

Vergaderjaar 2020–2021

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 622

VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING

Vastgesteld 13 oktober 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 29 september 2020 gesprekken gevoerd over **update coronavirus**.

Van deze gesprekken brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Lodders
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn zestien leden der Kamer, te weten: Agema, Azarkan, Van den Berg, Diertens, Dik-Faber, Ellemeet, Van Esch, Van Haga, Hiddema, Hijink, Krol, Lodders, Ploumen, Sazias, Van der Staij en Veldman,

alsmede de heer Van Dissel en de heer Kuipers.

Aanvang 12.30 uur.

De voorzitter:

Van harte welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is de technische briefing over de ontwikkeling van het coronavirus. Ik heet bijzonder welkom, en dank op voorhand namens alle leden van deze commissie voor hun aanwezigheid, de sprekers die hier vandaag te gast zijn. Naast mij aan tafel zit de heer Jaap van Dissel. Hij is directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. Momenteel is de heer Ernst Kuipers onderweg. Hij is voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg en hij zal vandaag als tweede spreker het woord voeren. Hartelijk welkom aan de Kamerleden. Ook hartelijk welkom aan de mensen die deze briefing op afstand volgen.

Met de leden zou ik willen afspreken om weer een tweetal vragen toe te staan. U geeft zelf aan, aan wie u de vragen zou willen stellen. Dan beginnen wij zo dadelijk met de eerste ronde en daarna wisselen we van plaats.

Richting de mensen thuis zou ik willen opmerken dat de presentaties, zoals gebruikelijk, op de website van de Tweede Kamer te vinden zijn, dus als u wilt, kunt u daarin meelesen. Dan denk ik dat we nu de huishoudelijke mededelingen gehad hebben. Ik geef graag het woord aan de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Gaat uw gang.

De heer Van Dissel:

Dank u wel. Ik wilde u een update geven. Er is natuurlijk niet zo ontzettend veel gebeurd met de epidemiologie in een week, maar ik zal u wat getallen anders illustreren dan vorige week. Ik loop u daardoorheen. Ik zal uiteraard ook wat zeggen over de achtergrond van de adviezen die wij hebben gegeven.

Allereerst even de update. Ik denk dat deze dia wel bekend is, ofschoon er wel steeds kleine dingen in veranderen. Ik wil hier met name aangeven waar wij het over hebben en wat wij kunnen doen aan preventie. U ziet dat aandacht voor ventilatie staat genoemd. Ik denk dat op deze dia met name die ziektepiramide van belang is. Daarop zie je dat uiteindelijk de groep die ernstig ziek wordt, te groot is om af te doen als onbeduidend. Dat kan ik op de volgende dia nog een keer illustreren. U ziet hier opnieuw de ziektepiramide met een groot aandeel personen die weinig ziek zijn of vrijwel zonder klachten zijn. Dat speelt zich dus ook deels onder de medische radar af. Maar de groep die naar het ziekenhuis komt, over het algemeen voor bijvoorbeeld zuurstoftherapie, is toch al met al 1,5% tot 2,0%. Een deel van die groep belandt op de ic. De schattingen van de aantallen die hier staan, zijn nog gebaseerd op de periode in maart. Wellicht behoeven die enige aanpassing wat betreft het huidige aantal besmettingen. Bij de groep die naar het ziekenhuis komt, ligt de gemiddelde leeftijd zo rond de 60. Dat ziet u op de grafieken rechtsboven. De groep die komt te overlijden ten gevolge van covid of met covid – daar kom ik zo op terug – is weer ouder. Dat ziet u op de tweede grafiek. Die groep is dus relatief groot. Dat betekent dat als je de uitbraak zou laten voor wat die is, je grote aantallen op de ic krijgt, ook van relatief veel jongeren. Daarvan zal een deel ook gewoon ernstig ziek worden.

De consequentie van het ziek-zijn ziet u aan de kleurenindeling van de matrix aan de linkerkant. Dit is een matrix die ik even heb overgenomen uit Denemarken, maar wij hebben eigenlijk soortgelijke getallen. Daarbij is duidelijk dat naarmate de leeftijd vordert en naarmate de hoeveelheid zogenaamde comorbiditeiten toeneemt, er een hogere sterfte is. Comorbiditeit is een ingewikkeld medisch woord voor onderliggende medische problematiek. U ziet dat als zich dat stapelt, omdat iemand bijvoorbeeld hypertensie én suikerziekte én COPD heeft – dan zit je dus op drie comorbiditeiten – uit de matrix duidelijk wordt dat zelfs al bij een wat jongere leeftijd het percentage van overlijden ten gevolge van covid, toch niet klein is. Naarmate het aantal comorbiditeiten toeneemt en de leeftijd toeneemt, ziet u ook dat het percentage dat komt te overlijden ten gevolge van de ziekte, groter wordt.

Deze getallen zijn momenteel misschien ietsje gekleurd door het feit dat we wat meer weten met betrekking tot potentiële behandelingen, maar bij onderliggend lijden is het zo dat die vaak ook de begrenzingen aangeven van wat je als medicus kan doen, omdat je aanloopt tegen bijvoorbeeld longlijden, een ernstige suikerziekte of een ernstig vaatlijden. Dat maakt dat domweg de veerkracht van het lichaam minder is. Dit met betrekking tot de ziektepyramide. Een heleboel mensen worden gelukkig relatief weinig ziek, maar een toch aanzienlijk percentage wordt zo ziek dat ze naar het ziekenhuis moeten en een aantal belandt uiteindelijk ook op de ic. Dan hebben we het vorige week al over de tweede golf gehad en ik denk dat de toename van de getallen ook in de ziekenhuizen dat alleen maar ondersteunt. De gedachte die daarachter zit, ziet u op deze slide, die stamt uit een verhaal van de start van de eerste uitbraak. Een groep uit MIT Harvard heeft opgeschreven wat je kan verwachten en eigenlijk voltrekt het zich ook min of meer zo. Initieel is er veel onbekendheid over het virus, zodat je niet precies weet wat je het beste kan doen. Dan neem je een zekere overshoot aan maatregelen, wat op de slide wordt weergegeven als de hamer. Je probeert een mokerslag uit te delen om te zorgen dat het virus weer omlaag komt en je de kans krijgt om het meer onder controle te krijgen. Daarna gaat het zoals het altijd gaat met dit soort zaken: als het minder op het netvlies van iedereen staat en minder in het bewustzijn van de personen is, zie je over het algemeen toch dat de compliance, het opvolgen van maatregelen die initieel van belang zijn geweest om het te keren, wat verwatert en dat het weer toeneemt. Dat is wat in dit artikel «de dans met het virus» wordt genoemd. De kunst is om nu op zodanige wijze een weg te vinden dat het virus niet de kans krijgt om in belangrijke mate toe te nemen. Naar nul krijgen vraagt waarschijnlijk te veel maatregelen met te veel maatschappelijke impact. Dat betekent dat dat ook weer een leerproces is waar momenteel niet alleen wij hier in Nederland in zitten, maar waar men in vele landen in zit. Dat daarvan sprake is, ziet u op de grafieken rechtsboven. Daar is enerzijds het aantal meldingen weergegeven, waarbij ik even in herinnering wil roepen dat we nu natuurlijk veel meer testen dan aan het begin, en dat de begintesten vooral ernstig zieken en zorgpersoneel betroffen. Het testen neemt dus toe en u ziet dat dat nog steeds toenemende is. De tweede grafiek toont het aantal ziekenhuisopnames. Die waren in de aanvankelijke periode in maart erg hoog ten opzichte van de meldingen, maar ook nu ziet u dat er weer meer ziekenhuisopnames en ook meer ic-opnames zijn. Ik kom daar straks nog even op terug. Gegeven het feit dat we de reguliere zorg ook graag intact willen laten – ongetwijfeld iets waar collega Kuipers op terug zal komen – betekent dat dat je niet te lang wilt wachten met maatregelen en dat je in ieder geval niet dezelfde hausse te bestrijden zou willen krijgen als in maart.

Hoe is de situatie momenteel? Als je naar het zogenaamde reproductiegetal kijkt, het aantal personen dat ziek wordt ten gevolge van één zieke – bij 2 verdubbelt zich dat, bij 1 blijft het stabiel en onder de 1 daalt het aantal personen met covid – dan ziet u dat we volgens de laatste schatting

ongeveer rond de 1,3 liggen. Die schatting ligt enige tijd terug, wat nu eenmaal obligaat is, gegeven de methode. Waarom is dat reproductiegetal van belang? Dat is van belang omdat het aangeeft wat ongeveer de periode is die het virus neemt om te verdubbelen qua aantallen. Die aantallen hangen van de generatietijd af. Ik heb op de eerste of tweede slide laten zien dat dat ongeveer drie tot vijf dagen is. Dat is eigenlijk een korte periode. Dat betekent dat je bij een reproductiegetal van rond de 1,3 – dat is natuurlijk geen homogeen getal in heel Nederland, maar wisselt van regio tot regio – momenteel per week tot anderhalve week ongeveer een verdubbeling van het aantal gevallen ziet. Dat is ook de reden waarom de urgentie nu plotseling zo veel hoger lijkt dan misschien één of twee weken terug, terwijl de wetmatigheid daartoe er natuurlijk ook al in zat. Maar de kleine getallen dreigden ons misschien wat in rust te sussen. Hier is nog even weergegeven waarom die exponentiële toename zo van belang is. Het is een grafiek die weergeeft wat het dividend is van eerder ingrijpen. U ziet op deze grafiek aangegeven met het rode pijltje wat er gebeurt als je nu één geval voorkomt. Als je dan de grafiek vervolgt in die periode van drie tot vijf dagen, dan ziet u dat dat hele deel wat er rechts ontstaat ten gevolge van rood, in feite berust op het voorkomen van één geval nu. Als je dat een week uitstelt, dan ziet u aan het gele deel dat je nog maar veel minder dividend hebt van het feit dat je pas over een week iets doet. Het kenmerk van dit virus is dat we er eigenlijk continu, ook gezien de zeer korte generatietijd, achterop dreigen te komen lopen. Naarmate je wacht kun je dus verwachten dat de aantallen zoals hier geschetst toenemen en dat, als je nu een maatregel overweegt maar daar nog een week mee wacht, je in feite volgende week het dubbele aantal tegemoet ziet en het probleem eigenlijk hebt verdubbeld ten opzichte van eerder ingrijpen. Dat is natuurlijk iets wat continu door advisering, maar ongetwijfeld ook door beleid heen speelt.

Dan kijken we naar dat reproductiegetal in Nederland. U ziet hier de ontwikkeling van augustus naar september toe. Duidelijk te zien is dat het virus aanvankelijk vooral in het westen en rond stedelijke gebieden optrad, maar dat het zich inmiddels over een groot deel van Nederland uitbreidt. Je verwacht – ik kom daar zo nog op terug met reële getallen – dat je eigenlijk maar een window hebt en dat, omdat het nu eenmaal per één à anderhalve week verdubbelt, ook de inkleuring van Nederland steeds verdergaat. Dat is niet alleen te zien op het reproductiegetal, want dat is misschien een wat abstract getal. We kunnen het ook zien als we per veiligheidsregio kijken naar de consequenties van zo'n reproductiegetal boven de 1. Dan zien we dat twee weken terug nog maar twaalf regio's boven die grens van 50 op de 100.000 per week lagen, terwijl dat afgelopen week al twintig regio's waren. Gisteren, maar dat is dan twee dagen terug, zaten we op 7 per 100.000 per dag, dat is per week ook 50. Het aantal regio's neemt dus steeds toe en de urgentie doet dat eigenlijk in heel Nederland ook.

Dan de reële getallen en de inkleuring die je daaraan kan geven in een tabel. Ze zijn wat te klein om op afstand te lezen, maar op uw print zijn ze waarschijnlijk goed leesbaar. Drie zitten duidelijk boven de grens van 150, niet alleen qua aantallen, maar ook wat betreft positieve testen. Testen boven de 10%, zo is dat gedefinieerd. U ziet dat een groter gebied tussen de 50 en de 150 zit, waarvan je het bovenste rode deel dat in die oranje square valt, eigenlijk kan opvatten als een gebied dat binnenkort ook naar rood gaat. U ziet eigenlijk dat Zeeland wat eenzaam onderaan staat. Daar verwacht je op grond van 3 per 100.000 dat het nog enige tijd duurt voordat het oranje gebied wordt. Maar zelfs het deel dat onder het oranje gebied ligt, zat de laatste dagen – de dag voordat deze dia gemaakt werd – eigenlijk alweer op 7. Naar verwachting overstijgt dat dan over een week de 50.

Het moge dus duidelijk zijn: een toename van het virus in heel Nederland, met name uitgesproken in de grote steden in het westen van het land.

Daar lijkt de toename numeriek gezien, dus qua getal, heel groot, maar in feite zien we nog gewoon steeds dezelfde exponentiële groei. We zijn als mensen nu eenmaal gewend om lineair te denken en daardoor is het steeds verontrustender, maar het virus neemt eigenlijk met dezelfde snelheid toe. Alleen zijn de toenemende getallen per dag groter, naarmate het verder gevorderd is.

Dan hebben we ook nog een andere indicator voor de uitbraak en die is mede gebaseerd op onderzoek dat onder Nederlanders is gebeurd naar de aanwezigheid van antistoffen tegen SARS-CoV-2. Als dat bepaald wordt, weten wij dat ongeveer 1 miljoen Nederlanders het virus hebben gezien, in die zin dat ze antistoffen hebben ontwikkeld. Dat kan je dan natuurlijk terugrekenen naar de getallen die bepaald zijn bij de GGD en ook naar ziekenhuisopnames. Als je het dan modelleert, kom je aan een grafiek zoals hier weergegeven. In de periode van maart zaten we tegen de 300.000 aan, maar u ziet dat dat aantal inmiddels toch ook weer behoorlijk oploopt. Ik wil nogmaals benadrukken dat dit schattingen zijn.

Die schattingen berusten op de onderliggende databases en in het kleine grafiekje ziet u, iets uitgesplitst, dat het scheidt of je voor het model gebruikmaakt van de meldingen van de GGD of van de ziekenhuisopnames. Dit is dus een grote orde, maar ik denk dat het, als je er het gemiddelde van neemt, wel ergens tegen de 100.000 zal liggen. U ziet de reële getallen en de R-waarde nog even rechtsboven.

Gedurende de eerste uitbraak hebben we dit virus in de meeste landen van Europa bestreden met allemaal maatregelen en vervolgens zijn we die maatregelen gaan versoepelen. Ik wilde u even meenemen naar het Europese beeld. Heeft Nederland dat nu heel anders gedaan dan andere landen? Is dat de reden dat we nu deze toename zien of zitten we eigenlijk redelijk gemiddeld? Dat is iets wat bijvoorbeeld de Oxford University bijhoudt. Die publiceert een zogenaamde Stringency Index, die op haar website teruggevonden kan worden. Die index geeft eigenlijk de mate van strengheid in de tijd van de maatregelen die genomen zijn en de mate waarin ze het maatschappelijk leven hebben beïnvloed. U ziet daar dat sommige landen heel vroeg begonnen. Dat kwam natuurlijk doordat in een land als Italië de uitbraak al gaande was, terwijl er in Nederland nog geen geval was. Dat eerste geval heb ik aangegeven met die groene dot voor 11 maart. U ziet dat Nederland redelijk het gemiddelde volgt, ook het gemiddelde van de versoepelingen. U ziet ook dat een land als Zweden natuurlijk wel degelijk maatregelen neemt, maar duidelijk minder maatregelen heeft genomen dan de rest van Europa. Dat zit eigenlijk best wel redelijk bij elkaar, ofschoon er natuurlijk ongetwijfeld wel wat verschillen zijn, ook omdat sommige landen weer aan het upscalen zijn. Maar Nederland bevindt zich eigenlijk een beetje aan de onderzijde van het gemiddelde wat de mate van interventies betreft. Hetzelfde geldt eigenlijk voor de versoepeling.

U ziet hier het beeld van de huidige situatie in Europa, niet de cumulatieve aantallen maar de actuele aantallen van de tweede golf, waar we tegen aankijken. Dat beeld is natuurlijk alweer van ongeveer een week geleden, maar het is duidelijk dat met name Spanje, Zuid-Frankrijk en ook andere delen van Europa – dat zijn de meest donkere kleuren – geraakt zijn, dat het in Nederland nog vooral het westelijk en het Randstedelijk gebied was en dat er in Noorwegen rond Bergen activiteiten zijn. Als je deze kaart laat «lopen» – want de kaart heeft een soort functie waarbij je de invulling steeds met de tijd ziet toenemen – zie je het echt weer ontstaan en zich over Europa verspreiden. Momenteel blijft Duitsland nog achter; althans sommige delen van Duitsland blijven nog achter.

Om meer in detail te kijken, maak ik gebruik van ECDC-gegevens die ook door de NOS zijn geplot, alleen in een wat andere volgorde. Daarmee kan je de grafiek maken die u hier ziet. Daarbij is het aantal covidtesten dat per 100.000 genormaliseerd wordt uitgevoerd in de verschillende landen ten opzichte van Nederland, weergegeven aan de linkerzijde van de grafiek.

De Nederlandse grafiek is het grijze lijntje dat u in al die grafieken ziet terugkomen. Aan de rechterzijde ziet u het aantal bevestigde covidgevallen in de verschillende landen. Dat is rood voor het land dat erboven staat. Het grijze lijntje is weer het lijntje van Nederland. Voor de duidelijkheid: dit zijn zogenaamde zevendagengemiddelden. Het is dus niet zo dat u de grafieken zonder meer kunt projecteren op de grafieken die u misschien kent. Maar dit geeft wel het overzicht over de tijd.

Ik wil u daarbij op een aantal dingen wijzen. Dat wordt op de volgende slide aangegeven met nummertjes. In de grafieken linksboven, in die twee, ziet u dat Duitsland per 100.000 mensen van de bevolking eigenlijk in gelijke mate test als Nederland. Maar aan de rechterzijde ziet u dat het aantal gevallen in Duitsland vooralsnog achterblijft bij het aantal gevallen in Nederland.

U ziet dat een land als Spanje, dat qua testen min of meer gelijk ligt met Nederland, zoals u ziet, geweldig voorloopt wat betreft aantallen zieken. U ziet dat een land als Denemarken aanmerkelijk meer test, niet alleen ten opzichte van Nederland, maar ook ten opzichte van andere Europese landen; sterker nog, ongeveer zes keer meer. Het aantal gevallen in Denemarken valt eigenlijk heel erg op de Nederlandse grafiek en ontloopt het Nederlandse aantal eigenlijk niet zoveel.

Omdat dit zevendaagse gemiddelden zijn, heb ik de actuele getallen van eergister uitgedrukt in een getal. Die getallen ziet u bij «covid bevestigd» aan de rechterzijde onder de landen staan. Dan ziet u bijvoorbeeld dat Duitsland ongeveer 2.400 gevallen had en dat België op dat moment op 700 zat. Dat zijn de actuele getallen, om ook daarvan een gevoel te geven. Zweden blijft hier nog achter, maar Zweden heeft natuurlijk met name in de laatste dagen ook een behoorlijke toename gekend. Die is in deze grafiek nog niet meegenomen. Het beeld is dus eigenlijk dat in heel Europa wat verschillend wordt getest, maar ook weer niet zo geweldig verschillend, zoals u ziet. De uitzondering is met name Denemarken, dat veel meer test. Los van dat testen ziet u dat het aantal besmettingen soms heel hoog ligt, soms onder dat van Nederland ligt en soms eigenlijk redelijk gelijk loopt, bijvoorbeeld in Denemarken, uiteindelijk genormaliseerd aan de hand van het bevolkingsaantal.

Hoe is het in Nederland dan momenteel met het testen? De laatste week ziet u op deze slide weergegeven. U ziet het aantal testen dat uitgevoerd is per 100.000 bewoners; dat is het linker kaartje. Op het rechter kaartje ziet u het aantal positief getesten, dat natuurlijk met name in een aantal Randstedelijke gebieden beduidend boven de 5% komt, wat wel als een soort gouden maat wordt gehanteerd om te kijken of je voldoende gevoelig test. Het zou dus kunnen dat je daar een zekere saturatie van de mogelijkheid om te testen hebt.

In de tabel ziet u weergegeven hoe zich dat vertaalt naar de verschillende beroepen die worden opgegeven bij de teststraat. Dan is bijvoorbeeld duidelijk dat degenen die getest worden omdat ze zich in een bron- en contactonderzoeksetting bevinden, het hoogste percentage positieven laten zien. Dat is ook logisch, want daar spitsen de problemen zich natuurlijk op toe. Maar u ziet bijvoorbeeld ook bij de mensen die in de horeca werken dat het percentage hoog is. De verdere percentages spreken, denk ik, redelijk voor zich.

Dan gaan we, anders dan vorige week, nog even in op de aantallen in Nederland. Dat zijn allereerst de aantallen per GGD-regio, hier weergegeven. Wat ik hoop dat u daarvan meeneemt, zowel op het kaartje als in de individuele grafieken, is dat er in alle regio's, zij het natuurlijk verschillend, groei zit. Misschien met uitzondering van delen van Zeeland zie je eigenlijk overal – dat zijn de gele balkjes omhoog in deze grafiek – dat het toeneemt in aantal.

Kijk je dan naar de leeftijdsverdeling van degenen die positief worden getest, dan zie je dat hier op twee manieren uitgezet. Aan de rechterzijde zie je de meer standaardwijze, waarbij specifiek is benadrukt – dat heb ik

met de rode cirkel omljnd – dat met name de groep van 20- tot 30-jarigen ten opzichte van de eerste piek veel meer positief wordt getest. U ziet hier ook nog de piek van maart. Die was toen bij 20- tot 30-jarigen laag, terwijl die bij 80-plussers veel hoger was. We weten natuurlijk, zeker nu, dat die piek van 20-jarigen vele malen hoger is dan die van die 80-plussers, maar dat we die piek in maart gemist hebben. Dat kunt u op dat rechterdeel zien.

Zet je het per week uit, dus gewoon het aantal per week, dan krijg je de grafiek aan de linkerkzijde. Daarin is per week weergegeven hoeveel er positief zijn. Voor alle leeftijdscohorten, maar met name weer voor de groep van 20 tot 29, zie je dat het aantal op dezelfde manier, volgens de exponent, toeneemt en dat dat ook wel degelijk geldt voor de oudere leeftijdsgroepen. Ook daar zie je die toename, ook al is die numeriek ten opzichte van de groep van 20- tot 30-jarigen natuurlijk vele malen lager. Maar die oude groep is uiteraard van belang – dat heb ik u eerder al geschetst – vanwege het feit dat zij onderliggende medische problemen hebben, meegenomen uit het eerdere deel van hun leven. Bij hen is de belasting, de mate waarin ze naar het ziekenhuis gaan en de mate waarin ze overlijden door covid vele malen hoger dan bij de groep die gezond en jong is.

Dan wil ik u nog op een wat andere wijze meenemen in de clusteranalyse. Daar heb ik vorige week, dacht ik, al het een en ander van laten zien, maar ik wil u nog even de clustergrootte illustreren, want die was toen niet zo aan bod gekomen. Wat ik u hier in de tabel laat zien, is het aantal clusters vanaf 1 juni en het aantal actieve clusters. Dat wil zeggen dat daar in een bepaalde tijd nog personen bij kunnen komen. U ziet allereerst dat de gemiddelde clustergrootte met 1 is toegenomen en dat de range behoorlijk groot is: van 3 tot 340. Dat scheelt natuurlijk nogal wat. Aan de rechterzijde ziet u de situaties die eraan kunnen worden gekoppeld, maar met name de grootte van de clusters die er dan zijn. De situaties die eraan kunnen worden gekoppeld, hebben we eerder besproken. Dat zijn met name de thuissituatie en voor zo'n 10% de werksituatie. Die ziet u hier ook bovenaan staan. U ziet dat het in de verpleeghuizen toeneemt en dat de horeca zich in de middenmoot bevindt. Het belang van de horeca – dat kon ik u vorige week niet illustreren, maar dat kan ik u nu wel laten zien – is dat de gemiddelde cluster daar aanmerkelijk groter is dan bijvoorbeeld in de huissituatie. Als de clustergrootte in de horeca gemiddeld rond de 10 ligt, met een uitloper naar 342, kunt u zich voorstellen dat, al neemt de horeca uiteindelijk 5% à 6% in van de betrokkenheid bij clusters, de consequenties daarvan door de clustergrootte groter zijn; je moet als het ware naar het product kijken. U ziet overigens dat studentenactiviteiten apart worden gescoord. U ziet dat dat op zijn minst zo hoog is. Dat is daar natuurlijk deels aan verwant. Het beeld wat je dan ziet, is dan men het virus buiten de thuissituatie opdoet, want binnen de thuissituatie zijn het met name de huisgenoten die het virus opdoen. Iemand krijgt het virus buiten het eigen huishouden, neemt het naar huis mee en daar vindt, omdat daar natuurlijk veel intieme contacten zijn, verspreiding plaats. Daarom staat de thuissituatie zo hoog. Maar het virus ontstaat natuurlijk nooit thuis, dat wordt ergens van meegenomen. De mate waarin dat wordt meegenomen, kunt u dus meer aan de clustergrootte relateren. Dat kan ik nog op een andere wijze illustreren, en dat ziet u op de volgende twee slides. Want daar is dit per leeftijdscohort uitgesplitst – in dit geval tot en met 17 jaar en 18 en ouder tot 25 en 26 tot 40 – en dan ziet u in de tijd op de x-as het aantal clusters op de y-as, ingekleurd naar reden. Dan ziet u bijvoorbeeld voor de jongste leeftijdsgroep dat er eigenlijk relatief weinig clusters ontstaan, maar dat een aantal clusters toch op school ontstaan, zij het dat dat aantal beperkt is. Want anders zou het veel hoger zijn. In de tweede groep – ik zou bijna zeggen: de aardigste groep, maar het is op zich natuurlijk helemaal niet aardig – ziet u in de groep van jongeren tot zo'n 25 à 30 jaar een heel groot aandeel van

clusters gerelateerd aan vakantie, en vervolgens ziet u een cluster ontstaan dat meer aan de horeca en de thuissituatie van deze groep is gerelateerd. Dat zullen vaak, maar niet uitsluitend studentenhuizen zijn. In de tijd ziet u een verschuiving van de infecties optreden. In deze groep is het klaarblijkelijk zo, als we de naar de clusters kijken – overigens maar een van de verschillende wijzen waarop we ernaar kijken – dat aanvankelijk veel gerelateerd was aan de terugkomst van vakantie, wat blijkbaar is doorgegeven, deels via horeca, maar met name via studentenhuizen. U ziet als het ware het verloop in de tijd en daardoor het belang van de verschillende clusters.

Voor de wat oudere groep mensen tussen de 25 en 40 ziet u dat het beeld eigenlijk anders is: daar ziet u in ieder geval dat er meer thuisverspreiding is, wat nogmaals onderstreept dat de thuissituatie zo van belang is. Het belangrijkste waar ze dat kunnen hebben opgedaan is, zoals u ziet, onder andere het werk. Men wordt dan op het werk waarschijnlijk door iemand anders besmet, dit meeneemt naar huis waarna het zich binnen het huishouden nog enige tijd verspreidt. Als je dit doortrekt naar de oudere leeftijden – u ziet hier weer een herhaling van de eerste grafiek – dan ziet u dat dat thuis en op het werk in belangrijke mate geldt voor tot de 65, en boven de 65 gaan dingen meespelen zoals het verpleeghuis. De clusteranalyse met betrekking tot leeftijd die ik u tot nu toe altijd wat eendimensionaal heb laten zien, kan met een zeker gevoel van logica worden ontleed en afgepeld tot de verschillende leeftijdsgroepen. Daar ligt het belang van de sociale contacten anders.

Dan iets waar we ons natuurlijk zorgen over maken, namelijk de toename in het aantal ziekenhuis- en ic-opnames. Allereerst aan de linkerzijde weergegeven ten opzichte van de hele uitbraak en vervolgens aan de rechterzijde uitvergroot het laatste deel, ik geloof sedert begin juli, waarbij natuurlijk duidelijk is dat het aanvankelijk heel laag was, maar waarbij een evidente toename het geval is. Daar is natuurlijk op gemodelleerd, en dan krijgt u dit soort grafieken, waarbij opnieuw op de x-as de tijd is weergegeven en op de y-as de aantallen, en waarbij met de donkere dots de reële getallen zijn weergegeven, en de modellering in blauw-turquoise. Dan ziet u dat we met betrekking tot de verpleegafdelingen momenteel zo tegen de 600 à 650 zitten. Als dit tot half oktober zo doorgaat, zou je rond de 2.000 à 2.500 uitkomen. Het laatste deel is iets uitvergroot in de rechtergrafiek op aantallen per dag, en de andere is de bezetting. Hetzelfde geldt grosso modo voor de ic-opnames. We zitten nu zo tegen de 140. U ziet dat de voorspelling is dat dat over een aantal weken doorgaat en dat we dan zo medio oktober rond de 400 uitkomen. Dat is natuurlijk gelukkig aanmerkelijk lager dan we als piek hebben gehad in maart, maar de vraag is ... U ziet ook dat het oploopt en dat we daar dan nog niet op de piek zitten. Daar komen we misschien straks nog even op terug. Maar het is natuurlijk de bedoeling dat die maatregelen de R-waarde terugbrengen tot onder de 1, waardoor je uiteindelijk weer een uitfasering van de aantallen krijgt. Dan kunnen we natuurlijk uitrekenen hoeveel inmiddels al in een incubatiefase zitten of in een volgende incubatiefase ten gevolge van een weliswaar afnemend aantal, maar natuurlijk nog steeds substantieel aantal besmettingen dat aanwezig is. Dan verwacht je dat je tussen de 400 en 700 ic-opnames nog moet verwerken, ook al zou je dus, voor de duidelijkheid, vandaag maatregelen nemen die uiteindelijk leiden tot de afname van de R.

Welke maatregelen dan genomen moeten worden en gesuggereerd zijn in de adviezen, daar ziet u eigenlijk een soort ... Het is helaas klein op deze projectie, maar misschien is het op de zichtbare slides beter. Zo'n R-waarde is opgebouwd uit vele componenten, waarbij sommige componenten de R-waarde duidelijk verhogen en andere componenten de R-waarde omlaag brengen. U kunt zich voorstellen dat je als het ware terugkijkt in de tijd, ook in Nederland, om te zien op welk moment de maatregelen nou dusdanig waren dat je een R-waarde van rond de 0,9

had. Kijk wat er toen aan maatregelen gold en neem dat als uitgangspunt om van de huidige situatie naar terug te gaan. En verder: zorg ook dat je geleerd hebt van de situatie. Neem dus kennis van in hoeverre bijvoorbeeld contactberoepen hebben bijgedragen en ga dan kijken of je bepaalde beroepen die destijds waren meegenomen, nu misschien kan uitsluiten. Dat is eigenlijk het proces dat doorlopen is, wat alles te maken heeft met de logica dat infectieziekten alleen maar kunnen worden doorgegeven als er een relevant contact is tussen een besmettelijk iemand en een gevoelig iemand. Die contacten volgen eigenlijk drie referentiepunten. Als een individu met een individu contact heeft, geeft dat uiteindelijk minder risico op verspreiding in de bevolking dan een individu met een groep, en al helemaal een groep met een groep. Dus dat is als het ware één as waar je de maatregelen op kan refereren en het juiste punt moet kiezen om op door te gaan. Het tweede is van buiten naar binnen – hier ook al een aantal keren besproken – met betrekking tot risico's die anders liggen. Dat betekent dat je eerst buiten en dan weer naar binnen zou komen, en vervolgens lokaal en regionaal, waarbij de logica is dat als je een lokale uitbraak hebt, dat altijd minder consequenties heeft dan wanneer er een landelijke gebeurtenis is geweest, waardoor je meteen een landelijke seeding van het virus hebt. Dit zijn dus drie referentieassen die gerelateerd zijn aan de R-waarde die we tot nu toe hebben waargenomen, maar natuurlijk ook de R-waarde – dan ga ik even naar deze terug – die we kennen uit het verleden en waarvan we de momenten van interventies kennen. Op dit patroon is dus een R-waarde gekozen die aangaf wat er toen mogelijk was wat betreft de versoepelingen en wat er nog niet was versoepeld. Dan kom je uiteindelijk op het maatregelenpakket uit waarvoor gekozen is. Ik ga niet in detail, want u heeft dat gehoord en u heeft waarschijnlijk ook de brieven, maar dat is natuurlijk een heel divers pakket, waarover een advies lag en waarin een aantal dingen wel en een aantal dingen niet zijn overgenomen, zoals u heeft kunnen zien.

Even kort samenvattend: we zien een toename, met name bij jongeren, maar niet alleen maar bij jongeren, die niet komt omdat we meer testen, maar omdat er meer gevallen zijn, wat zich ook uit in meer ziektegevallen. Dat is niet uniek voor Nederland, maar is in heel Europa gaande. De infecties zijn weliswaar begonnen onder de jongeren, maar beperken zich daar niet langer toe. Dat betekent dat in het Randstedelijke gebied in het westen de reguliere ziekenhuiszorg al onder druk staat. Daar zal collega Kuipers ongetwijfeld op doorgaan. Maar je ziet daar natuurlijk dat als ziekenhuizen cohorten moeten inrichten, aparte afdelingen voor covid-patiënten, die bemand moeten worden met verpleegkundigen en artsen die uit de rest van het ziekenhuis moeten worden betrokken. Dat betekent altijd dat er een herprioritering van de reguliere zorg zal moeten plaatsvinden. Dat geldt natuurlijk nog meer als beademingsbedden worden gebruikt, ook als daar misschien al meer buffer op is ingezet.

Dan naar schatting het aantal besmettelijke personen. We weten dat ongeveer 1 miljoen het gehad heeft en antistoffen heeft tegen het virus. Het meest actueel momenteel zijn, denk ik, de adviezen voor maatregelen die hopelijk die R gaan terugbrengen van boven de 1 naar onder de 1, met als gevolg dat de toename stopt en je hopelijk zo snel mogelijk weer kan uitfaseren, en opnieuw een nieuwe situatie moet creëren waarin die R dan hopelijk langer onder de 1 blijft.

Ik denk dat dat mijn verhaal was. Dank u wel.

De voorzitter:

Hartelijk dank voor uw presentatie. Ik stel voor om direct door te gaan naar de vragen. Ik geef graag als eerste mevrouw Agema de gelegenheid. Mevrouw Agema spreekt namens de fractie van de PVV. Gaat uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik dank de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Ik heb een vraag over de clusters. Wij weten door bron- en contactonderzoek heel specifiek waar de clusters zijn. Ik zie het advies van het OMT dat de heer Van Dissel gisteravond aan ons, of aan de regering, heeft gestuurd. Daarin adviseert hij generieke maatregelen op landelijk niveau, voor de horeca, de sportclubs en studentenverenigingen. Ik vraag me af waarom hij generieke maatregelen voorstelt, terwijl we door het bron- en contactonderzoek heel specifiek weten waar die clusters zich bevinden.

De heer **Van Dissel**:

Dat is natuurlijk een heel belangrijke vraag. Eerlijk gezegd geeft die ook weer een beetje het duivelse dilemma weer waar je voor staat als je maatregelen moet nemen. Een van de eerste vragen was regionaal versus landelijk. Er was een regionale aanpak waar het kon en een landelijke aanpak als het moest. Hopelijk heb ik toch getoond dat het zich niet meer alleen regionaal verspreidt, maar dat het zich landelijk verspreidt. Als het de wet van de exponent volgt – dat heeft het tot nu toe gedaan, dus dat zal het zeker doen – zullen we zien dat het aantal gebieden dat over de kritische fase heen komt die we eerder aanhielden, zal toenemen. Omdat je uiteindelijk het virus voor wilt zijn, hoe ingewikkeld dat ook blijkt te zijn en hoe slecht we daar nu ook in slagen – overigens niet alleen wij, maar alle landen waar weer een opvlamming is – zal dat soms betekenen dat je ook maatregelen moeten nemen voor gebieden die momenteel nog onder de grens zitten, maar waarvan je weet dat ze, als je het doortrekt, erboven zullen komen. Dat was een belangrijke reden om toch te komen tot landelijke en generieke maatregelen. Verder hebben alle maatregelen die genomen zijn de logica die ik u net heb uitgelegd, namelijk van individu naar groep, van regionaal naar landelijk, van buiten naar binnen. Dat zit achter alle geadviseerde maatregelen. Uiteindelijk moeten we met z'n allen het aantal contacten terugbrengen waarmee het virus de kans heeft om over te gaan. De maatregelen zijn deels gericht op het terugbrengen van groepsgroottes. Wij denken dat dit in die logica past. Ze zijn deels gericht op het beperken van contacten, omdat we weten dat er risico's zijn dat dit als een soort social hub optreedt. Zo moeten we die maatregelen langsgaan. Dan hoop ik dat de logica op die drie referentieassen die ik genoemd heb, duidelijk is, want daar is het op getitreerd. Dan kom je uiteindelijk op zo'n divers pakket uit, want dat is het natuurlijk wel bij een eerste beschouwing. Ik hoop dat dat iets van de vraag beantwoordt.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Uw tweede vraag, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik dank de heer Van Dissel, maar er is eigenlijk helemaal niets opgehelderd met dit antwoord. Als je toch heel specifiek weet dat er 131 clusters zijn in de horeca en je niet wilt dat dat exponentiële gaat gebeuren, dan moet je toch heel specifiek naar die 131 horecalocaties toe en daar gaan onderzoeken wat er precies aan de hand is? Je moet ervoor zorgen dat je die besmettingen eruit haalt. Er was een café waar 51 besmettingen hadden plaatsgevonden. Vervolgens is de reactie van het OMT en van de regering: alle horeca om 22.00 uur de deuren dicht. Maar je moet toch juist op die specifieke locaties, en bij die sportclubs en die studentenverenigingen, actie ondernemen? Want dan haal je de besmettingen eruit. Dan zorg je dat mensen die niet meenemen naar huis, naar familie of naar vrienden. Daarom is mijn vraag: waarom gebeurt er eigenlijk niks met die specifieke clusters?

De heer **Van Dissel**:

Prima. Zo had ik uw vraag niet opgevat, maar het is volkomen helder wat u bedoelt. U heeft opnieuw volledig gelijk. Alleen, het punt is dat je, als je dat als manier zou nemen, altijd erachteraan loopt. Dat is ook weer de frustratie. Stel dat van de tien cafés er één besmettingen geeft en je dat specifieke café sluit, dan heeft het eigenlijk al plaatsgevonden. Je moet nu eenmaal toe naar een generiekere maatregel, waarmee je voorkomt dat dat gebeurt. Ik deel uw frustratie daarover, want dit wil je natuurlijk helemaal niet doen. Je wilt bijna met chirurgische precisie uitsnijden waar het misgaat. Een heleboel mensen doen een heleboel werk en proberen het goed te doen, maar dan gaat het toch een aantal keren mis. Uit die clusteranalyse leren we toch dat het de grootste gevolgen heeft als het misgaat. Je wilt dit voorkomen. Je wilt niet dat je iets moet sluiten als er al bewezen besmettingen zijn, maar je wilt die situatie voor zijn. Dan moet je je meer richten op de situaties waarin het kan gebeuren dan op de situaties waarin het gebeurd is, ofschoon die natuurlijk een soort opbouw geven, een soort portfolio van de riskante situaties die er nu eenmaal zijn.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank. Dan geef ik nu de gelegenheid aan de heer Krol. Gaat uw gang.

De heer **Krol** (Krol):

Dank u, voorzitter. Bij de eerste coronagolf was er kort na aanvang veel aandacht voor de eventuele extra besmettingen die er geweest waren naar aanleiding van het vieren van carnaval. Ik zou daar graag meer over willen weten, temeer daar het over minder dan anderhalve maand vanaf nu de 11de van de 11de is. De voorbereidingen zijn al begonnen. Ik denk dat de mensen die daarmee bezig zijn heel graag willen weten of er specifieke maatregelen komen voor het nieuwe carnaval, of dat dit niet nodig is.

De heer **Van Dissel**:

Ik denk dat u terecht zegt: wat veroorzaakte, terugkijkende, de eerste maar misschien ook deels de tweede golf? In de eerste golf zijn er analyses gemaakt van clusters in het bron- en contactonderzoek, maar er is ook een sequentieanalyse gedaan van het virus zelf, waarbij we in groot detail kunnen kijken hoe het virus eruitziet en het als het ware kunnen volgen, omdat er kleine veranderingen in het virus optreden die als een soort vlaggetje duidelijk maken welke personen aan elkaar gerelateerd zijn. Overigens is er veel te danken aan het Erasmus Medisch Centrum, dat veel van die sequentieanalyses heeft uitgevoerd. Dan is het beeld van maart dat er toen vele introducties waren vanuit onder andere Noord-Italië, maar ook vanuit Oostenrijk. Dus zeker niet één, maar zeer vele. Ten tijde van het carnaval hebben die kans gezien om het verder te verspreiden. Een groot deel had natuurlijk maar relatief milde klachten en als ze klachten hadden, schreven ze het misschien toe aan een heel andere reden. Toen zagen we natuurlijk al heel snel dat het aantal ziekenhuisopnames geweldig toenam, terwijl we die onderzijde van de piramide hebben gemist omdat het vaak weinig zieke personen waren, die ook niet voldeden aan de case definition die toen gold, die natuurlijk was gebaseerd op de informatie uit China.

Voor de tweede golf zijn er wel enige parallellen te trekken, want met name in de jongere groep hebben we vlak na de vakantieperiode een heleboel clusters gezien, waarschijnlijk dus toch reisgerelateerd en opnieuw meegenomen vanuit het buitenland. Dat is ook iets wat de beperkte sequentieanalyse die nu is uitgevoerd, met name op gevallen in de regio Rotterdam, weer laat zien. Er zijn meerdere introducties uit bijvoorbeeld Spanje en Frankrijk. We hebben natuurlijk geen carnaval gehad, maar wat er daarna als relevante gebeurtenissen zijn opgetreden,

zijn toch vooral de thuissituaties bij de jongeren. We hebben een aantal bekende voorbeelden rond studenten, maar het zijn natuurlijk niet alleen studenten. Daarbij is verdere verspreiding opgetreden. Er zit dus een gelijkenis in. Het is een heel geniepig virus dat bij een heleboel mensen maar heel weinig klachten geeft. Wat het ons leert, is dat we heel erg moeten nadenken of het een verstandige toekomstvisie is om in te zetten op een nieuwe situatie waarin we een heleboel personen bij elkaar brengen. We weten dat het zich kan verspreiden. De groeps groottes, ook in het advies, zijn natuurlijk niets voor niets nog verder omlaag gebracht. Ik heb natuurlijk geen kristallen bol om te voorspellen hoe het gaat met het komende carnaval, maar je zou je kunnen voorstellen dat je heel kritisch wilt bekijken wat de mogelijkheden zijn om dat doorgang te laten vinden. Ik denk dat we daar gewoon heel goed naar zullen moeten kijken, moeten modelleren en ook moeten zien wat de effecten zijn op de teruggang nu van de verspreiding van het virus. We kunnen natuurlijk ook met betrekking tot vaccins en dergelijke geluk hebben, maar dat lijkt me allemaal heel erg vroeg. Wat je gewoon niet wil, is grote groepen die zich toch redelijk intiem mengen en zo ken ik een beetje het carnaval. Ik denk dat dat toch een uitroep teken is momenteel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan mevrouw Ploumen, die spreekt namens de fractie van de Partij van de Arbeid. Gaat uw gang.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de heer Van Dissel. Afgelopen zaterdag sprak hij in een interview over een gereedschapskist aan maatregelen. Ik zou hem willen vragen om wat uitgebreider in te gaan op welke maatregelen daar nu in zitten en welke van die maatregelen je nou zou moeten inzetten om onder de R van 0,9 te komen. Dat is eigenlijk het advies dat het OMT heeft gegeven.

De heer Van Dissel:

Er is een uitvoerige «toolkit» beschikbaar gekomen. Daar zitten feitelijk allemaal maatregelen in die je lokaal, maar ook landelijk kan nemen. Die zijn allemaal gericht op het terugbrengen van contacten die mogelijk aanleiding zijn tot overdracht. Die volgen de logica die ik u geschetst heb, van individu naar groep et cetera. Dat zit ook in die maatregelen. Die maatregelen vindt u deels terug in de OMT-brief, want het zijn natuurlijk ook maatregelen gericht op groeps grootte en op mogelijkheid van contacten in situaties waarvan we nu weten dat daar toch een zeker risico aan verbonden is. Ik denk dat het eigenlijk de hele logica volgt van het advies. Het zijn al dat soort maatregelen, maar meer toegespitst op wat dat dan daadwerkelijk inhoudt. Bij contactberoepen heb je natuurlijk verschillende beroepen. Zo moet u eigenlijk zien dat er een soort verzamelkist is waar al die maatregelen in zitten. Wat je natuurlijk probeert te doen, mede naar aanleiding van analyses die een indruk geven van wat nou de meest relevante potentiële besmettingshaarden zijn of wat het hoogste risico geeft, is die maatregelen eruit halen die daarop ingrijpen. Als dat regionaal kan, zal je dat natuurlijk vooral regionaal willen doen. Maar als je nu naar de situatie kijkt, denk je: dit is gewoon iets wat landelijk moet worden aangepakt. Want als we het regionaal zouden doen, kan je nu al voorspellen op grond van de wetmatigheid van de toename dat je een aantal keren per week steeds weer nieuwe regio's erbij moet nemen. Dat is uiteindelijk ongewenst, denk ik. Bovendien wil je het voorkomen.

De voorzitter:

Dank u wel. Uw tweede vraag ook, mevrouw Ploumen?

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Heel graag ... Oh, dan heb ik er dadelijk geen meer. Nee, helaas. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Hijink, die spreekt namens de fractie van de SP. Gaat uw gang.

De heer **Hijink** (SP):

Dank, voorzitter. Ik zou het graag over de verpleeghuizen willen hebben. Wat mij opviel in het OMT-advies, is dat daar heel nadrukkelijk staat, als onderdeel van de landelijke maatregelen om die R onder de 0,9 te krijgen, dat je over zou moeten gaan tot landelijke invoering van het dragen van mondkapjes in verpleeghuizen. Dat is een advies dat niet wordt overgenomen door het kabinet. Dat kiest ervoor om dat alleen te adviseren voor de regio's waar het echt ernstig is. Moet ik dan vaststellen dat, als het OMT zelf vaststelt dat die 0,9 een bovengrens is en dat je dus eigenlijk al die maatregelen moet doorvoeren wil je überhaupt op dat getal uitkomen, als je dus maatregelen uit dat advies niet gaat overnemen, die 0,9 steeds verder uit zicht raakt?

De heer **Van Dissel**:

Die 0,9 is natuurlijk een streefgetal. Wij hebben een aantal maatregelen gesuggereerd – er staan er ook een aantal in die u nu niet noemt en die ook niet zijn overgenomen – die tezamen bedoeld zijn om het zeer robuust onder de 0,9 te brengen. Ik denk persoonlijk niet dat we zo nauwkeurig kunnen modelleren dat we het verschil tussen deze twee aan kunnen geven. En in het koppelen aan de druk van buiten zit op zich ook een logica. Want wat hier eigenlijk mee wordt beoogd, is voorkomen dat er vanuit de bevolking introducties in verpleeghuizen plaatsvinden. We weten dat dat deels gebeurt door personeel, maar het kan ook bezoek zijn natuurlijk. Er zijn meerdere mogelijkheden. De gedachte is dat je dat ten minste deels kan voorkomen door zo'n mondkapjesplicht. Dat betekent niet dat je daar alles mee tegen gaat houden, maar het nut daarvan is natuurlijk wel – dat is ook wel invoelbaar – gekoppeld aan het risico dat zo iemand dan heeft om besmet te zijn buiten het verpleeghuis en het dan mee te nemen. Het risico om buiten het verpleeghuis besmet te worden, is uiteraard gerelateerd aan de infectiedruk buiten het verpleeghuis. Vandaar dat door het kabinet blijkbaar is gekozen om dat daar nadrukkelijk aan te koppelen. Ik kan u misschien even een extreem voorbeeld geven. U kunt zich voorstellen dat in Zeeland, waar nog heel weinig infecties zijn, het uiteindelijke nut van zo'n maatregel in verpleeghuizen vele malen lager zal zijn dan in een stad als Amsterdam of Rotterdam of in de regio Haaglanden, waar de infectiedruk veel hoger is. Dat is de logica achter die stap, denk ik.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Tweede vraag, meneer Hijink? Nee? Dan mevrouw Van den Berg, die spreekt namens de fractie van het CDA. Gaat uw gang.

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

Dank u wel, voorzitter. Ook dank aan meneer Van Dissel voor zijn presentatie. Ik wil graag even een combinatie maken van een paar pagina's die hij heeft laten zien. Op pagina 25 zegt hij: voor elke week met een reproductiefactor van 1,3, hebben we minstens drie weken nodig met een reproductiefactor van 0,9 om het voor de zorg beheersbaar te houden. Dus dan zit het niet op 0, maar dan is het voor de zorg beheersbaar. De heer Van Dissel liet ons ook wat Europese cijfers zien op pagina 11 en 12. Als Nederland hebben we minder maatregelen dan Duitsland, terwijl

Duitsland het wel beter doet dan wij. Daar zou ik graag nog even een reflectie op horen van meneer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

Je ziet binnen Europa natuurlijk überhaupt verschillen. Duitsland doet het duidelijk beter. Je zou natuurlijk graag één punt eruit willen halen dat dan evident is om meteen in Nederland te doen. Tegelijkertijd zien we natuurlijk ook een aantal landen waar het veel minder goed gaat ten opzichte van Nederland: Spanje en grote delen van Frankrijk. Daar gebeurt al veel meer, maar desondanks heeft het virus zich meer verspreid. Dat is een vraag die ik graag voor u zou willen beantwoorden, maar waar we in de huidige analyses ... Behalve dat je misschien een grote mate van cultuurverschillen zou kunnen aanduiden, maar daarmee komen we op dit moment natuurlijk niet meteen tot een heel praktische consequentie. We zouden graag in detail weten waarom dat zo is. Dus het antwoord is dat we daar nog onvoldoende detailkennis van hebben om daar gebruik van te kunnen maken.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan mevrouw Van Esch, die spreekt namens de Partij voor de Dieren. Gaat uw gang.

Mevrouw Van Esch (PvdD):

Dank u, voorzitter. Ik zie de heer Van Dissel net niet. Dat is altijd onhandig. Ik wil een vraag stellen aan de heer Van Dissel. Ik ben benieuwd wat zijn visie of die van het OMT is op het feit dat je in veel landen om ons heen nu nog steeds besmettingen in de vleesindustrie ziet. Ik heb het gevoel dat we in Nederland het beeld daarvan een beetje zijn kwijtgeraakt. Ik ben benieuwd of u dat beeld nog wel hebt. Kunt u uw licht laten schijnen op hoe het in Nederland gaat op dit moment naar uw gevoel? Zijn er nog steeds brandhaarden?

De heer Van Dissel:

Voor zover ik weet, zijn die er niet. Die zijn er zeker geweest. Er zijn natuurlijk ook interventies op gedaan. We hebben de commissie-Roemer gehad. Er zijn bijvoorbeeld interventies gedaan op wat er mogelijk misging binnen de slachterijen naar ons weten. Dat heeft er voornamelijk niet toe geleid dat het momenteel uit die clusters komt.

De voorzitter:

Dank u wel. U wilt nu ook uw tweede vraag stellen toch, mevrouw Van Esch?

Mevrouw Van Esch (PvdD):

Inderdaad, dat klopt. Mijn tweede vraag is eigenlijk een vervolgvraag hierop. We zien dat nu meerdere slachthuizen aangeven de productiesnelheid weer te willen gaan verhogen, met als gevolg dat de medewerkers weer op een andere manier zouden moeten gaan werken om die snelheid te halen. Ik ben benieuwd hoe u daartegen aankijkt. Wat is het advies vanuit het OMT richting de slachthuizen die dat weer van plan zijn?

De heer Van Dissel:

Ik spreek dan even op eigen gezag, omdat ik natuurlijk niet met het OMT kan overleggen nu. Wat we in de slachthuizen gezien hebben, zijn een aantal zaken. Behalve dat er vaak personen, buitenlanders, werkten die in bepaalde omstandigheden leefden en ook vervoerd werden – dat is onder andere onderzocht door de commissie-Roemer – hebben we natuurlijk zeker ook gezien dat in de slachthuizen wel degelijk het nodige was waar verbetering op mogelijk was. Een van de dingen betrof de ventilatie. Dat

bedoel ik niet sarcastisch. Dat was echt een heel belangrijke, omdat in de vleesindustrie voor een deel wordt gewerkt in ruimtes die gekoeld zijn. Omwille van efficiency had men vaak een circulatiesysteem, waarbij er dus niet voldoende luchtverversing was. Dat is natuurlijk niet goed. Want als daar iemand hoestend staat en je recirculeert letterlijk het virus, kan je je voorstellen dat dat bepaalde risico's met zich meebrengt. Dat werd nog eens geaccentueerd door het feit dat er een bepaalde wijze van het nathouden van oppervlaktes is. Dat soort situaties is geconstateerd en daar zijn adviezen op gegeven, nadrukkelijk ook op ventilatiegebied. Want ik denk echt dat het in die situatie buitengewoon relevant was.

De voorzitter:

Dank u wel. Een vraag van mevrouw Ellemeet. Zij spreekt namens de fractie van GroenLinks. Gaat uw gang.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, en dank aan de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Ik wil hem vragen hoe hoog hij de kans inschat dat het huidige pakket maatregelen onvoldoende blijkt om $R=0,9$ te behalen, althans daaronder te komen zitten.

De heer Van Dissel:

Ik denk dat ik dat echt niet kan. Dat is echt in een kristallen bol kijken. Wat wij natuurlijk hopen, is dat dit pakket afdoende is. Dat is ook hoe het berekend is, en dat is ook de logica hoe we ertoe gekomen zijn. Maar we realiseren ons wel – ik denk dat dat ook wel aan bod is gekomen in de persconferenties en interviews in de afgelopen weken – dat gedrag daarbij een heel belangrijke component is. Dat is natuurlijk toch iets wat meer fluïde is dan een harde maatregel dat een bepaalde bedrijfstak om tien uur al of niet dicht moet. Uiteindelijk wil je toch dat deze maatregelen het solidariteitsgevoel doen stijgen, het begrip geven dat we dit met z'n allen moeten oplossen en dat, als we dat met z'n allen doen, dit bijdraagt aan het effect van deze maatregelen. Een aantal van de maatregelen is helder, daar kun je duidelijk op handhaven, maar er is natuurlijk ook een aantal maatregelen waarbij dat gewoon ingewikkelder is. Als je zegt dat het aantal personen dat in een huishouden komt beperkt is tot bijvoorbeeld drie wat bezoek betreft, dan is dat niet iets wat meteen te controleren is. Je zult er dan toch afhankelijk van zijn hoe men dat in het gedrag oppakt. Terwijl wij wel denken dat dat een belangrijke maatregel is. We hebben vertrouwen in het pakket, maar er zit evident een component in die ook wij niet op voorhand honderd procent kunnen inschatten.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef nu graag het woord aan de heer Veldman, die spreekt namens de fractie van de VVD. Gaat uw gang.

De heer Veldman (VVD):

Voorzitter, dank u wel. Ik heb een vraag over hetgeen op sheet 25 staat en waar mevrouw Van den Berg net al op inging: voor elke week met een R-waarde van 1,3 hebben we minstens drie weken nodig met een R-waarde van 0,9 om te voorkomen dat de zorg op den duur overbelast wordt. Een van de doelstellingen die we met elkaar hebben, is het overeind houden van de reguliere zorg. Ik begrijp dat de huidige R-waarde 1,3 is, op basis van de meetdatum 11 september. In de vorige presentatie, van 15 september, was de waarde 1,38. Dat was een meting van eind augustus. Dus we zitten nu een aantal weken op of boven die 1,3, waarbij misschien wel aannemelijk is, gezien het aantal besmettingen, dat we daar ook vandaag nog op zitten. Mag ik dan in zijn algemeenheid uitgaan van vier of vijf weken lang een waarde van 1,3 voordat we de boel wat dat betreft op orde hebben, of moet ik dat op een andere manier lezen? Dat

maakt wel iets uit voor de lengte van de periode dat je dat nodig hebt, omdat de zwaarte van de maatregelen natuurlijk ook effect heeft op de samenleving.

De heer Van Dissel:

Wat u zegt is juist. De verwachting is dat in drie weken duidelijk zal zijn wat de effecten zijn. Omdat het ook nog een tijdje naar beneden toe zal doorgaan, kun je dan wel weer versoepelen. Die R-waarde is een belangrijke, die je graag onder de 1 zou willen houden. Maar we hebben hier eerder betoogd dat dat ook wel afhangt van het absolute aantal. Dat is belangrijk. Stel dat er maar tien besmettingen in Nederland zouden zijn – dat is lang geleden – en je hebt een week een R-waarde van 2, dan is dat niet iets wat meteen om maatregelen vraagt. Je wilt weten waardoor dat komt en dan ga je daar specifiek op ingrijpen. Dan is de schade hoogstens dat het met een dag of vijf verdubbelt, maar dan gaat het van 10 naar 20 naar 30. Als je zit op een aantal zoals nu, waarbij we meer dan 3.000 als reëel getal hebben, dan is een waarde van 1,3 natuurlijk al heel erg groot, omdat het absolute aantal waarmee het toeneemt ook veel hoger is. Dus het is in feite een product van beide, waarbij je beide moet duiden, maar waarvan we nu al weten dat je ongeveer drie weken nodig hebt om het aantal waar we nu mee zitten over een piek te helpen en terug te doen gaan. Wat we de komende weken gaan proberen, is inschatten of we daar komen. Want als heel snel duidelijk zou zijn dat je daar niet komt, dan geldt natuurlijk opnieuw dat het sneller nemen van meer maatregelen ook weer helpt om het aantal niet te veel te laten oplopen. Zo gaat dat nou eenmaal. En tegelijkertijd: als we zien dat het daalt, geeft dat zekerheid dat we het juiste pakket hebben gekozen en dan ga je je weer voorbereiden op versoepelingen. Dus ik denk dat we nu in die periode van drie weken kunnen kijken naar de huidige getallen, en dat het daarna domweg afhangt van bij welke R we precies uitkomen hoelang daarna de verschillende periodes worden waarin je kunt versoepelen of eventueel weer moet verstevigen.

De voorzitter:

Dank u wel.

De heer Van Dissel:

Het is dus niet op voorhand een hele wetmatigheid zoals u schetst, wilde ik meegeven.

De voorzitter:

Dank u wel. Uw tweede vraag, meneer Veldman? Nee, daar heeft u geen behoefte aan. Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Van der Staaij, die spreekt namens de fractie van de SGP. Gaat uw gang.

De heer Van der Staaij (SGP):

Wederom dank aan de heer Van Dissel voor zijn presentatie. Mijn vraag gaat over de symptomen en de manier van besmetting. We hebben in het begin vaak informatie gehoord dat dat beeld steeds verder bijgesteld en ingekleurd werd. Zijn daar eigenlijk nog actuele ontwikkelingen over te melden vanuit allerlei onderzoek wat nog heeft plaatsgevonden? Ik zeg dat ook even tegen de achtergrond dat mensen soms denken: licht verkouden zonder allerlei koorts- of griepachtige klachten zal toch geen corona kunnen zijn? Maar klopt dat beeld wel? Wat is er verder nog te melden over de overdracht en de manier waarop?

De heer Van Dissel:

Ik denk dat wij geleerd hebben, juist doordat die piramide van ziek zijn zo breed is, dat procentueel gezien een redelijk groot aantal personen juist heel milde klachten heeft en eigenlijk niets anders dan een neusver-

koudheid heeft. Soms, en dat is dan vrij karakteristiek voor corona, met smaak- of reukverlies. Dat is iets wat je bij de andere respiratoire virussen niet zo snel ziet. Maar ook die beelden kunnen besmettelijk zijn. Uiteindelijk is het zo dat je in iemand die op de ic ligt met een long aangedaan door corona en die grote hoeveelheden longvocht ophoest, vele malen meer virus ziet. Maar dat betekent niet dat iemand met weinig klachten dat niet kan doen. En omdat er veel meer personen zijn met weinig klachten, die natuurlijk niet in een ic-setting zijn geïsoleerd, zal onder de bevolking de besmetting waarschijnlijk relatief milder zijn, omdat die soms domweg moeite hebben om het beeld als zodanig te herkennen. Vandaar dat toch het adagium is en blijft: als je klachten hebt, hoe gering ook, blijf dan thuis. Want dat is de meest effectieve wijze om het niet verder te verspreiden. Ga zeker niet naar je werk, laat je testen, met alle problematiek die daarbij speelt. Dat is belangrijk, vooral om uit te maken of je weer sneller deel kunt nemen aan het maatschappelijk leven of, als je positief test, dat je in isolatie gaat zolang de periode geldt dat je besmettelijk bent. Dus blijf thuis bij klachten en als de klachten toenemen doordat er benauwdheid, hoesten of koorts ontstaat – dat was ook zo’n regel die we eerder hadden – dan gaat het hele huishouden in quarantaine. Dat zijn eigenlijk nog steeds, zeker als we met minder zekerheid kunnen testen, heel belangrijke en krachtige maatregelen om het, als het er is, te beperken tot het huishouden en niet weer verder te laten gaan tot een volgend huishouden, waar het zich dan ook weer in een microcluster verspreidt. Dus geringe klachten kunnen erbij passen en als die klachten toenemen, moet het hele huishouden in quarantaine. Een deel van het geniepige van dit virus is de heel diverse wijze waarop het zich soms met heel geringe klachten kan verspreiden. Dat staat, denk ik, centraal.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Sazias, uw vraag namens de fractie 50PLUS. Gaat uw gang.

Mevrouw Sazias (50PLUS):

Dank u wel, voorzitter, en ook dank aan de heer Van Dissel. Mijn vraag gaat over het volgende. Mensen kunnen besmettelijk zijn, maar daarin heb je ook grote verschillen. Je hebt mensen die heel erg besmettelijk zijn, de zogenaamde superspreaders, en mensen die nauwelijks andere mensen besmetten. Is dat op enige manier te determineren, bijvoorbeeld door een toevoeging aan de PCR-test? Of kan de test dat al laten zien?

De heer Van Dissel:

Dat is een belangrijk vraag, waar we graag nu al het antwoord op zouden weten. Voor de duidelijkheid: «superspreaders» is vooral gerelateerd aan zogenaamde «superspreading events». Ik wil het niet ingewikkelder maken, maar het komt neer op het volgende. Je ziet soms een gebeurtenis; denk bijvoorbeeld aan zo’n studentenhuis met 232 gevallen. Daar is iets gebeurd wat soms is gerelateerd aan een persoon door wie het daar veel meer wordt verspreid. Een factor die daarbij een rol speelt, de persoon en de contacten, heb ik u vorige week laten zien. Zelfs al brengt men het gemiddelde aantal contacten van vijftien terug naar iets van drieënhalf, dan heb je altijd nog mensen, zelfs medio maart, die toch op de een of andere manier 50 tot 100 contacten per dag hebben. Als bij toeval een van die personen geraakt is en hij zoveel contacten meer heeft dan iemand die er misschien maar drie heeft, dan kan je je natuurlijk voorstellen dat de kans op een superspreading event vele malen hoger is. Enerzijds hangt het dus af van de contacten.

Een ander punt kan zeker zijn dat er verschil is in de mate van virusrepliecatie, wat meestal achter in de neus begint. Daar zien we natuurlijk verschillen tussen personen. Je zou je kunnen voorstellen dat zich dat deels ook vertaalt naar verschillen in hoe besmettelijk het is, als iemand in

zijn neus zit en een oppervlak aanraakt en iemand anders dat weer aanraakt. In het ene geval zal hij misschien meer virus op zijn hand of vingers hebben en in zijn ogen brengen dan in het andere geval. Het gaat erom dat we meer inzicht krijgen, niet alleen in aspecten van het virus en de vermeerdering, die misschien deels van de aangeboren afweer afhankelijk zullen zijn, maar ook in gedragscomponenten, namelijk hoeveel contacten iemand heeft en in hoeverre dat bijvoorbeeld risicocontacten voor overdracht zijn. U kunt zich voorstellen dat dat ook uitmaakt. We hebben bijvoorbeeld gekeken naar griep onder studenten. We weten van sociale netwerken dat sommige personen veel meer de smaakmaker in de groep zijn dan iemand die misschien alleen maar in de boeien zit en weinig contacten heeft. Het isoleren van zo'n smaakmaker heeft veel meer effect op de verspreiding in de groep dan wanneer zo'n geïsoleerd persoon, die toch nauwelijks contacten heeft, besmet raakt. De sociale factoren, virusfactoren en afweerfactoren zullen daar waarschijnlijk in samenkomen.

Ter afsluiting nog iets wat u suggereerde. Het zou kunnen dat je daar in de toekomst versneld inzicht in kan hebben – zover zijn we nog niet – door bijvoorbeeld zo'n antigeentest, die als het ware in zekere mate duidelijk maakt hoeveel virus er is, te combineren met een PCR-test, en dat je op die manier nog gericht kan inzetten op degenen die het meer verspreiden ten opzichte van anderen die het minder verspreiden.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik nu het woord aan de heer Azarkan. Hij spreekt namens de fractie DENK. Gaat uw gang.

De heer Azarkan (DENK):

Dank, voorzitter. Dank ook aan de heer Van Dissel. Ik ben gefascineerd door het verschil in de statistiek tussen Duitsland en Nederland. Mijn aanname is dat onze kwaliteit van testen – dat zit 'm met name in de snelheid – en van het bron- en contactonderzoek afwijkt van die in Duitsland, waardoor we wel het aantal testen relatief hetzelfde houden, maar wij veel meer positieve testen hebben. Klopt die aanname?

De heer Van Dissel:

Het zou in ieder geval een van de verklaringen kunnen zijn, maar ik denk dat we niet met zekerheid kunnen stellen of dit het nou is. Ik denk dat waarnaar u verwijst, zoals ik uw vraag interpreteer ... We hebben het hier eerder gehad over testen, hoelang het soms duurt voordat iemand naar de teststraat gaat, hoelang dat dan duurt en hoelang het dan weer duurt voordat een uitslag wordt teruggekoppeld. Eigenlijk dan pas kunnen gezinsleden en contacten op de hoogte worden gesteld. We zaten in Nederland in de situatie dat op het moment dat dat gebeurt driekwart van de contacten waarvan we later weten dat ze positief worden, al klachten heeft. Ze hadden eigenlijk al uit zichzelf in isolatie gemoeten. Ik weet de exacte getallen van Duitsland even niet, maar die van Nederland heb ik u toen laten zien. Daaruit kan je al afleiden dat hoe sneller je dat proces doet en hoe meer je op het begin van de klachten zit, hoe meer succes je hebt om via bron- en contactonderzoek dat virus uiteindelijk voor te blijven. Dat is wel een hels karwei. Ik heb u ook laten zien dat de generatietijd tussen de drie en vijf dagen ligt. Je hebt daar dus niet heel veel tijd voor. Als je daar inderdaad veel aan wil doen, dan moet je in ieder geval zorgen dat je er zo vroeg mogelijk op zit. Als dat in Duitsland inderdaad sneller gebeurt, ook al is het daar misschien ook nog niet optimaal, dan vertaalt zich dat zeker naar het aantal potentiële nieuwe besmettingen dat als gevolg van één persoon kan optreden. Daar heeft u gelijk in. Je zou naar een zo adequaat en snel mogelijk testbeleid willen. Ik moet daar wel weer aan toevoegen dat als iedereen bij milde klachten thuisblijft en als dat zich uitbreidt ...

De heer **Azarkan** (DENK):
Ja, ja, ja.

De heer **Van Dissel**:
Nee, nee, dat is wel een belangrijke toevoeging. Je moet daartussen schipperen om te zorgen dat het rustiger wordt.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Dan kom ik nu bij mevrouw Diertens. Mevrouw Diertens spreekt namens de fractie van D66. Gaat uw gang.

Mevrouw **Diertens** (D66):
Ik heb een vraag over het gedrag, want in de brief wordt dat weinig genoemd. Ik vroeg me af of in het OMT ook wordt besproken hoe we mensen optimaal kunnen voorlichten en kunnen helpen met de beïnvloeding van gedrag. Als u nee zegt, dan vraag ik me af welke opties mensen wel hebben om hun gedrag te beïnvloeden. Kunnen we ze ondersteunen in quarantaine? Kunnen we andere communicatiemiddelen gebruiken? Kunnen we visuele ondersteuning bij persconferenties geven en begrijpelijke taal gebruiken? Ik denk dat het voor iedereen belangrijk is om de ernst weer te geven. Ik heb het gevoel dat wij nu op een heel hoog level allerlei informatie over de wereld uitstorten, maar dat het niet helemaal goedkomt in die zin dat we allemaal de urgentie ervan inzien.

De heer **Van Dissel**:
Dat is een essentiële vraag wat mij betreft. Maar voor de duidelijkheid, daarover is al heel snel afgesproken dat dat bijvoorbeeld bij het NCC, dus centraal, lag en zeker niet bij het OMT. De communicatie geschiedt van rijkswege en wij beperken ons tot de advisering. Misschien nog een specificatie. Er is bij het RIVM een gedragsunit, waar vele universitaire personen bij betrokken zijn, maar die heeft geen input in het OMT. Die richt zich echt op de medische, zeg maar virologisch-wetenschappelijke invalshoek. Dat betekent niet dat wij gedrag daarbij niet belangrijk achten, integendeel. Maar als we dat al in een te vroeg stadium zouden meenemen in alle afwegingen, zou het te blurry, te ondoorzichtig worden. Vandaar dat dat nadrukkelijk gescheiden is. De adviezen gaan niet voor niks naar het BAO, het bestuurlijk afstemmingsoverleg, waar een deel van dit soort dingen kan plaatsvinden. Dat geldt met name ook voor de communicatie. Een heleboel van de aspecten die u noemt, vind ik daar overigens wel in terug, maar misschien is dat onvoldoende. Dan moet u daar vragen over stellen, maar dat is nadrukkelijk iets waar wij niet verder op acteren.

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

De heer **Hiddema** (FvD):
Dank u, voorzitter. Dank, meneer Van Dissel. Ik heb nauwelijks nog vragen die onderscheidend mogen heten van wat er allemaal al gevraagd is. Ik heb geen glazen bol. Het stelt gerust dat u die ook niet heeft. Eentje dan nog. U zei eind juli heel stellig – dat ging over het nut van mondkapjes – dat 200.000 mensen ten minste één week een mondkapje moeten dragen om misschien één besmetting te voorkomen. Staat u nog achter die uitspraak? Zo ja, hoe is het dan gesteld met ... Wat is uw oordeel? Is het nog proportioneel, zoals gisteren is afgekondigd door de grote steden, om altijd mondkapjes te dragen in publieke binnenruimtes?

De voorzitter:

Dank u wel. Als u de microfoon uit wilt zetten, meneer Hiddema, dan is het woord aan de heer Van Dissel.

De heer Van Dissel:

Ik zal de heer Hiddema zo overleggen waarop ik dat baseer. Dit was geen een-op-eentje, maar ik kon me natuurlijk voorstellen dat deze vraag langs zou komen. Ik heb een tabel aangehaald uit een rapport uit Noorwegen. Die tabel geeft heel duidelijk aan wat het aantal personen is dat een mondkapje moet gebruiken gedurende een week om één geval te voorkomen, gegeven een bepaalde infectiedruk in de bevolking. Daar kunt u de verschillende getallen in lezen. Die zijn afgezet tegen de onderzoeken die zijn gedaan en die een indruk geven van de effectiviteit van het gebruik daarvan. Ik zal u de tabel zo overhandigen. Dan kunt u het zelf controleren.

De voorzitter:

Dank u wel. Als u informatie geeft, is het misschien goed om dat via de commissie te doen, zodat iedereen over dezelfde kennis kan beschikken. Meneer Hiddema, u wilt uw tweede vraag stellen?

De heer Hiddema (FvD):

Nou, ik heb meneer Van Dissel graag de gelegenheid gegund om dit even naar buiten te brengen. Ik heb verder geen vragen.

De voorzitter:

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

De heer Van Haga (Van Haga):

Dank u wel. Er is een discussie over de gerapporteerde waardes van de CFR, de case fatality rate, dus met diagnose, en de IFR, de infection fatality rate, en die is dan altijd lager, want niet iedereen krijgt een diagnose. En deze percentages worden dan vergeleken met griep, en dan wordt gezegd dat de IFR van covid ongeveer vijf of tien keer zo hoog is als bij influenza. Maar bij influenza is dat ook moeilijk vast te stellen, dus zou het niet eerlijker zijn om het mortaliteitscijfer te baseren op de oversterfte gedeeld door, bijvoorbeeld, de totale bevolking? Dan doe je dus 6.500 gedeeld door 17 miljoen, en dan krijg je ook een getal, en dat is dan wél in lijn met influenza.

De heer Van Dissel:

Misschien twee punten. Ook voor de heer Van Haga heb ik een pakketje, want ik had hem de vorige keer het nodige beloofd. Dat zal ik u zo dus geven.

De voorzitter:

Ja, maar doe dat dan wel even via de commissie, zodat iedereen in ieder geval op een gelijk niveau geïnformeerd is. De bode komt het zo dadelijk ophalen.

De heer Van Dissel:

O. U heeft het gezien, hè? Maar goed, prima.

De voorzitter:

Dank u wel.

De heer Van Dissel:

Dan even met betrekking tot het sterftegetal. Ik denk dat wat u voorstelt niet het meest realistisch is, maar ik begrijp uw vraag erachter. Ik denk dat

momenteel het meest realistische percentage zou zijn dat als je de oversterfte die wordt toegeschreven aan covid – wat ook niet alle oversterfte is die we hebben gezien – deelt door een getal dat ik in feite nog op deze slide geef, namelijk het aantal personen in de bevolking waarvan je zeker weet dat ze met het virus in contact zijn geweest. Dat is ruim een miljoen, wat betekent dat je momenteel op een percentage zou uitkomen van 0,7%. Dan doe je in feite wat je wilt doen, namelijk de sterfte relateren – want die mensen hebben het bijna zeker gehad – aan de hele groep die het gehad heeft. Maar per leeftijd – en dat is natuurlijk letterlijk het duiveltje in het detail hier – is dat natuurlijk heel erg verschillend, en zie je eigenlijk dat dat pas een beetje begint op te lopen boven de 60.

De voorzitter:

Dank u wel. Een tweede vraag, meneer Van Haga?

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

Ja, ik zou graag nog een aanvullende vraag willen stellen op dit onderdeel, maar dat mag niet, dus ik ...

De voorzitter:

Voor uw tweede vraag, ga uw gang.

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

Ja. Die gaat weer over de PCR-test. Ik ben blij dat u daar zo een heel boekwerk over gaat aanleveren. De specificiteit van die PCR-test wordt vaak gesteld op 99%. Dat getal noemde u de vorige keer ook. Maar in de klinische praktijk liggen deze percentages vaak lager, waardoor het aantal foutpositieven hoger zal liggen. Nu zijn er in het buitenland verschillende meta-analyses gemaakt, die laten zien dat dat percentage bijvoorbeeld op 3,4% ligt. Mijn vraag is: heeft het RIVM gelijksoortige kwaliteitscontroles uitgevoerd bij de 26 Nederlandse laboratoria? En zo ja, wat is dan de conclusie met betrekking tot het aantal en percentage foutpositieven, en zijn er verschillen aangetoond tussen die verschillende laboratoria?

De heer **Van Dissel:**

Een deel van het antwoord, hoop ik, leest u daarin, want het gaat met name op deze problematiek in. Maar wat vanuit het RIVM gebeurt, zijn rondzendingen. Die rondzendingen, in bepaalde verdunningsreeksen, zijn juist bedoeld om vast te stellen of er tussen de verschillende laboratoria die de test uitvoeren, uniformiteit is met betrekking tot wat je kan verwachten als een test positief of negatief is. Dat is één ding, dus dan is het antwoord: ja, dat gebeurt. Het tweede is dat het in Nederland ook een goede gewoonte is om op testen waar de uitslag misschien minder helder is, nog een vervolgtest te doen, gericht op een ander – wat wij dan noemen – «moleculair target», dus een ander deel van het erfelijk materiaal van het virus, zodat je van twee verschillende delen van het virus als het ware een bevestiging krijgt. En de mate waarin laboratoria dat doen buiten Nederland, kan verschillen. Dat is ook de reden dat, als er buitenlandse laboratoria in Nederlandse rapportages gaan meedraaien, ook zij betrokken worden bij de kwaliteitsrondzendingen.

De voorzitter:

Dank u wel. De informatie, zo zeg ik in de richting van de heer Van Haga, wordt zo meteen na de wissel gekopieerd en rondgedeeld.

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

Kunnen we het ook digitaal krijgen?

De voorzitter:

Dat zal zeker lukken, maar dat zal misschien iets langer duren.

De heer **Van Haga** (Van Haga):
Bedankt.

De **voorzitter**:

Ja, 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 nog een vraag over regionale maatregelen. Ik welke situatie kunnen we weer terugstappen op die regionale maatregelen? Ik zeg «terugstappen», maar eigenlijk zeg ik dat niet goed, want we zijn niet helemaal aan die regionale maatregelen toegekomen. Ik kreeg de afgelopen weken wel berichten vanuit de regio's dat men het gewoon moeilijk vond om regionale maatregelen te treffen. Mensen begrijpen de verschillen niet goed. Er is op een gegeven moment ook gezegd: misschien is Nederland wel te klein voor regionale maatregelen. Ik hoor dus heel graag of het eigenlijk wel werkt en wanneer de situatie zo is dat we daarop kunnen terugstappen. En het zou ook heel fijn zijn als we die gereedschapskist van maatregelen zouden kunnen ontvangen. Dank u wel.

De heer **Van Dissel**:

Ik vind dit een ingewikkelde vraag om te beantwoorden, met name om die te beantwoorden in bijvoorbeeld de zin van «het moet bij 51 op de 100.000». Ik denk dat we het zo exact niet kunnen zeggen. Kijk, in feite doet iedereen continu aan regionale maatregelen, als ik dit wat omdraai. Want als er in Goes – ik geloof dat het daar was – een uitbraak is rond een bepaalde gelegenheid, dan ga je natuurlijk in feite lokaal ingrijpen met bron- en contactonderzoek, met het in quarantaine plaatsen van personen en het isoleren van zieken. En dat is de facto een regionale maatregel, omdat Groningen daar natuurlijk niks van merkt. Dus je hebt überhaupt al maatregelen in het normale pakket die je in feite als regionaal kan zien, zij het dat dat nog heel erg aan de bestrijding gekoppeld is. Nou, op deze manier zou je het natuurlijk ook regionaal kunnen aanpakken, als je ziet dat bepaalde gebeurtenissen steeds leiden tot infecties of als het rond bepaalde verenigingen zit. En dat is eigenlijk wat de regionale aanpak beoogt.

Wat, denk ik, natuurlijk het grote probleem is geweest, en gewoon ook is, bij een regionale aanpak: wat is nou het moment dat je daarop gaat reageren, en in hoeverre heeft dat, als het echt oploopt, niet altijd een overstroomeffect in de regio's ernaast, zodat dat in feite al niet kan? Het punt is namelijk dat, als je terugkijkt hoe het in Rotterdam, in grote steden als Amsterdam, Den Haag, Delft, Leiden begonnen is, het eigenlijk altijd begint met die kleinere uitbraakjes. Alleen is daar op een of andere manier een verspreiding, en zie je dat er dan steeds meer van die uitbraakjes optreden. Dus het moment waarop je zegt dat je het regionaal niet meer aankan en je het landelijk moet gaan doen, is echt zo'n moment dat nu ook speelt, waarbij je gewoon kan voorspellen dat je, als je het nu alleen maar regionaal doet op de gebieden waar de infectie zich het meest intensief verspreidt, je eigenlijk weet dat dat over een of twee weken ook voor de andere gebieden geldt. En dat maakt dat er nu landelijk wordt ingegrepen. Als dat weer daalt, kan je je ook voorstellen dat het niet overal in dezelfde mate even snel daalt, en dat dat dan weer regionale versoepelingen mogelijk maakt, waarbij bepaalde regio's vooruitlopen op andere. Maar ik denk dat dat echt iets is wat we gaandeweg moeten gaan ontdekken, omdat je dat niet allemaal van tevoren kan en – denk ik – ook moet vastleggen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan ga ik nog even terug naar de heer Hijink, want hij heeft aangegeven dat hij ook zijn tweede vraag wil stellen aan de heer Van Dissel. Ga uw gang.

De heer Hijink (SP):

Dank, voorzitter. Die vraag gaat over de totstandkoming van dit laatste OMT-advies van gisteren. Mij viel namelijk de afgelopen 24 uur al op dat er best wel veel leden van het OMT al dezelfde avond openlijk afstand namen van de maatregelen die werden voorgesteld, en met name die 0,9 waarop gestuurd werd; het pakket zou eigenlijk te beperkt zijn. En nu is er een analyse of een reconstructie geweest door de Volkskrant, waarin wordt gemeld dat het pakket aan maatregelen feitelijk afgelopen zondag al grotendeels was afgetikt met het kabinet, en dat dit pakket aan maatregelen, dus wat nu in de brief en het advies staat, feitelijk ook de basis was voor het OMT-advies en de discussie in het OMT. Ik zou graag van de heer Van Dissel willen weten of dat klopt, en of het dan ook zo zou kunnen zijn dat er maar heel beperkt wetenschappelijk kon worden gediscussieerd over welke maatregelen nu echt nodig zijn om het virus in te dammen, en dat de druk vanuit het kabinet om een heel beperkt pakket door te zetten misschien wel voorop heeft gestaan.

De heer Van Dissel:

Ik begrijp uw vraag, hoor, maar ik vind dit typisch een vraag die we eerst in het OMT moeten bespreken. Het OMT is een groep van zeer diverse wetenschappers, die uit heel Nederland worden gerekruteerd. U kunt zich voorstellen dat die bepaald niet allemaal één mening hebben. Dat is iets wat we moeten respecteren. Maar voor het proces, als OMT-leden daar punten op hebben, lijkt het mij de meest correcte wijze dat dat besproken wordt met de voorzitter, en dat we binnen het OMT bespreken hoe het wel of niet gegaan is en hoe we het in de toekomst moeten doen, lerende van het verleden. Dus ik vind dat echt niet iets om hier te bespreken. Dat is mijn antwoord voor nu.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn we daarmee aan het einde gekomen van deze eerste ronde. Ik wil de heer Van Dissel nogmaals danken voor zijn komst, aanwezigheid en beantwoording van de vragen. Ik stel voor dat we nu een wissel doen, wat betekent dat de heer Ernst Kuipers aan tafel zal plaatsnemen. Nogmaals dank, en ik schors de vergadering voor een enkel moment.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

Inmiddels is aangeschoven de heer Ernst Kuipers, voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg. Ik heet u hartelijk welkom! U heeft aangegeven graag een presentatie met de leden te willen delen. Na de presentatie kunnen de leden de resterende vragen aan u stellen.

De heer Kuipers:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Ik begin met een paar dia's. Met excuses voor het feit dat de eerste dia in het Engels is; de rest zal in het Nederlands zijn. Wat ik aan u wil laten zien, is specifiek het aantal covidpatiënten op onze Nederlandse ic's en de piek ook op een aantal Duitse ic's, in relatie tot het totale tijdsbeloop. Die ziet u op de x-as in weken. Met een grote rode pijl wordt het moment van de lockdown half maart aangegeven. Op dat moment lagen er net iets meer dan 100 covidpatiënten op onze ic's. Dat was, in verhouding tot wat we later zagen, nog een heel laag aantal. Na het instellen van de lockdown bleef

het aantal ziekenhuisopnames desalniettemin nog gedurende een periode van drie weken en twee dagen doorstijgen. Die periode van drie weken en twee dagen is prima uit te leggen. Vanaf het begin van de lockdown ging het aantal besmettingen omlaag, maar in de ziekenhuisopnames zagen we nog precies de periode van één week tussen besmetting en het krijgen van klachten plus één week klachten thuis – met symptomen die nog niet zo erg waren dat mensen opgenomen moeten worden – plus vervolgens de helft van de gemiddelde ic-opnameduur van ongeveer twintig dagen. Als je dat bij elkaar optelt, krijg je een week plus een week plus tien dagen: dan zit je precies op die piek. Wat u van dit plaatje mag onthouden: ten aanzien van de ziekenhuiszorg werkt iedere maatregel als de spreekwoordelijke olietanker. Wat we vandaag doen, leidt op een ic tot een verandering van het beeld in de piek over drie weken.

Als ziekenhuis en Landelijk Netwerk Acute Zorg hebben wij uiteraard samen met de elf ROAZ-regio's – iedereen kent dit begrip ondertussen – na die piek zeer uitvoerig geanalyseerd wat er gebeurd is en hoe wij ons kunnen voorbereiden op een volgende golf, met name ten aanzien van de opvang van covidpatiënten in combinatie met reguliere zorg. Dat heeft uiteindelijk geleid tot een rapportage waarvan u hier het oplegvel ziet: Rapportage opschaling ziekenhuis- en vervoerscapaciteit. Deze rapportage is eind juni aangeboden aan Minister van Rijn. Ik wil even een paar zaken uit die rapportage noemen. Het eerste plaatje toont de inhoud van de rapportage. Allereerst is er teruggekeken op de afgelopen periode. Ten tweede dienen er duidelijke afspraken te worden gemaakt met alle regio's en alle ziekenhuizen, maar ook bijvoorbeeld met de vvt-sector, de ambulancezorg, et cetera, ten aanzien van verschillende fases. Ten derde: realiseren van opschaling van capaciteit in de ziekenhuizen maar ook in de vvt-organisaties, verdelen van die capaciteit over de regio en inzet op personeel en opleiding, waarbij uiteraard ook gekeken is naar infrastructuur, apparatuur en middelen en naar de keten als geheel. Wanneer moet je wat doen, bijvoorbeeld met een huisartsenpost et cetera? Ten vierde dienen er afspraken te worden gemaakt voor een zo optimaal mogelijk gebruik van capaciteit middels coördinatie, vervoer, informatievoorziening en samenwerking met het buitenland waar dat nodig is. Tot slot, uiteraard: de financieringscomponent daaronder.

Dan volgt er een heel vol plaatje. Op die bovenste lijn ziet u de verschillende fases, allereerst de conventionele zorg, en de afspraken daarover. «Conventionele zorg» betekent dat iedere zorginstelling voor de patiënten in het eigen verzorgingsgebied zorgt, dus voor de patiënten die zich bij die instelling melden, of dat nou een huisartsenpost, een ziekenhuis of iets anders is. Dat kan tot een bepaald niveau, maar raakt een individueel ziekenhuis boven dat niveau, dan maakt het allereerst afspraken binnen ROAZ-verband met de regiopartners. Dan komen we in dat gele gebied, in fase 2a. Dan spreek je met de regiopartners en wordt er binnen de regio – een van die elf ROAZ-regio's – verdeeld. Neemt dat nog verder toe en raakt een regio boven een bepaald niveau, dan wordt het landelijke netwerk ingeschakeld en dan wordt er landelijk gecoördineerd in allerlei verschillende fases: 2a tot en met 2d. Tot slot, en daar hopen we heel ver van weg te blijven, is er de crisissituatie zoals we die begin april hebben gehad. Dat zijn de afspraken en die zijn overal gedeeld.

Ik noemde de ziekenhuizen al, maar het is breder dan dat. Ten aanzien van bijvoorbeeld ziekenhuizen, ic en klinische capaciteit betekent dit dat wij een aantal stappen hebben gedefinieerd in die rapportage. In het linkerdeel van de dia ziet u de opschaling: wat hebben wij nou nodig aan structurele capaciteit en flexibele capaciteit aan extra ic-bedden? Stap 1 is 100 bedden erbij, stap 2 is 300 bedden erbij en stap 3 is 650 bedden erbij voor de ic. De getallen ten aanzien van «kliniek» moet u keer twee doen. Die «keer twee» is gebaseerd op de verhouding tussen klinische verpleegdagen en ic-verpleegdagen tijdens de eerste piek. In bijvoorbeeld stap 2, die correspondeert met fase 2, komen er dan 600 klinische bedden bij.

Voor degenen die denken dat dat niet zo veel is: 600 bedden is twee middelgrote regionale ziekenhuizen volledig vol; alles aan de kant, volledig vol, als je dat op een of twee plekken zou concentreren. Als je ic en kliniek in bijvoorbeeld fase 3 bij elkaar optelt – dat is 650 ic-bedden plus het dubbele, dus 1.300, aan klinische bedden – kom je op ongeveer 2.000. Dat is een enorm grote crisiscapaciteit ergens in ons land. We hebben het verdeeld en we hebben het niet zo georganiseerd, maar ik zeg het even zo om u een idee te geven dat het wel degelijk veel is. Dan de volgende dia. Ik laat alleen maar even het plaatje zien. Dit is specifiek voor ic, maar ieder getal dat hier staat, kunt u verdubbelen voor kliniek. Dan ziet u 11 roze regio's, waarbij de twee Amsterdamse geclusterd zijn; dat is het derde balkje van links. Links in paars is de normaal beschikbare capaciteit en daarbovenop de opschaling. In het rechterpaneel is die opschaling even verder ingedeeld in twee fases voor wat er beschikbaar is met continuering van de reguliere zorg en met enige afschaling van de reguliere zorg.

Dan komen we even op het beloop. Dit zijn de plannen die gemaakt zijn, waarbij duidelijk gezegd is dat er een ijkpunt is op 1 oktober; dan moet het eerste deel klaar zijn. Het vervolgdeel is voor 1 januari. Dan moet de totale capaciteit, zoals genoemd, klaar zijn. U kunt zich voorstellen dat dat een enorme inspanning is voor alle partijen, want het betekent niet alleen dat je de infrastructuur moet klaarmaken en moet zorgen dat je apparatuur hebt staan et cetera, maar ook en vooral dat je mensen moet trainen en werven en dat je teams moet bouwen. Personeel is de meest cruciale factor hierin. Daarmee zeg ik iets wat u volledig bekend voorkomt. U ziet hier even opnieuw dat plaatje dat alleen gefocust is op ic-bezetting. Dit is het hele beloop vanaf 8 maart, dus vanaf het begin van de eerste golf tot en met gister. De horizontale blauwe lijn ligt op 925, als u links naar de y-as kijkt. 925 was in 2018 en 2019 de gemiddelde landelijke ic-bezetting het hele jaar rond. Natuurlijk is dat niet één rechte streep. Dat was in de zomer wat lager en in de winter wat hoger, in het weekend wat lager en door de week wat hoger, maar één rechte streep is het gemiddelde. Dan ziet u hier in het blauw het aantal reguliere of non-covidpatiënten. De figuur begint 8 maart. Als hij zou beginnen op 15 februari, was hij ook begonnen op die 925, maar we hebben het reguliere in het begin direct heel sterk afgeschaald. Het bijzondere is dat het na de covidpiek wel enigszins bijkomt, maar tot op de dag van vandaag zijn die blauwe lijntjes – u ziet het weekbeeld er wel in – nog steeds niet terug op de 925. In oranje, apart, ziet u de covid. Ik heb net de golf laten zien. Daarna, in de maanden juni, juli en augustus was het beeld heel laag. Helemaal rechtsonder in beeld ziet u dat het ondertussen weer oploopt, maar nog niet in de buurt komt van dat eerdere.

Vervolgens is dit de extrapolatie; dat sluit aan bij de dia's die de heer Van Dissel zonet liet zien. De blauwe curve – dit is niet de ic; dat was bij de vorige – is de kliniek. Dat zijn patiënten die zodanig ziek zijn dat ze in het ziekenhuis moeten worden opgenomen, maar nog niet aan de beademing hoeven en nog niet op de ic liggen. In de blauwe lijn ziet u zo'n zelfde curve, de eerste golf, corresponderend met de x-as onder aan de figuur. U ziet de data. De aantallen staan links langs de y-as. U ziet dat deze aantallen nog veel hoger waren. Dat is de verhouding één op twee die ik net noemde, met een piek tot boven de 3.000.

Nou is linksonder in beeld voor deze golf in oranje het beloop van de klinische bedden aangegeven; die lijn correspondeert met de gegevens op de y-as boven aan de grafiek. Dan ziet u waar we nu staan: boven de 500. En u ziet de extrapolatie op basis van de ontwikkeling van de ziekenhuisopnames en ook kijkend naar de besmettingen, zoals Jaap van Dissel zojuist heeft laten zien: de voorspelling voor over zeven dagen en over veertien dagen. En dan refereer ik even aan die olietanker: het is

verstandig om zo ver vooruit te kijken, want de maatregelen die nu zijn ingevoerd, leiden niet morgen tot een daling van het aantal ziekenhuisopnames.

Om die reden, en omdat de bezetting – zoals u weet was het Brabant en Noord-Limburg – in die fasering medio afgelopen week in sommige regio's, in dit geval Amsterdam, Leiden, Den Haag en Rotterdam, boven fase 2b kwam, moesten we naar landelijk toe. En afgelopen woensdag is het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding weer begonnen om covidpatiënten te verdelen over het hele land. Heel veel dank aan de collega's in het hele land, want alle ziekenhuizen doen opnieuw daaraan mee. Dat hebben we ook echt nodig. Dit betekent dat we alweer patiënten verspreiden van Amsterdam naar Limburg en van Rotterdam naar Groningen en overal.

Tot zover.

De voorzitter:

Hartelijk dank voor uw presentatie. Ik geef graag het woord aan de heer Krol voor zijn vraag aan de heer Kuipers. Gaat uw gang.

De heer Krol (Krol):

Vanochtend kwamen de internisten met een bericht dat we al eerder gehoord hadden, namelijk dat de ligduur nu minder zou zijn, maar ook dat mensen minder ziek zouden zijn. Is dat ook uw waarneming?

De heer Kuipers:

Er zijn een aantal beelden die hierdoorheen spelen. De eerste beleving is dat het virus op dit moment minder besmettelijk is. Daar is geen enkele aanwijzing voor. Er is ook geen enkele aanwijzing voor dat het virus minder ziekmakend zou zijn. We zien wel dat in de afgelopen periode – Jaap van Dissel liet dat zonet ook zien – in verhouding, en ook in verhouding tot de eerste piek, meer jongere mensen besmet raakten en de ouderen klaarblijkelijk nog steeds voorzichtiger waren. Tot een week geleden ging het bij ongeveer 60% van de besmettingen om mensen onder de 40 en bij 88% van de besmettingen om mensen onder de 60. Maar één op de acht was 60-plus. Die mensen hebben minder kans om in het ziekenhuis te komen en als ze in het ziekenhuis komen, hebben ze ook minder kans dat ze zo ziek worden dat ze ic nodig hebben. Dat is één verklaring. Ondertussen verandert dat in sommige regio's. Afgelopen week vond bijvoorbeeld in Rotterdam-Rijnmond percentueel de hoogste stijging in besmettingen plaats bij 60-plussers. Opnieuw: voor die olietanker is dat een slechte voorspellende factor. Het tweede, wat wel gunstig is: we weten ondertussen veel meer van het virus en van het ziektebeeld. Dat betekent dat er mogelijkheden zijn om vroeger te interveniëren en er in ieder geval bij een deel van de mensen voor te zorgen dat, als het beeld erg verslechtert, ze van de kliniek naar een ic-bed moeten, dat ze aan de beademing komen. Dan kunt u denken aan inzet van antivirumiddelen, ontstekingsremmers, bloedverdunnende middelen en andere zuurstoftechnieken.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Ploumen, uw vraag.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Dank voor de presentatie. Helder. Het doel is niet alleen maar om zo min mogelijk mensen met covid in een ziekenhuisbed te krijgen. Het doel is natuurlijk ook om de reguliere zorg overend te houden, om het maar even populair te zeggen. Welke aanvullende maatregelen zijn er volgens u nu nodig om de reguliere zorg in de ziekenhuizen en ook bij huisartsen overend te houden?

De heer **Kuipers**:

Dat is een heel scala. Ik noem een en ander maar even in willekeurige volgorde. Om te beginnen zorgen we, in tegenstelling tot de vorige keer, dat de bevolkingsonderzoeken naar kanker niet opnieuw gestopt worden. Dat gaat om grote aantallen mensen. Het gaat om honderdduizenden mensen per jaar. Dus als je dat zelfs maar een paar maanden stopt, gaat het om hele grote aantallen. Dat is één. Het tweede, waaraan heel hard wordt gewerkt, is zorgen dat ook de eerste lijn zo veel mogelijk wordt gecontinueerd, dat die gewoon doorgang vindt, desnoods met andere openingstijden, ook overdag, van haps et cetera. Ook daar was, om volstrekt begrijpelijke redenen, de vorige keer heel erg afgeschaald. Nu moeten we zorgen dat dat wordt gecontinueerd. Een derde is dat we heel erg naar de burgers vertalen en aan hen uitleggen dat het, met alle maatregelen die er nu zijn, echt veilig is om een zorgvraag te plaatsen, of dat nu bij de huisarts is of in het ziekenhuis. Een vierde is: in de ziekenhuizen zorgen dat ten minste de poliklinieken en de diagnostiekafdelingen, zoals een röntgenafdeling, gewoon doordraaien. Dat gebeurde de vorige keer niet. En een vijfde, ten aanzien van de kliniek- en ok-programma's: zo goed mogelijk over het land spreiden en zo gericht mogelijk zorgen dat, als er afgeschaald moet worden, dat als eerste gebeurt met de dingen die op de ziektelast de minste impact hebben. Maar dat het zal gebeuren bij deze aantallen en bij deze productie, is bijna niet te voorkomen.

De **voorzitter**:

Dank u wel.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Misschien ...

De **voorzitter**:

Ik wil eigenlijk even doorgaan en iedereen de gelegenheid geven. Als er gelegenheid is, kunnen we altijd kijken of er nog een enkele vraag is. Ik geef nu graag mevrouw Van den Berg de gelegenheid tot het stellen van haar tweede vraag. Gaat uw gang.

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

Dank u wel, voorzitter. Dank aan meneer Kuipers voor de presentatie. Meneer Kuipers begon terecht met de olietanker, die pas heel langzaam een andere route gaat krijgen. In mijn beleving zijn de 400 extra bedden die we op korte termijn hadden voor klinisch, nu al bezet. In dat verband vroeg ik mij het volgende af. Het is belangrijk, ook met het dashboard van de overheid dat we hebben, dat er snel kan worden geacteerd. Meneer Kuipers heeft, net als trouwens ook meneer Gommers, iedere dag nieuwe cijfers over intensive care en de klinische bedden. Terecht dat het dashboard zegt: we doen een gemiddelde van drie dagen. Want het wisselt nog weleens wat per dag en ook in de weekenden. In hoeverre zijn die cijfers strak aan elkaar gekoppeld? Voor mijn gevoel zie ik bij het dashboard andere bronnen.

De heer **Kuipers**:

Er zijn verschillende routes om gegevens te verkrijgen. Daarnaast worden er ook verschillende data met elkaar vergeleken. Ik zet ze heel kort naast elkaar. In de route van de ziekenhuiscijfers betreft wat ik u presenteer de getallen van de ziekenhuizen zelf; die komen direct van de ziekenhuizen zelf. Wij als ROAZ vragen die, ook geaggregeerd op LNAZ-niveau, drie keer per dag uit. Dit waren de getallen van vanochtend. Ik had u nu weer de nieuwe getallen van vanmiddag kunnen geven. We vragen dat dus drie keer per dag uit en hebben dan per ziekenhuis, per regio en landelijk de actuele getallen. Er is ook een route om getallen te krijgen via de GGD,

omdat patiënten met corona gemeld moeten worden door de GGD. En er is een route om dat te doen via bijvoorbeeld een database van Stichting NICE, die naar ic-getallen kijkt. Die laatste twee routes zijn omwegen, wat dus zorgt voor een aantal dagen vertraging. Wat ik u presenteer, zijn de getallen van iedere dag. Mijn pleidooi zal duidelijk zijn: laat ook de directe getallen van de dag in het dashboard verschijnen, want dat zijn de meest actuele, direct van de bron. Vervolgens gaat het om de vraag: welke getallen wilt u hebben? Wat wij nu tonen zijn de getallen qua bezetting. Dat is wat anders dan de individuele opnames. Als de ziekenhuizen wordt gevraagd om de individuele opnames, dan zouden we dat moeten inregelen. Wat ik nu toon, is gewoon de bezetting, los van de individuele patiënt. Dat is wat we nodig hebben voor de spreiding. Deze getallen zijn actueel. De getallen op het coronadashboard lopen een aantal dagen achter, en dat kan ook niet anders.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Ellemeet, uw tweede vraag. Gaat uw gang.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Dank. Dank aan de heer Kuipers voor zijn presentatie. Hij geeft aan dat we staan voor een enorme opgave als het gaat om de opschaling van de ic-capaciteit. We weten allemaal dat de rol van verpleegkundigen en ic-verpleegkundigen daarin cruciaal is. Nu is uit een recente enquête gebleken dat heel veel verpleegkundigen zich te weinig betrokken voelen bij die opschaling. Ik denk dat dat niet alleen een probleem is voor die verpleegkundigen, maar voor ons allemaal. Ik zou dan ook willen vragen op welke manier de heer Kuipers en de ziekenhuizen die verpleegkundigen beter kunnen betrekken bij dit hele project, bij deze grote opgave. Ik ben heel blij met het gezicht en het verhaal van de heer Kuipers – ik bedoel: op televisie, in de media – en van de heer Gommers, om maar twee artsen te noemen die een heel duidelijk gezicht geven aan wat er allemaal gebeurt binnen de ziekenhuizen. Ik mis de verpleegkundigen. Zou het niet wenselijk zijn om ook die beroepsgroep zichtbaarder te maken en ook betrokkener bij deze opgave?

De heer Kuipers:

U raakt een volstrekt terecht punt. Even over de zichtbaarheid. Ik heb de plannen laten zien die we in de afgelopen periode hebben gemaakt betreffende allerlei cruciale aspecten. Die zijn nadrukkelijk gemaakt mét de vereniging van verpleegkundigen en verzorgenden en mét de vereniging van ic-verpleegkundigen. Die zaten in het team dat mede de plannen gemaakt heeft. Die zijn ook aan hun leden voorgelegd en met hen gemaakt. Dat wil vervolgens nog niet zeggen dat, als er in individuele ziekenhuizen iets moet gebeuren, de ic-verpleegkundigen daarbij betrokken zijn. Dat was de enquête waar u aan refereert. Ik heb daar een paar dingen bij aangegeven. Een. In het overleg met de ziekenhuisbestuurders heb ik aangegeven: let wel, dit is een heel belangrijk signaal, dus zorg dat daar in je eigen huis wat mee gedaan wordt. Andersom, via de andere route, heb ik ook wel tegen de betreffende beroepsverenigingen gezegd dat zij hier een belangrijke rol in spelen en dat zij dit met hun leden kunnen faciliteren, ook individueel. Ic-verpleegkundigen zijn zeer senior, professioneel en ook mondig. Zij weten prima de route naar hun eigen teamleider, ic-hoofd en bestuurder te vinden. Het is dus een mix van twee kanten. Maar ik wil het allereerst naar onszelf trekken: wij moeten daar wat aan doen. Ten aanzien van het gezicht, bijvoorbeeld, hebben bewust gezocht naar iemand als Rowan Marijnissen, de voorzitter van de vereniging van ic-verpleegkundigen. Zij was de spreekbuis voor een belangrijk onderdeel van dit rapport. Daar hebben wij zeer frequent contact mee. We hebben een wekelijks overleg met Minister van Ark. En we is dan de Nederlandse

Vereniging van Ziekenhuizen, het Landelijk Netwerk Acute Zorg, Ambulancezorg Nederland en ook de betreffende verpleegkundigenverenigingen.

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Veldman, gaat uw gang.

De heer Veldman (VVD):

Voorzitter. Het lijstje dat de heer Kuipers laat zien op sheet nummer 9, de vergelijking van de eerste en de tweede golf, ziet er zorgelijk uit. Ik hoor sommige bestuurders aangeven dat het eigenlijk nog ernstiger is, omdat we nu minder ruimte hebben om mensen over het land te verspreiden. De verspreiding is nu namelijk over het hele land en niet alleen maar, zoals in de eerste golf, met name in Brabant en Limburg. Dat maakt dat ze nu al versneld de noodzaak zien om de reguliere zorg af te bouwen, maar we hebben juist het doel om die overeind te houden. Deelt de heer Kuipers die zorg? Is het in die zin ernstiger? Hoe moet ik daarin wegen dat de heer Kuipers zelf een paar weken geleden nog zei dat er eigenlijk geen enkele reden tot zorg is? Hoe moeten we dat wegen? Wat staat ons wat dat betreft, rekening houdend met die driewekentermijn, te wachten?

De heer Kuipers:

Eerst even de respons: ik gaf dat al aan, denk ik. Haalt u zich even mijn eerste dia in herinnering. Weken zijn in dit geval een hele lange termijn. Op het moment dat iets in beweging is, kan het heel snel doorgaan. Geen reden tot zorg was er bijvoorbeeld eind augustus. Op dat moment lagen er ongeveer 140 covidpatiënten in de Nederlandse ziekenhuizen en dat aantal was al heel lang stabiel. Het heeft heel lang geschommeld tussen de 80 en de 150; een beetje omhoog, een beetje omlaag. Nu zitten we in een totaal ander parket en stijgt het snel. Dat is een. Ten aanzien van het grote verschil: u ziet de oranje lijn weliswaar iets minder snel stijgen dan de blauwe lijn. Maar bij de blauwe lijn moet ik benoemen – dat ziet u linksonder ook staan – dat het blauwe bolletje het moment van de lockdown was. In aantallen patiënten zitten we daar nu boven. We hebben ons ten doel gesteld om echt maximaal te proberen om de reguliere zorg door te zetten. De vorige keer hebben we dat aan het begin, op hetzelfde moment als de lockdown, vrijwel volledig afgeschaald. Dat zag u op het ic-plaatje dat kort na de lockdown begon. Toen was dat al heel erg naar beneden. Het is een heel grote uitdaging om de oranje lijn te accommoderen en toch zo veel mogelijk de reguliere zorg door te zetten. Dat maakt dat je echt met alle collega's in het land de handen ineen moet slaan en de solidariteit moet behouden. Dat lukt heel goed, met dank aan alle collega's, want je moet het echt spreiden. We kunnen geen andere boodschap geven aan een patiënt in Amsterdam die wacht op een operatie, en een patiënt in een andere regio in het land. Dat hebben we de vorige keer ook niet gedaan bij een patiënt die wachtte in Tilburg versus een patiënt die wachtte in Groningen.

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Van der Staaij, gaat uw gang.

De heer Van der Staaij (SGP):

Ik wil nog even doorgaan op het thema hoe we voorkomen dat de reguliere zorg weer weggedrukt wordt. Dat heeft u ook als een heel belangrijk punt gemarkeerd. Dat willen we echt overeind houden. Waar zitten daar nu nog de kwetsbaarheden? Wat zou er nog meer gedaan kunnen worden om daar nog een soort extra waarborgen in te kunnen treffen? Vraagt dat niet juist meer en intensere samenwerking tussen ziekenhuizen op juist andere dan de covidzorg?

De heer **Kuipers**:

Wat de afgelopen crisis, ook al de eerste golf, bewezen heeft, is dat de ROAZ-regio's en de regionale samenwerking echt goed werken. Ziekenhuizen, de vvt-sector, de ambulances en de huisartsen weten elkaar te vinden in de regio's, eens te meer wanneer het erop aankomt, zoals in zo'n crisis. Dat is ook het geluid uit alle regio's. Er is geen enkele regio waar dat anders is. Wat we met die spreiding doen, is covidpatiënten verplaatsen. We zijn ook weleens gevraagd of dat dan ook niet moet met andere patiënten. Maar veel patiënten hebben gewoon een langer lopende band met zowel hun huisarts als hun ziekenhuis, vaak voor chronische aandoeningen. Dat wil je zo veel mogelijk daar laten. Het is makkelijker om covidzorg te verplaatsen. Dat is het meest directe antwoord.

De bandbreedte die wij gecreëerd hebben, is in termen van personeel en beschikbare bedden zeer substantieel. Maar als je landelijk moet sturen op covid en besmettingen, is het vaak een dunne airbag. Dat is vreemd, maar ik heb dat vaak zo genoemd, want je moet nog steeds heel voorzichtig rijden. Kun je een grotere maken? Dat is ook weleens gevraagd. In sommige regio's in Duitsland hebben ze vijf keer zoveel ziekenhuisbedden als hier. Kunnen we dat niet doen? Ja, als dat een doel op zich is, maar dat kost je vele, vele jaren, als je dat al zou willen. Dit is dus wat we kunnen. Het belangrijkste is om te sturen op hele nauwe landelijke en regionale samenwerking. Dat doen we. En we moeten zo sturen dat we die oranje golf houden onder de maximumcapaciteit die we kunnen accommoderen terwijl de reguliere zorg doorgaat. De piek gaat daar nu bovenuit.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Sazias, gaat uw gang.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Dank u wel, meneer Kuipers. U zegt dat het cruciaal is dat er voldoende personeel is. U bent aan het werven en aan het opleiden. Hoe gaat het daarmee? Is er zicht op voldoende personeel straks? Loopt dat? Kunt u dat misschien ook onderbouwen met cijfers?

De heer **Kuipers**:

Als u me nu vraagt om dat exact per regio met cijfers te onderbouwen, kan ik dat niet. Ik moet gewoon afgaan op de kwalitatieve geluiden die ik overal hoor. Het zal u niet verbazen dat overal aangegeven wordt dat werven lukt. Het lukt ook – daarmee kom ik even terug op de vraag die ik zonet ook kreeg – om in de gevallen waarin het echt nodig is, met verpleegkundigen in gesprek te gaan om te vragen of zij bereid zijn, als de secundaire arbeidsvoorwaarden goed worden ingericht, om tijdelijk formatie uit te breiden. Ook dat kan belangrijk zijn. Dat kan helpen. Dat was een belangrijk signaal in de rapportage van de betreffende ic-verpleegkundigen. Sterker nog, zij zeiden: doe dat nou als eerste, dus vraag het op vrijwillige basis. Dat soort dingen lukt heel goed. Maar de aantallen die we nodig hebben, zijn heel groot.

Wat er ondertussen ook doorheen speelt, is dat het ziekteverzuim her en der, mede door covid, behoorlijk hoog is. We praten steeds over ziekenhuizen, maar misschien mag ik een voorbeeld geven van de ambulancetzorg, want ook die wordt flink aangesproken door de combinatie van reguliere zorg en covidzorg. Er zijn ambulanceregio's waarin het ziekteverzuim op dit moment oploopt tot 20%. Als ze dan gevraagd worden om de reguliere zorg en het vervoer door te zetten en bovendien mee te helpen met spreiding, dan is dat dus echt een substantiële vraag aan zo'n dienst. U moet zich voorstellen dat een ambulancedienst een ambulance voor een groot deel van de dag kwijt is, als een patiënt verplaatst moet worden van Amsterdam naar Maastricht. Als je dan met veel ziekteverzuim zit, moet je schakelen.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Azarkan, gaat uw gang.

De heer Azarkan (DENK):

Dank aan de heer Kuipers voor de toelichting. Als de bestrijding, dus het testen, het bron- en contactonderzoek, het handhaven en het ervoor zorgen dat mensen zich aan de regels houden, niet goed gaat, zijn er ernstige consequenties voor de ziekenhuizen, de beroepsgroep van de heer Kuipers. Dat is dus een enorme verantwoordelijkheid. Hoe kijkt hij aan tegen het tijdstip van het nemen van de maatregelen en de intensiteit van die maatregelen?

De heer Kuipers:

Eerst wil ik even één belangrijke kanttekening maken die u en wij allen onderschrijven. Het perspectief van ziekenhuizen en voorop de medewerkers van de ziekenhuizen is ontzettend belangrijk. Maar het allerbelangrijkste is om aan de Nederlandse burger de garantie te bieden dat, op het moment dat hij of zij ziekenhuishulp nodig heeft, die hulp er is. Het is niet een crisis van de ziekenhuizen of iets anders. Het gaat om de continuïteit van zorg wanneer we die nodig hebben, overal in het land, ongeacht wat de aandoening is. Dat is het allerbelangrijkste; vandaar mijn pleidooi voor ziekenhuizen. Dit is een open deur, maar het is belangrijk om dit te herhalen. Heel vaak wordt dit gevat in termen als: druk op de ziekenhuizen en bedreiging voor de ziekenhuizen.

De tweede is het precieze pakket van maatregelen. Daar ga ik niet over, dat is een zaak van het OMT en het kabinet, en dat wil ik heel graag zo laten. Wat ik wel aangeef, is dat je, op het moment dat zo'n beweging in gang wordt gezet en je de ziekenhuisopnames echt exponentieel ziet stijgen, en je weet dat de maatregelen die je vandaag neemt pas na enige weken consequenties hebben, kort op de bal moet zitten. Een advies – dat hoef ik helemaal niet tegen OMT en kabinet te zeggen – is dat eind van deze week en begin volgende week moet worden gekeken waar we staan wat de maatregelen betreft die nu worden genomen om te zien of dat voldoende is.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Diertens, gaat uw gang.

Mevrouw Diertens (D66):

Er zijn al veel vragen gesteld die ik zelf ook had willen stellen. Ik heb een vraag, als Groningse aan een Groninger. Dus dat is ook nog mooi. Er werd steeds gesproken over het aantal ic-bedden: als we zoveel besmettingen hebben, hebben we zoveel ic-bedden nodig. Nu gebeurt er ook veel coronazorg op niet-ic-bedden. Wat is de verdeling daarin en wat is de correlatie daartussen?

De heer Kuipers:

Ik zal niet in het Gronings gaan antwoorden, want dan wordt het helemaal lastig. Tijdens de eerste piek was de verhouding tussen verpleegdagen op de ic en in de kliniek 1:1,7. Dus 1,7 verpleegdagen voor iedere ic-dag. Dat hebben we, voor het gemak, afgerond naar 1:2. Daarmee creëer je naar verhouding enige overcapaciteit kliniek. Vanochtend lagen er 142 patiënten op de ic's en 551 in de kliniek. Dat geeft aan dat de verhouding op dit moment wat anders is. Dat kan in de tijd weer veranderen. Dat heeft ook te maken met die leeftijdsverdeling van besmettingen en dat zal ongetwijfeld ook te maken hebben met onze strakkere interventie, omdat we meer geleerd hebben van het ziektebeeld. Dus de verhouding ligt op dit moment wat anders. Als je naar de ic-capaciteit overall kijkt, dan zitten we nu nog steeds onder die blauwe lijn van normale bezetting. We zitten dus volstrekt in een fase 1. Maar in de kliniek gaan we al toe naar fase 2d.

Dat kan op een ander moment voor ambulancezorg idem zijn en dat kan ook voor de vvt-sector idem zijn.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan tot slot mevrouw Dik-Faber. Gaat uw gang.

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

Dank aan de heer Kuipers voor de toelichting. Wat mij opviel begin dit jaar is dat het echt alle hens aan dek was en dat er op dat moment, in de crisissituatie waarin we ons bevonden, ook heel veel – u moet mij corrigeren als ik het verkeerd percipieer – protocollen, afvinklijstjes en de hele santenkraam aan bureaucratie opzij geschoven kon worden om gewoon die patiënt te gaan helpen. Ik zit nu te kijken naar al die tabellen die we allemaal gekregen hebben en ik dacht: dit gaat niet goed. Zijn er ook nog lessen getrokken uit het voorjaar als het gaat om bureaucratie, misschien ook wel vanuit de overheid – we moeten immers ook naar onszelf kijken – die we snel kunnen implementeren, zodat we het voor al die mensen die nu in de zorg werken makkelijker kunnen maken om echt de zorg te gaan verlenen in plaats van met andere dingen bezig te zijn?

De heer Kuipers:

En refereert u dan bij die tabellen aan die heel volle tabel die ik liet zien, met al die fases?

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

Ik heb verschillende grafiekjes en tabellen gezien, waar ik me zorgen over maak, omdat ik de druk op de zorg gewoon zie toenemen. Ik heb gewoon veel respect voor de inzet die wordt gepleegd om ook de reguliere zorg doorgang te laten vinden, maar als we weten dat de maatregelen van vandaag pas over een aantal weken effect hebben, zullen we de komende weken gewoon te maken hebben met een enorme toeloop op de ziekenhuizen. In het voorjaar zagen we dat er onder druk van de crisis heel veel ineens kon met een hands-onmentaliteit. Wat hebben we daarvan geleerd, wat kunnen we vasthouden, wat kunnen we snel implementeren en wat is daarbij van de overheid nodig om de bureaucratie aan de kant te schuiven?

De heer Kuipers:

Even ten aanzien van die tabel van die fases: die lijkt heel vol – ik zei dat er al bij – maar ik kon dat heel eenvoudig uitleggen. Dit is een heel makkelijk tabblad voor iedereen om precies te weten waar iedereen staat en wat er van iedereen in zijn of haar organisatie wordt verwacht. Daar zitten uiteraard doorrekeningen achter ten aanzien van de inzet van personeel, het beschikbaar hebben van bedden, ambulances et cetera. Dus het is even platgeslagen op één dia, maar er zit een heel plan achter. Dat is belangrijk, want de vorige keer hebben we van alles opgevangen en verdeeld, zonder dat dit er was. Het was dus wel degelijk behulpzaam, hoe vol dat ene plaatje dan ook is. Ik kan zo nodig verwijzen naar de rapportage waar dit uitgehaald is en waar de hele verdere toelichting in zit.

Als we kijken naar wat we kunnen doen en naar wat er vanuit de overheid kan gebeuren, merk ik het volgende op. In de eerste piek was de zorg, als het ging om het uitwisselen van data tussen instellingen, nog gewend om te werken met brieven en – u kunt het zich anno 2020 niet voorstellen – de fax, allemaal uit veiligheidsoverwegingen. U wordt door uw huisarts verwezen naar een ziekenhuis, en dan sturen we de gegevens per fax, want dat is zo veilig. In de crisis werkte dat totaal niet en toen hebben we plotseling een platform opgezet – iets waar al jaren over gepraat werd –, uitstekend ICT-beveiligd, om ervoor te zorgen dat data in ieder geval makkelijk overgedragen kunnen worden. Dat was cruciaal, bijvoorbeeld

als je in grote aantallen onder hoge druk patiënten door het hele land en zelfs naar Duitsland gaat verspreiden. Dat werkte feilloos. Dat systeem wordt nu in ieder geval verder geüpdatet en geïmplementeerd.

Ik meldde u de actuele ziekenhuisaantallen, naar aanleiding van een vraag van mevrouw Van den Berg. Wij doen dat nu drie keer per dag. We zijn bezig met een systeem dat gewoon de elektronische patiëntendossiers van de ziekenhuizen aan elkaar koppelt. Dan krijg je geen enkel gegeven over de individuele patiënt, want daar kunnen we niet in, maar we kunnen wel gewoon zien hoe druk het is op de spoedeisende hulp in een willekeurig ziekenhuis en hoeveel beschikbare capaciteit er daar is, zodat je veel gemakkelijker kunt toewijzen. Dat heeft even een aantal stappen nodig, maar daar wordt met het ministerie druk op geschakeld. Het is ook echt wel een stap om ziekenhuizen, artsen en anderen daarin mee te nemen als het gaat om de betekenis daarvan. Geef ik dan bijvoorbeeld ook autonomie weg ten aanzien van de keuze welke patiënt ik op moet nemen en welke niet? Die autonomie gaan we zeker niet wegnemen, en dat kan ook niet. Maar systemen waarbij je ten minste gemakkelijk data krijgt? Ik gaf al aan dat het in dit geval veel handiger is om data van ten minste de ziekenhuizen te gebruiken dan data van de GGD of van een stichting. Maar het kan nog gemakkelijker dan dat en daar werken we aan.

De voorzitter:

Dank u wel. We hebben nog ruim twintig minuten. Ik stel voor om de mensen die dat willen de gelegenheid te geven tot het stellen van een korte vraag, met de nadruk op «kort». Mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik zou de heer Kuipers willen vragen naar de reguliere zorg. Ik ben er heel erg van geschrokken dat ik hier zie – de heer Kuipers legde dat ook uit – dat normaal gesproken ongeveer 925 bedden per dag bezet zijn door reguliere zorgvragers op de ic, en dat dat aantal nog steeds op zo'n 600 ligt. Ik kan me voorstellen dat ten tijde van crises een openhartoperatie een paar weken kan worden uitgesteld, maar we zien nu eigenlijk een situatie waarbij al een half jaar lang dit soort operaties een derde lager ligt. Komen er dan geen mensen in de knel, komen er geen mensen onnodig te overlijden, hoe is dat zorginhoudelijk? Kan meneer Kuipers daar wat over vertellen?

De heer Kuipers:

Om het totale beeld naar voren te halen, hebben we meer tijd nodig. Dan moet u bijvoorbeeld denken aan de kankerregistratie die straks plaatsvindt. Dan kun je een vergelijking maken tussen aantallen kankerpatiënten en het stadium waarin zij gediagnosticeerd werden in 2020, versus 2019, 2018 of een ander jaar. Dan kun je ook berekeningen maken en extrapoleren wat dat betekende voor de intensiteit van hun behandeling, en eventueel voor hun genezingskansen. Daar is het nu nog te vroeg voor. Wat we wel zien in ziekenhuizen – die geluiden hebt u al wel gehoord – is dat vrij veel individuele patiënten, of het nu gaat om hart- en vaatziekten, kanker of om andere aandoeningen, later dan normaal gesproken in het ziekenhuis komen.

De factoren daarvoor zijn divers. Dat heeft te maken met, zoals ik dat al aangaf, een periode dat de eerste lijn heel erg afgeschaald is en ook met de beleving bij patiënten, om verschillende redenen. Zij gaan niet naar het ziekenhuis of naar een dokter, omdat ze daar de kans lopen besmet te raken, of omdat men het zorgpersoneel, dat het nu zo druk heeft, niet lastig wil vallen met hun vragen, of om andere redenen. Het was aan ons om te zeggen – ik heb dat regelmatig op tv gezegd – dat het echt veilig is om naar een ziekenhuis of de eerste lijn te gaan, en dat we echt de gelegenheid hebben om mensen te zien.

Die curve geeft de ic-zorg weer in het laatste stadium. U moet zich voorstellen: iemand gaat met een klacht, een knobbeltje of een afwijking naar de huisdokter. Soms duurt dat dan een tijdje en wordt er wat geprobeerd. Op een gegeven moment gaan mensen dan naar een ziekenhuis, gaan ze naar de poli, wordt er een foto gemaakt, wordt een diagnose gesteld, volgt een behandelplan en komt er op een bepaald moment een operatie, waardoor je 24 uur daarna ter observatie op een ic ligt. Dan ben ik het helemaal met u eens: dit is ontzettend laat. Als u mij dit in maart had gevraagd, had ik gezegd dat het in juni weer op peil is. Maar dat gebeurt niet. Ik deel de verbazing daarover. We proberen daar van alles aan te doen. Alles is wel weer open. U hebt misschien de getallen gezien van de Nederlandse Zorgautoriteit. Die heb ik niet bij me. Het aantal verwijzingen van de eerste naar de tweede lijn is wel alweer enige tijd op peil in alle regio's, maar hier zie je nog een vertraging. Er zijn ook aanwijzingen vanuit sommige andere hoeken. Als je kijkt naar een ander laatste stadium in zo'n heel traject, zie je bijvoorbeeld dat de dip bij bestraling van patiënten met kanker naar verhouding wat later was, maar dat het heel lang kost om die weer bij te laten trekken.

De voorzitter:

Meneer Krol, heeft u een vraag? Nee. Mevrouw Ploumen, gaat uw gang.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik heb nog een vervolgvraag over de continuïteit van de reguliere zorg. De heer Van der Staaij stelde daar ook al een vervolgvraag over. Wat is er nu nodig om de reguliere zorg door te laten gaan? De heer Kuipers gaf daar al een aantal voorbeelden van, maar ik vroeg mij bijvoorbeeld het volgende af. In maart zijn er noodhospitelen ingericht of is in ieder geval alles in gang gezet om dat te doen. Denkt de heer Kuipers dat dat soort maatregelen nu weer in het vizier komt? Of worden die wellicht al voorbereid? Kan hij daar iets over zeggen?

De heer Kuipers:

Ik koppel het even terug naar die tabel. De plannen daarachter, bijvoorbeeld ook ten aanzien van de opschaling van vvt-organisaties, zijn er. Nu is dat nog niet nodig. We moeten ons goed realiseren dat ook daarvoor het personeel als beperkende factor geldt. De patiëntenaantallen die hierin genoemd worden, kunnen opgevangen worden in de ziekenhuizen. Ze kunnen ook op een andere locatie opgevangen worden, maar als het gaat om hetzelfde personeel, verandert dat de vraag niet. De infrastructuur is er. Het personeel is echt de cruciale factor.

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Hijink, gaat uw gang.

De heer Hijink (SP):

Ik had nog een vraag over het ziekteverzuim. De heer Kuipers zei daarstraks – ik schrok wel van dat cijfer – dat er in sommige ambulanceregio's tot 20% ziekteverzuim is. Ik vroeg me af wat de cijfers zijn als je kijkt naar de ziekenhuizen zelf, dus naar de verpleegkundigen en met name de verpleegkundigen die op de ic komen werken. Wat wij namelijk heel veel horen, is dat verpleegkundigen zelf aangeven dat ze nog amper hersteld zijn van de eerste klap, de eerste golf, en van de drukte en zorg die die heeft opgeleverd. Zij gaan hun hand niet opsteken als gevraagd wordt om opnieuw bij te springen als de ic-capaciteit omhoog moet. We kunnen heel mooie plaatjes hebben over het aantal bedden dat erbij komt, maar we hebben best wel grote zorgen over de vraag of we dan ook voldoende verpleegkundigen beschikbaar hebben. Wat kunt u daarover zeggen?

De heer **Kuipers**:

Dit sluit aan bij de vorige vraag. Personeel is de allerbelangrijkste factor, ongeacht waar we een patiënt opvangen, hoe ziek de patiënt is en of de patiënt vervoerd moet worden. Zorg is altijd arbeidsintensief. Dat betekent dat we veel mensen nodig hebben, want we vangen 24/7 een patiënt op. Of dat nou op een ziekenhuisbed of op een ic-bed is, het vergt veel personeel. We hebben veel beelden gezien van de periode van de eerste golf. We hebben ook gezien dat personeel op dat moment overal werd ingezet voor de opvang van dit soort patiënten.

Ik spreek even voor mijn eigen ziekenhuis in Rotterdam. Daar was een grote groep verpleegkundigen van het Sophia Kinderziekenhuis die hielp bij de opvang van volwassen ic-patiënten. Dat is niet het ziektebeeld en het type patiënt waar ze normaal mee te maken hebben. Dat is maar één voorbeeld. Ze hebben het fantastisch gedaan. En zo is dat in alle ziekenhuizen. Ik heb van mijn collega's veel van dit soort verhalen gehoord. Het was ook een hele grote impact. Hetzelfde gold voor medisch studenten en facilitaire zorgmedewerkers. Mensen zitten dus echt niet te wachten op zo'n tweede periode. Deze mensen zijn zeer professioneel, dus op het moment dat de vraag er is, doen ze het. Maar ze willen veel liever dat dat wegblijft en dat een kinderverpleegkundige, bijvoorbeeld, ingezet kan worden in het kinderziekenhuis. Want daar ligt de passie. Die opleiding heeft men gedaan, dus daar ligt ook het comfort.

In de afgelopen periode hebben we er bijvoorbeeld op ingezet om mensen aanvullend te trainen. Aanvullende trainingen gebeuren overal. Dan word je niet opgeleid tot ic-verpleegkundige – dat kan niet – maar ten minste wel tot assisterend daarin. Maar uiteindelijk komt het neer op personeel en inzetbaarheid. Daarover gaat echt het individuele gesprek in ieder team, in ieder ziekenhuis en in iedere vvt-sector. Dat wordt overal gevoerd en dat is het meest kritiek. Het gaat niet om het aantal beademingsapparaten, het aantal kamers of het aantal bedden, maar het gaat om personeel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg, uw vraag.

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

De heer Kuipers gaf aan het begin het plan aan voor de opschaling van de ic-bedden en de klinische bedden dat eind juni is opgeleverd. Hij gaf in zijn presentatie zojuist ook aan dat de verhouding tussen ic-bedden en klinische bedden wat anders is dan we in de eerste golf hebben gezien en dat we ten aanzien van de klinische bedden nu eigenlijk al in fase 2d zitten. Begrijp ik het goed, gezien de opmerkingen dat zorgprofessionals de uiteindelijke factor zijn, dat er nu geen verdere maatregelen genomen kunnen worden ten aanzien van de bedden capaciteit om – ik noem maar wat – fase 2d naar fase 2c te brengen?

De heer **Kuipers**:

Er zijn geen andere maatregelen dan de maatregelen die nu al genomen worden en al de activiteiten die in al die ROAZ-regio's gebeuren. Het antwoord is dus nee.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Veldman.

De heer **Veldman** (VVD):

Ik heb een vraag van een beetje een andere orde. Nog even los van het feit dat er in het voorjaar in veel mindere mate capaciteit beschikbaar was voor de reguliere zorg, hebben we toen natuurlijk ook mensen gezien die zelf zeiden: ik weet niet of ik nu wel naar het ziekenhuis durf. Nu is de heer Kuipers ook gewoon ervaringsdeskundige als voorzitter van de raad van

bestuur van het Erasmus MC. Hij zal er vast mee bezig zijn om mensen duidelijk te maken dat ze gewoon terecht kunnen als er ruimte is. Zijn er nou vanuit die ervaring dingen waarvan u richting Den Haag, richting ons, zegt: help me op deze of die manier om ervoor te zorgen dat mensen gewoon gebruikmaken van reguliere zorgcapaciteit waar die gewoon beschikbaar is?

De heer **Kuipers**:

Ja, u kunt dat zeker. Het is natuurlijk communicatie, communicatie en nog een keer communicatie. U kunt daar bij uitstek bij helpen door te zeggen: we zetten ons in om de reguliere zorg zo veel mogelijk door te zetten en het is veilig om naar instellingen te gaan. Laat een vraag niet wachten. Denk niet dat men het daar te druk heeft of dat het daar niet veilig is, maar kom. Dat moeten wij uitstralen, maar u kunt daar op alle manieren bij helpen.

Het tweede is dat we gezamenlijk moeten blijven kijken. De echte adviezen moeten van het OMT of het kabinet komen, maar we moeten ons gezamenlijk realiseren dat we nu gewoon een vrij nauwe bandbreedte hebben om in te manoeuvreren. Dat zal ook in de komende winter niet anders worden. We willen de maatregelen dus aan de ene kant graag telkens zo soepel mogelijk houden. We hebben aan de andere kant ook heel veel verantwoordelijkheid als het gaat om het sociale, het maatschappelijke en de economie. Je moet ervoor kiezen om daar zo veel mogelijk zaken door te laten gaan. Parallel daaraan maken we de keuze dat de zorg die patiënten nodig hebben, ook los van covid, mogelijk moet zijn in Nederland, ongeacht de regio. Ik sta daar uiteraard volledig achter. We moeten er daarom voor zorgen dat we binnen die bandbreedte blijven, met alle lastigheid van het sturen daarop.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Van der Staaij slaat over. Mevrouw Sazias.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Dank u wel, voorzitter. De hele wereld is nu natuurlijk druk bezig met het zoeken naar een vaccin, maar mijn vraag gaat eigenlijk over de geneesmiddelen voor covid. U noemde net al de virusremmers, zoals remdesivir. Ook noemde u het feit dat we al meteen met bloedverdunders beginnen. Er zijn veel vragen over hydroxychloroquine met zink. Heeft u er zicht op of de wetenschap ook bezig is met het zoeken naar medicijnen?

De heer **Kuipers**:

U noemt er al een aantal in verschillende klassen. Om te beginnen: sommige mensen worden zieker van de ontsteking dan van het virus zelf. Dat is dus de eigen respons op het virus. Daartegen werken ontstekingsremmers. Dat klinkt een beetje gek, maar we hebben dan eigenlijk last van de respons van ons eigen lichaam. Er zijn antivirale middelen. Dat zijn ondertussen bekende middelen, maar die waren eerder onbekend. Bij dit ziektebeeld krijgen mensen last van stollingen in hun bloedvaten, met name in hun longbloedvaten: longembolieën. Daar zijn middelen tegen die je in verschillende categorieën kunt gebruiken. Dat is een enorme winst. We focussen heel erg op het vaccin. Dat is heel begrijpelijk. Maar ik voor mijzelf vind wat we nu hebben – dit valt in de categorie «count your blessings» – minstens net zo belangrijk. Natuurlijk moeten we hopen dat het vaccin snel komt, maar het kan ook nog wel even duren en voor nu hebben we het niet. De middelen die er nu zijn, voorkomen niet dat je het virus krijgt of dat je er ziek van wordt. Maar met onderzoek van Nederlandse ziekenhuizen is bewezen dat met deze middelen, als je ziek wordt van het virus, ten minste het beloop in het ziekenhuis minder ernstig is.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Diertens, gaat uw gang.

Mevrouw **Diertens** (D66):

U bent al heel lang betrokken bij deze pandemie, vanaf de start. Hartelijk dank voor uw inzet en voor uw betrokkenheid daarbij, want die is wel heel erg groot merken wij aan alle kanten. Mijn nieuwsgierigheid betreft eigenlijk wat uw persoonlijke les is van de eerste golf, de tussenfase en de dreiging van deze tweede golf. Met welk gevoel gaat u deze tweede golf tegemoet?

De heer Kuipers:

Dat is een lastige vraag. De persoonlijke les en met welk gevoel? Ik denk – dat sluit een beetje aan bij de antwoorden die ik al gegeven heb – dat wat we geleerd hebben en wat we hebben laten zien als Nederland is dat er ontzettend goed samengewerkt kan worden en dat er snel geschakeld kan worden op veel terreinen. Onder andere in respons op een vraag zonet van de heer Van der Staaij heb ik gewezen op het feit dat die regio's zo de handen ineen hebben geslagen en dat ook landelijk deden. Het was heel gemakkelijk voor bepaalde regio's om te zeggen: bij mij is het nu even niet zo erg en ik doe even niet mee of ik doe minder mee. Dat gebeurde totaal niet. Dat hebben we in de afgelopen periode – dat leidde natuurlijk tot zulk soort vreselijke tabellen – heel erg veel verder aangescherpt. Er is nog steeds – dat is een belangrijke les om mee te geven, denk ik – een limiet aan de mate van rekbaarheid van zorg en van ons zorgsysteem binnen de tijd die we hebben. Er gebeurt heel veel, maar er blijft een bepaalde limiet. Dan is toch de limiet ten aanzien van het – het is een beetje een gekke term – dansen met het virus vrij beperkt. Ik heb het regelmatig, in vreemde termen, zo genoemd: we bouwen een airbag, maar dat is een dunne airbag, dus je moet nog steeds voorzichtig rijden.

De voorzitter:

Dank u wel. Dat was een heel kort antwoord op een vrij ingewikkelde vraag. Mevrouw Dik-Faber slaat over.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik wil nog een heel korte verduidelijking, voorzitter.

De voorzitter:

Ja, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, sorry. Meneer Kuipers heeft er misschien al iets over verteld, maar dan was ik even niet goed aan het opletten. Het gaat om de vergelijking tussen de eerste en de tweede golf. Die loopt in het eerste plaatje in twee weken op. Dus dat is wat daadwerkelijk is gebeurd tijdens de eerste golf. Bij de tweede golf gebeurt dat in vier weken. Dat heb ik niet goed begrepen. Waarom denkt u dat nu in vier weken diezelfde piek bereikt zou kunnen worden als in de eerste golf in twee weken bereikt werd?

De voorzitter:

U bedoelt bladzijde 9, die sheet?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja.

De heer Kuipers:

Dank u wel. Ik wil dat van harte verduidelijken. Dat heeft uiteraard van alles te maken met het beloop van het virus. Wat de heer Van Dissel zonet heeft laten zien, is de ontwikkeling van de aantallen besmettingen bij

aanwezigheid van bepaalde maatregelen. Bij de eerste golf wisten we het niet en hadden we geen enkele maatregel. Sterker zelfs, we gingen en masse richting Oostenrijk en Noord-Italië op wintersport en kwamen hier en masse terug voor carnaval. Dat betekende dat in heel korte tijd – als ik de getallen van het RIVM zie, de retrospectieve berekeningen, is er zelfs een bepaalde periode geweest dat die R-waarde 3 was – het aantal besmettingen heel erg opliep. Dan krijg je precies één week van vandaag de eerste besmettingen, één week later klachten en nog een week later ziekenhuis. Dat ging dus plotseling heel erg snel. Nu hebben we maatregelen en gaat het gefaseerder. Maar als de besmettingen gefaseerder oplopen, volgen de ziekenhuisopnames ook gefaseerder. Wat precies hetzelfde blijft, is dat op het moment dat je vandaag de R-waarde naar 0 zou brengen, de ziekenhuisopnames nog even doorgaan. En dat naar 0 brengen is uiteraard een illusie.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Ik dank de heer Kuipers voor zijn presentatie en de beantwoording van de vragen. Ik dank u nogmaals voor uw aanwezigheid en dat geldt natuurlijk ook voor de heer Van Dissel. Ik dank de leden voor hun aanwezigheid en de mensen die thuis of ergens anders deze briefing hebben gevolgd voor hun belangstelling.

Vanmiddag bij de regeling van werkzaamheden zal een plenair debat worden aangevraagd, nog deze week in te plannen. De mensen die dat debat willen volgen, zou ik willen voorstellen om de planning van de plenaire agenda te volgen.

Rest mij om u allen hartelijk te bedanken en dat geldt uiteraard ook weer voor onze ondersteuning. Dat mag ik ook wel weer een keer zeggen. Hartelijk dank voor jullie werkzaamheden, om ons deze gelegenheid te geven.

Sluiting 14.52 uur.