dat we naar school gaan voor die groep zo belangrijk achten dat we elders strengere of aangescherpte maatregelen suggereren om de scholen vrij te laten zolang dat mogelijk is. Bij de modellering heeft u een aantal vormen gezien waarbij we de basisscholen wel of niet dichtdoen, want dat heeft interessant genoeg het grootste effect. Dat effect is er niet zozeer omdat de kinderen van de basisschool een belangrijke rol spelen als drivers, als actiepunten van de uitbraak, maar als de basisschool dichtgaat, móét in ieder geval een van de ouders thuiswerken, waar dat nu nog een optie is. Dat is het effect van het sluiten van basisscholen. Het sluiten van middelbare scholen zal deels ook inhouden wat u suggereert, namelijk dat er minder infecties kunnen worden overgegeven. Daarbij moet je je wel altijd het volgende afvragen. Op school is er sprake van een zekere structuur en moet men in bankjes zitten. Als de school dichtgaat en je niet voor iets daarnaast zorgt, zouden kinderen elkaar buiten de school kunnen gaan opzoeken. Dan kom je soms van de regen in de drup. Dat kan namelijk nog slechter uitpakken voor het reproductiegetal, omdat kinderen buiten de school misschien intiemer contact hebben dan op school. In de modellen worden al die dingen meegenomen, en uiteraard ook de internationale literatuur daarover.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Hijink namens de fractie van de SP.

De heer Hijink (SP):

Ik heb een vraag over de scenario's die worden geschetst. Mij valt op dat in alle scenario's gekeken wordt naar de precieze effecten op de bezetting in de ziekenhuizen en de ic-capaciteit. Voor de piek die gaat komen, maakt het niet uit welk scenario je zou kiezen, dus of je wel of niet gaat aanscherpen. Het gaat er dan om hoe snel het daarna

daalt. Dat verhaal is helder. Ik mis daarin eigenlijk de overige gezondheidseffecten, en misschien ook wel economische effecten. Die zitten niet in deze modellen. Een langdurige halve lockdown heeft natuurlijk meer effect dan alleen op de ic-bezetting. Dat gaat ook over de verpleeghuizen, waar meer sterfte zal zijn, en over een langere tijd waarin de reguliere zorg afgeschaald zal moeten worden. Mensen zitten langer in een isolement. De horeca is langer dicht. Kan de heer Van Dissel wat breder schetsen wat de medische effecten precies zijn, maar ook de sociale en economische effecten? Ik doel dan op een vergelijking tussen de halve lockdown die we nu hebben en die misschien nog wel tot half januari, februari voortgezet zal moeten worden, en een aangescherpte lockdown, die misschien veel korter duurt.

De heer Van Dissel:

Dit is exact het aspect dat ik wilde overbrengen. Ik wil er tegelijkertijd bij zeggen dat OMT niet over economische en sociaal-maatschappelijke gevolgen gaat. Die worden nu ook opgehaald op grond van die modellen en dan moet het uiteindelijk samenkomen. Maar dat is, nogmaals, niet iets wat het OMT zelf doet, want wij zijn medici. Wij hebben daar verder geen expertise over. Dat gebeurt vanuit Economische Zaken en het sociaal-economisch planbureau en dergelijke. Zij moeten de andere aspecten gaan invullen. Daardoor kun je een totaalbeeld krijgen van wat medisch gezien de eventuele voordelen zijn van het bestrijden van de uitbraak versus de meerkosten, zoals u zelf al weergeeft, op grond van vereenzaming, kosten voor flankerend beleid dat moet worden opgezet om te zorgen dat er niet te veel schade is en eventuele compenserende maatregelen. Dat zijn dingen waar het OMT nadrukkelijk niet over gaat, maar wel andere groepen die betrokken zijn bij de planning. Wij willen met die modellering aangeven dat wij de eerste aanzet daarvoor willen geven, om hun de pakketten te leveren waarmee zij moeten gaan rekenen. Dat gebeurt momenteel. Dat moet natuurlijk samenkomen, want uiteindelijk moet iemand daar een balans in vinden die acceptabel is. Die balans wordt nadrukkelijk niet alleen gedreven door medische zaken. Anders zou je dat niet doen. Het is ook een balans die gedreven wordt door de sociale en psychologische kosten van een hardere ingreep, en van de economische kosten van het beleid dat je moet opzetten om de gevolgen op te vangen. Dat moet uiteindelijk allemaal samenkomen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Van Esch, die twee vragen heeft.

Mevrouw Van Esch (PvdD):

Dank u wel. Ten eerste hartelijk dank voor de informatie over de nertsen die nog aan deze presentatie is toegevoegd. Wat de Partij voor de Dieren zorgen baart, is dat we een toename zien van cluster-A-besmettingen en dat we ook zien dat het virus een soort nertsenvariant creëert, waar de nertsen zich op aanpassen. We weten dat bij zestien nertsenbedrijven twee derde van de medewerkers besmet was met die specifieke nertsenvariant. Wij zijn benieuwd of er ook cijfers beschikbaar zijn over en onderzoek is gedaan naar hoeveel van deze medewerkers eventueel andere personen hebben besmet met deze specifieke variant. Wordt dat getest en wordt dat bijgehouden? Zijn daar meer cijfers over bekend?

De heer Van Dissel:

Het antwoord is dat dit zeker wordt bijgehouden, want dat heeft natuurlijk onze speciale interesse, om de reden die u schetst. Het punt is alleen dit. Als dat eenmaal is gebeurd — en wij zijn er natuurlijk van overtuigd dat dit een aantal keren is opgetreden — dan weet je daarna niet meer of overige familieleden door zo'n persoon worden geïnfecteerd

of door hun werk bij de nertsen. Dat kun je niet uit elkaar halen. Voor de duidelijkheid: in bepaalde gevallen hebben wij het volgende kunnen vaststellen. Dat is het werk van de groep van Marjan Koopmans van het Erasmus MC, samen met de GGD en WUR, die daar ook bij betrokken is. In een aantal gevallen weten we zeker dat het een virus is dat van de nertsen kwam en niet van de mens. Dat weten we, omdat die nertsen een bepaalde verandering in het genetisch materiaal hebben opgebouwd, die niet bij mensen werd gezien. Vervolgens werd die wel bij mensen gezien. Dan weet je zeker dat het van de nertsen komt. Daarover gaat een van de toegevoegde plaatjes ter uitleg.

Dus dat weten we zeker, maar als het een gezin van tien is, en de overige negen daarna ook ziek zijn, weet je niet of ze het van die ene persoon hebben gehad, of dat een deel van de nertsen daarbij een rol heeft gespeeld. Dat is niet oplosbaar, tenzij iemand op de nertsenboerderij werkt en meteen daarna ander werk kiest en dan verder geen contact meer heeft. Maar die situatie doet zich niet voor. U heeft gelijk dat er een aantal gevallen zijn waarin we zeker weten dat personen positief zijn getest en dat de origine daarvan bij de nertsen ligt. Hoe groot de impact daarvan is binnen het gezin weten we niet zeker, omdat het ook weer vanuit de persoon kan zijn. Wat we, althans in Nederland, nog niet hebben gezien, is dat er ook een belangrijke verspreiding daarbuiten is geweest. Dat is in ieder geval in Denemarken een keer beschreven, waar natuurlijk veel meer nertsenfarms zijn en waar men aanvankelijk een beleid had om niet te ruimen, bijvoorbeeld. Daardoor is daar de verspreiding uiteindelijk vele malen groter geworden, maar in Nederland niet. Dus in principe kan het, maar we zien het niet.

Dan de tweede vraag, namelijk wat de mutaties, dus de veranderingen in het genetisch materiaal, eventueel voor effect kunnen hebben. Daar valt alleen van te zeggen dat het nauwkeurig gevolgd wordt. Er zijn inderdaad bepaalde veranderingen, die vooral worden gevonden bij het virus dat onder de nertsen is. Dan verwacht je eigenlijk dat dit een adaptatie naar de nertsen is, waardoor de nertsen gemakkelijker besmet kunnen worden. Daar lijkt het ook op. Wat de effecten daarvan zijn op de mens is domweg nog niet bekend, maar we hebben ze in ieder geval nog niet gezien.

De voorzitter:

Dank u wel. Uw tweede vraag, mevrouw Van Esch.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Wij hebben in het OMT-advies dat we afgelopen nacht hebben gekregen, gezien dat door de regering aan het OMT advies was gevraagd over buitenlandse reizen. U heeft duidelijk een negatief reisadvies voor het buitenland gegeven. U kunt vanuit het OMT natuurlijk ongevraagd advies aan de regering geven. Ik ben benieuwd of het OMT heeft nagedacht over het geven van een negatief reisadvies naar het buitenland voor de net afgelopen herfstvakantie, gezien het aantal hoge besmettingen. Misschien zijn heel veel mensen de afgelopen weken wel in het buitenland geweest. Ik ben benieuwd of daar door het OMT over is nagedacht. Waarom is dat advies dan eventueel niet ook al voor de herfstvakantie gegeven?

De heer Van Dissel:

Dat kan ik niet helemaal meer achterhalen. Natuurlijk hebben we het daarover gehad. Er zijn altijd een paar overwegingen die spelen rond de vraag hoe je met reisadviezen omgaat. Ik noem ook reisadviezen voor de situatie waarin de mogelijkheid om met grote groepen te reizen al is aangepakt of veranderd ten opzichte van eerder. Het argument is natuurlijk of elders de situatie heftiger is dan in Nederland. Nou, dat is inmiddels bijna

niet meer mogelijk, dus wat dat betreft ben je dan aan het exporteren in plaats van aan het importeren. Maar goed, we hebben een aantal criteria die worden gehanteerd: het aantal besmettingen, het aantal testen, het aantal positieve testen. Dat kunt u ook allemaal in de OMT-brief teruglezen. Die komen grotendeels Europees overeen. Die maken dat de meeste buitenlandse inmiddels oranje gekleurd zijn en waren. Dat betekent dus dat men, als men toch verkiest daarnaartoe te gaan, een quarantaineperiode moet aanhouden. Dat is natuurlijk het essentiële punt in dit geheel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Dik-Faber namens de fractie van de ChristenUnie. Ga uw gang.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter, en dank aan de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Ik heb hier de sheet voor me met de verschillende scenario's voor de R-waarde in getallen. We zien dat geen aanscherping in september/oktober leidt tot $R\ 1,25$. Met de maatregelen zou je uitkomen op een R-getal van 0,88. Als we teruggaan naar het maartpakket met de scholen open, kom je op 0,83. Het valt mij op dat dit heel kleine verschillen zijn, tussen zeg maar 0,83 en 0,88. Als ik nu even de thermometer steek in wat ik lees in de media, in wat ik om mij heen hoor en in wat er in mijn mailbox komt, dan merk ik dat mensen zeggen: doe nu maar een korte grotere lockdown, dan kunnen we in ieder geval weer met elkaar kerst vieren. Dat zou natuurlijk heel aantrekkelijk zijn. Maar als ik kijk naar deze scenario's, dan zie ik dat u eigenlijk zegt: dat klopt niet. Want wat met wat we nu doen, zetten we eigenlijk al een grote stap. Het verschil met een grotere lockdown is relatief heel klein. Klopt dat en zo ja, hoe kan meneer Van Dissel dat verklaren? Zit hem dat bijvoorbeeld in die twee weken versus vier weken? Een grotere lockdown zie ik ook weleens langskomen. Hoe kan het? Waarin zit het verschil tussen wat ik om mij heen hoor en wat ik hier op papier zie van het RIVM?

De heer Van Dissel:

Ik kan natuurlijk niet instaan voor wat u allemaal om u heen hoort. Wat ik wel kan zeggen, is wat wij doen. Waarom is het niet hetzelfde als in maart? Dat beluister ik ook een beetje in uw vraag. Dat komt onder andere omdat wij vergeleken met maart nu een heleboel dingen doen die in maart niet gebeurden. Ik noem bijvoorbeeld de contactberoepen. Er is sprake van triage en gezondheidschecks. Er wordt gebruikgemaakt van mond-neusmaskers en shields. Dat zijn allemaal dingen die in maart niet gebeurden. Dat is maar een voorbeeldje. Als wij nu weer terug zouden gaan naar maart en bijvoorbeeld zouden zeggen dat de contactberoepen weer niet kunnen, dan kun je niet verwachten dat je hetzelfde effect krijgt dat je in maart hebt gezien, omdat al die maatregelen en het feit dat men zich daarvan bewust is, er natuurlijk al toe leiden dat de overdracht in diezelfde situatie natuurlijk anders zal zijn dan in maart. Dat geldt ook voor een heleboel andere maatregelen. Je moet dus echt goed nadenken over wat de maatregelen kunnen zijn om dat effect te bereiken. Door het feit dat we al een heleboel wegnemen van de overdracht door aangepast gedrag in die specifieke situaties, zoals ook in winkels — ik noem deurbeleid, thuisblijven bij klachten en 1,5 meter afstand houden — is het risico natuurlijk heel anders dan in maart, toen dit allemaal nog niet bekend was. Dat maakt dat de winst nu, die u afleest aan die R_t -waarde, geringer is dan toen. Wat dat betreft moeten wij intensief nadenken over de maatregelen, om de juiste te kiezen.

De voorzitter:

Dank u wel, dan geef ik het woord aan mevrouw Ploumen namens de Partij van de Arbeid. Ga uw gang.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Voorzitter, dank u wel. Ook ik zou graag nog wat meer willen horen over de scenario's, met begrip voor het feit dat het scenario's zijn. Als ik de heer Van Dissel goed beluister en nauwkeurig naar de grafieken kijk, klopt het dan — aannemende dat de komende drie dagen een redelijk significante afvlakking in de stijging te zien is — dat we met dit pakket tot begin januari aanlopen tegen capaciteitsproblemen in de zorg? Dat klinkt heel neutraal, maar dat zijn heel veel zieke mensen, heel veel zorgmedewerkers die extra moeten werken en een toenemende kans op afschaling van de reguliere zorg. Ik probeer ook te begrijpen wat de doorloop is van de maatregelen in het scenario. Kunt u daar iets over zeggen?

De heer **Van Dissel**:

U ziet wanneer de grafiek duidelijk naar de asymptoot, de nulwaarde, begint te komen. Daar moet dan op een gegeven moment een besluit op volgen over wanneer we weer gaan versoepelen. Dat is natuurlijk ook iets waar we over nadenken. Waarschijnlijk gaan we niet gewoon in de andere richting de escalatieladder af. Je kunt daar natuurlijk nog wel wat meer gedegen dingen voor doen. Wat u in ieder geval aan de curve ziet, is dat het in ieder geval wel tot in december doorgaat. Daar komt het eigenlijk op neer. Het punt is wel dat als je eenmaal in een dalende lijn zit ... Dat weten we ook nog van de maartperiode. Ik denk dat we achteraf gezien in maart wel erg voorzichtig zijn geweest en dat het misschien wel wat sneller had gekund. Nogmaals, ik zeg dat in retrospect, want in maart hebben we ook een aantal dingen heel voorzichtig opengedaan om te kijken wat het effect daarvan is. Als je eenmaal in een dalend been zit en je doet iets waardoor uiteindelijk het aantal toch weer zou toenemen, heb je natuurlijk ook weer de vertraging voordat je dat weer in de getallen terugziet.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Heel even om precies te begrijpen wat de heer Van Dissel zegt. Hij zegt: terugkijkend, zijn we zijn in maart wat voorzichtig geweest. Betekent dat voorzichtig met het afschalen van de maatregelen of te voorzichtig met het inzetten van de maatregelen?

De heer **Van Dissel**:

Een belangrijk punt, ik heb het over afschalen! Als je eenmaal echt in een dalend been zit, dan kan je natuurlijk niet verwachten dat het meteen weer stijgt op de dag dat je iets doet, want daar zit altijd de vertraging in van ziek worden en vervolgens van degenen die naar het ziekenhuis gaan. Dat is, denk ik, een punt waar we nog meer van moeten leren. Vervolgens moeten we het gaan toepassen op de daling die we hopelijk gaan krijgen op grond van dit pakket. Over wanneer dat dan precies moet ingaan, moeten we nog nadenken en dat moeten we ook nog simuleren. U ziet in ieder geval — dat is het belangrijkste — dat als je eenmaal in een dalend been komt en dus een R-waarde van 0,88 zou bereiken, je eigenlijk ook weer redelijk snel op de helft zit van wat je nu hebt. Het is afwachten, maar stel dat dat gebeurt. Dit alles betekent toch voor de zorg dat het redelijk snel weer omlaaggaat. Maar zoals bij al die curves, duurt het vervolgens nog weer veel langer voor je weer helemaal bij nul komt. En dat is eigenlijk waar u naar verwijst.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank. De heer Veldman namens de fractie van de VVD. Gaat uw gang.

De heer **Veldman** (VVD):

Ik heb een vraag aan de heer Van Dissel over het testen en het testbeleid. In het 81ste advies staat, maar ik hoorde het hem net ook zeggen, dat hij graag ziet dat het OMT de ruimte krijgt om advies te geven over waar en hoe je die nieuwe vormen van testen inzet. Daar kan ik me veel bij voorstellen. De minister laat de Kamer vannacht in een brief weten dat ze dat graag ingevuld zien door in ieder geval overal een BIG-geregistreerde arts betrokken te hebben bij het uitvoeren van de coronatest. Daar kan ik me veel bij voorstellen, maar in de brief staat ook: testen moeten worden uitgevoerd door een zorgprofessional. Gezien de druk op de zorgprofessionals die de heer Kuipers net schetste, vraag ik me af of de heer Van Dissel dat altijd noodzakelijk acht. Ik vraag dat ook gezien de nieuwe vormen van testen. En, zo ja, wat betekent dat dan op voorhand voor de ontwikkeling van thuishtesten? Als je thuis gaat testen, staat er natuurlijk nooit een zorgprofessional naast je.

De heer **Van Dissel**:

Ik spreek nu even op persoonlijke titel, want dit is nog niet in het OMT besproken. Met het laatste deel van uw vraag geeft u eigenlijk het antwoord: als we het uiteindelijk over thuishtesten hebben — met andere woorden, testen die in de thuissituatie worden uitgevoerd — dan zou je dat ofwel bij jezelf doen ofwel bij een huisgenoot. Dat betekent natuurlijk dat er geen zorgprofessional aan te pas hoeft te komen, want als dat per se zou moeten, zou die test ongeschikt zijn om in die situatie gebruikt te worden. Misschien wil je dat nog wel doen in de eerste fase van breed gebruik van sneltesten, omdat je overtuigd wil blijven van een bepaalde kwaliteit van uitvoeren. Door iemand daar specifiek voor te trainen kun je daar, denk ik, makkelijker van overtuigd zijn. Aanvankelijk zal bovendien de logistiek erop gericht zijn om dat op bepaalde locaties te doen en niet om het meteen al via de Jumbo, de Albert Heijn of een andere supermarkt thuis uit te laten voeren. Initieel kan ik het me voorstellen, maar ik denk dat we daar wel kritisch op moeten zijn. Ik begrijp van de GGD'en dat ze er al problemen mee hebben dat een deel van hun nieuwe aanwas weer wordt weggekocht. Ik weet niet of "weggekocht" het goede woord is, maar in ieder geval krijgen die mensen een aanbieding van privétesters. Die aanbiedingen zijn aantrekkelijk en daardoor gaan die mensen weg, wat er weer voor zorgt dat we ergens anders schaarste krijgen en wel waar we dat zeker niet willen hebben. Ik denk dus dat dit zeker een begeleid proces moet zijn.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Van der Staaij, ik geef u graag het woord om namens de SGP een vraag te stellen.

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

Dank u wel. Mijn vraag gaat over de communicatie. In het OMT-advies van gisteren staat: let niet alleen op toezicht en handhaving, maar ook goed op die communicatie. Mijn vraag gaat over het gedragswetenschappelijke onderzoek binnen de RIVM. Helpt dat en geeft dat inzichten in hoe de communicatie over de maatregelen nog verder verbeterd en versterkt kan worden?

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat de gedragsunit binnen het RIVM daar zeker naar kijkt. Voor de duidelijkheid, dat is niet een unit die meteen aan het OMT is gekoppeld, want wij doen echt medisch-biologische inschattingen. Het is een unit die bijvoorbeeld gekoppeld is aan VWS en ook

een rol heeft bij en contacten heeft met de communicatie, die allemaal centraal gebeurt. Wat het OMT met name terugkrijgt van de gedragsunit, zijn de uitkomsten van de enquête van een grote groep Nederlanders. Die enquête voert de unit samen met de GGD uit en daar blijkt bijvoorbeeld uit dat twee op de tien positief geteste personen toch nog naar een supermarkt gaan. Verder blijkt daaruit hoeveel mensen met klachten eigenlijk naar een teststraat gaan. Dat is natuurlijk belangrijke informatie, omdat dat ons wat zegt over compliance. En die informatie hebben we nodig, ook bij het modelleren. Het aspect waar u, denk ik, meer op doelt, is de integratie van gedragswetenschappelijke aspecten in de communicatie en in het beleid om een zo hoog mogelijke compliance op de maatregelen te krijgen. Dat staat dus nog los van de handhaving. Dat is iets wat zij rechtstreeks met VWS doen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Kröger namens GroenLinks. Gaat uw gang.

Mevrouw **Kröger** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter, en dank voor de presentatie. Mijn vraag gaat eigenlijk over al die scenario's die nu gemodelleerd zijn naar aanleiding van het aantal ic-bedden en de noodzaak om wel of niet extra maatregelen te treffen. Het kabinet heeft een routekaart geïntroduceerd en die laat eigenlijk zien dat we zo snel mogelijk terug willen naar niveau 1, waakzaam. Dan zouden we namelijk zo veel mogelijk vrijheden aan de maatschappij terug kunnen geven. Het doel is dan dus terugkeren naar een signaalwaarde van 50 per 100.000 of zelfs, zoals in de laatste Kamerbrief, 35 per 100.000. Als je dan kijkt hoe die verschillende scenario's uitpakken, rijst de vraag: wanneer zijn we met het huidige pakket terug op niveau 1? En hoeveel sneller kan dat als je nu scherpe aanvullende maatregelen neemt?

De heer Van Dissel:

Ik gaf aan dat dat precies de vraag is die we nu aan het analyseren zijn. Met andere woorden, hoe snel bereik je in de verschillende scenario's de signaalwaardes die op bijvoorbeeld de escalatieladder staan? Maar we realiseren ons tegelijkertijd — u kunt dat overigens heel grof aflezen uit de grafieken die ik hier presenteer — dat die verschillen in theorie tot een paar weken zouden kunnen oplopen. Het punt is dat we ons tegelijkertijd realiseren dat je met een grotere hamer ook meer schade veroorzaakt. En juist om dat totale beeld in beeld te hebben vinden we het zo belangrijk dat ook die maatschappelijke en economische kosten in kaart zijn gebracht, voordat we dat totale beeld evalueren. Je wil niet alleen weten hoe je er zo snel mogelijk kunt komen, want dat is slechts één eindpunt. Als de maatschappelijke of economische kosten daarvan vele malen groter zouden zijn dan de winst die je bereikt, moet je dat toch kunnen duiden. Dat moet niet alleen van het OMT afhangen, maar ook van de informatie van het Sociaal en Cultureel Planbureau en gaat u zo maar door. En dat is wat er momenteel wordt geïnventariseerd.

Mevrouw **Kröger** (GroenLinks):

Ik heb eigenlijk vooral gevraagd naar het tijdpad. Zitten we op 1 januari op die 50.000 of wordt dat 1 februari? Wat is het perspectief?

De heer Van Dissel:

Ik wil daar graag antwoord op geven. Ik gaf u aan dat het een beetje moeilijk is om dat met een liniaaltje af te lezen uit die grafiek. In feite gaat het dan om de signaalwaarden

en die liggen bijvoorbeeld bij tien ic-opnames per dag en bij drie ic-opnames per dag. Wat u bedoelt, zijn de signaalwaarden uit de escalatieladder.

Mevrouw **Kröger** (GroenLinks):

Ik heb het over de signaalwaarde van 50 besmettingen per 100.000. Dat is niveau 1, waakzaam. Wat is de prognose voor die signaalwaarde met dit maatregelenpakket? Wanneer zijn we daar? Is dat 1 februari of ...?

De heer **Van Dissel**:

Die noem ik u, maar ik mag alleen niet helemaal uitpraten.

Drie ic-opnames verstaat zich namelijk naar zeven per 100.000 en verstaat zich naar de waarde die u noemt op de weekbasis. Vandaar dat we die waarde kiezen. Dat betekent dat je een waarde hebt die heel laag ligt op die grafiek. U moet dan kijken waar die de x-as snijdt, omdat dat de periode is. Die zal liggen tussen eind december en medio januari, afhankelijk van de scenario's. Als je aanscherpt, zal dat het natuurlijk soms weer naar voren brengen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik tot slot het woord aan de heer Kuzu van de fractie van DENK.

De heer **Kuzu** (DENK):

Dank u, voorzitter. Ik wil de heer Van Dissel enorm bedanken voor de presentatie. Zeer helder uitgelegd: een afvlakking, maar nog niet overtuigend genoeg. We zien ook het OMT-advies, waarin staat dat gedragswetenschappers een rol dienen te hebben binnen de keten van advies tot aan besluit en naleving daarvan. Eigenlijk is dat al een lopende discussie over ontbrekende kennis bij het OMT. Vindt u dat voldoende expertise is geborgd in het kader van gedragswetenschap? Zou het OMT niet uitgebreid moeten worden? De heer Van der Staaij raakte daaraan. Zou u daarop kunnen ingaan?

De heer **Van Dissel**:

Dit is een vraag over hoe het OMT is samengesteld. Het OMT is samengesteld uit medici, biologen, artsen en epidemiologen en heeft tot doel om daarover te adviseren. Eigenlijk vinden we dat dat ook zo zou moeten blijven. We hebben er natuurlijk bij herhaling over nagedacht of je binnen het OMT gedragswetenschappers zou willen hebben of dat je het nodig vindt dat die in de fases daarna aanwezig zijn. Als je op voorhand, voordat je in het traject van beleid en implementatie van beleid zit, adviezen van het OMT die gestoeld zijn op medisch-virologische kennis zou weglaten omdat gedragswetenschappers daar bepaalde opvattingen over hebben, zouden wij dat onverstandig vinden, domweg omdat dat keuzes zijn die vaak raken aan beleid, en je wilt juist het beleidsaspect niet in de OMT-adviezen sec hebben. Wij benadrukken in onze eigen brief dus dat we het belang daarvan zeer sterk onderschrijven en graag zien dat dat zo stevig mogelijk bij alle aspecten geïntroduceerd wordt. Je kan je voorstellen dat dat dan met name aspecten zijn waarbij wordt nagedacht over hoe beleid omgezet en geïmplementeerd kan worden. Dan gaat het om communicatie, inrichting van de omgeving om het ook mogelijk te maken je aan het beleid te houden, handhaving en nudging om te zorgen dat men klopjes in de juiste richting krijgt. We denken dat het in die fase een buitengewoon belangrijke inbreng is om dat zo optimaal mogelijk te doen. Maar je kan je werkelijk afvragen of je eenzelfde soort inbreng wil hebben bij artsen die praten over hoe een virus een patiënt besmet en op welke verschillende wijzen je dat kan blokkeren. Dat die verschillende wijzen, als ze worden overgenomen in beleid, een

gedragwetenschappelijk advies erbij moeten krijgen — waar moet je je dan op richten in je communicatie, hoe kan je dat eventueel inrichten? — staat buiten kijf. Maar ik denk niet dat je dat helemaal aan het begin moet doen, omdat je dan mogelijk een filtering krijgt op dingen waar het beleid een uitspraak over wil doen.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Ik begrijp dat er nog één technische vraag is.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, een technische vraag, voorzitter. Die verduidelijkt ook mijn verduidelijkende vraag tijdens de presentatie van de heer Van Dissel. Hij zei: het reproductiegetal is 1,16 en komt van 9 oktober, want ik moet twee weken terugrekenen. Mijn verwarring zit 'm erin dat de minister van VWS, minister De Jonge, gisteren zei, ik citeer: in feite staat het reproductiegetal nu ongeveer op 0,88. Daar zit mijn verwarring. Hoe komt de minister van VWS aan dat getal, dat u niet produceren kunt?

De heer Van Dissel:

Ik kan natuurlijk niet voor de minister antwoorden, maar zoals ik in onze modellering heb laten zien, is dit het getal waarop wij hopen en denken uit te komen met het oktoberpakket. Ik denk dat hij daarnaar verwees.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Hij zei: in feite staat het nu op 0,88. Dat klopt dus niet?

De heer Van Dissel:

Ik denk dat de hoop de vader van de gedachte is. Wij hopen ook allemaal dat dit gerealiseerd wordt, voor de duidelijkheid.

De voorzitter:

Mevrouw Van Esch, ook alleen maar als het een technische aanvulling is. Anders kan ik het helaas niet toestaan.

Mevrouw **Van Esch** (PvdD):

Ja, het is echt een hele korte technische aanvulling, nog even over de nertsenvariant. U had het specifiek over die besmettingen van nerts naar mens, maar mijn specifieke vraag ging over de nertsenvariantbesmetting van mens op mens, niet binnen dat gezin, maar misschien had een van de gezinsleden in de supermarkt iemand anders met zo'n nertsenvariant kunnen besmetten. Is daar onderzoek naar? Hoe kunnen we dat meten? Dat was mijn specifieke vraag.

De heer Van Dissel:

Onderdeel van de surveillance rond de nertsensboerderijen is dat we ook kijken naar virussen die worden geïsoleerd, bijvoorbeeld bij personen uit een dorp in de buurt. Als je daarvan opnieuw de sequenties, dus de genetische analyse, doet, kan je die weer vergelijken met de sequenties die je bij de nertsen aantreft. Als dat verschillende zijn, betekent dat in ieder geval dat het niet vanuit die nertsen in het dorp gekomen is. Daar verwijst u, denk ik, naar. Daar hebben we dus controle op, maar we zijn natuurlijk wel afhankelijk van de aanlevering van gegevens. Er moeten wel positieve personen zijn. Maar goed, als die er niet zijn, zou het ook geen probleem zijn.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van dit tweede blok in de technische briefing. Ik wil de heer Van Dissel nogmaals dankzeggen voor zijn uitgebreide presentatie en de beantwoording van de vragen. Ik doe het niet iedere week of iedere twee weken, maar ook in uw richting zou ik willen zeggen: heel veel sterkte, ook de komende tijd weer, niet alleen voor u, maar zeker ook voor de organisatie waar u werkzaam bent. Ik wil de leden hartelijk danken voor hun aanwezigheid en belangstelling. Dat geldt natuurlijk ook voor de mensen die thuis of op een andere plek deze technische briefing gevolgd hebben. Ik kan u zeggen dat het debat van vanmiddag over de ontwikkeling van het coronavirus gepland staat om 14.00 uur, maar houdt u daarvoor ook het plenaire schema in de gaten. Nogmaals hartelijk dank. Daarmee sluit ik, onder dankzegging aan onze ondersteuning, deze vergadering.

Sluiting 12.11 uur.